

Assistência Multidisciplinar ao Parto Normal

Última revisão: 27/02/2020

Responsáveis - Autores / Unidade

Adelaide Maria Ferreira Campos D'Ávila - Médico Obstetra / HRAD
Adriane de Carvalho Oliveira – Médica Obstetra / MOV
Ana Raquel B. Lara – Médica Obstetra e Ginecologista / HJK
Andréa Dias da Silva – Enfermeira Obstetra / HRJP
Flávia Ribeiro Oliveira – Médica Obstetra / MOV
Inessa B. de Andrade Bonomi – Médica Obstetra e Ginecologista / HJK
Leonardo Pandolfi Caliman - Médico Obstetra e Ginecologista / HRJP
Luzia Maria da Silva Ventura – Enfermeira Obstetra / HJK
Mateus Oliveira Marcelino – Enfermeiro Obstetra / MOV
Vera Cristina Augusta Marques Bonazzi – Enfermeira Obstetra / HJK

Colaboradores

Alexandre C. D. Garza Ronzani - Médico Obstetra e Ginecologista / HRJP
Aline Caixeta Ribeiro - Médica Residente R3 – G.O / HRAD
Alisson Aguiar - Médico Residente R2 – G.O / HRAD
Bruno Carvalho Cunha de Leão - Médico Anestesiologista / MOV
Denise da Silva Kattah – Enfermeira Obstetra / HJK
Edna César Mattos - Médica Pediatra Neonatologista / HRJP
Erick Siqueira Matos - Médico Residente R1 – G.O / HRAD
Gabriela Guerra Gonze – Psicóloga / HRJP
Heloísa Martins de Oliveira – Enfermeira Obstetra / HRJP
Júlia Heyden Boczar – Médica Obstetra / HRAD
Lidiane Maria Lemos Gonçalves - Enfermeira Obstetra / MOV
Luciana Carvalho Martins – Médica obstetra / MOV
Renata Vital Franco Pimenta – Enfermeira Obstetra / HJK
Rodney Borges Magalhães - Médico Ginecologista e Obstetra / HRJP
Sérgio Monteiro Delfino – Médico Obstetra / MOV
Thauana Dias Santos - Médica Residente R1 – G. O. / HRAD

Validadores

Colegiado da Linha de Cuidado Materno-Infantil da FHEMIG

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet.

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A gestação, o parto e o período puerperal compõem um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu acompanhante, que envolve também suas famílias e a comunidade (BRASIL, 2001).

Devido à importância desta experiência, torna-se indispensável uma assistência multidisciplinar, centrada na atenção de qualidade, humanizada e baseada em evidências científicas, visando estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo a privacidade e autonomia à mulher, onde os profissionais que a assistem tenham este conhecimento e o coloquem em prática, independentemente de sua área de atuação. É importante realizar um planejamento para a assistência adequada ao binômio mãe-filho.

O cuidado integral e de qualidade impacta diretamente na saúde das mulheres e crianças. Embora o Brasil tenha reduzido significativamente sua razão de mortalidade materna nos últimos anos, não conseguiu alcançar o 5º Objetivo do Milênio (ODM) que tinha como meta reduzir 75% dessas mortes até 2015 (BRASIL, 2008). No entanto, uma nova agenda global foi lançada com 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável onde o país assumiu o compromisso de reduzir a mortalidade materna para 30 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 2030 (OMS, 2015).

Esta meta deve-se, principalmente, à redução das principais causas da mortalidade materna no país, classificadas como diretas, ou seja, relacionadas às complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores (BRASIL, 2012).

Além da mortalidade materna, a morbimortalidade perinatal também continua elevada no Brasil e ambas são incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do país. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente, no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto/nascimento e puerpério. Sendo assim, as unidades assistenciais da FHEMIG que atendem esta clientela, tem como objetivo final a redução da mortalidade materna e perinatal através da oferta de uma assistência qualificada e baseada na humanização. Um dos focos para a qualidade da assistência é a humanização da assistência ao parto.

Segundo as DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL do Ministério da Saúde de 2017, a assistência ao parto é o processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até a mudança da postura/atitude dos

profissionais de saúde, garantindo atenção resolutiva e articulação integralizada com os outros setores de saúde para a continuidade da assistência conforme as condutas programadas pela equipe.

Este Protocolo tem como foco prioritário a abordagem e manejo da gestante em trabalho de parto normal.

PALAVRAS CHAVE

Parto normal; complicações do trabalho de parto; parto humanizado; dor no parto;

OBJETIVOS

Gerais

1. Reduzir a morbimortalidade materna e neonatal no Estado de Minas Gerais, através da sistematização do atendimento à gestante em trabalho de parto nos Hospitais da FHEMIG.
2. Sistematizar a prática da assistência ao pré-parto, parto e puerpério, com a participação de todos os envolvidos (mulher, RN, acompanhante, família e equipe multiprofissional), baseada nos princípios da humanização e nas evidências comprovadamente eficazes.

Específicos

1. Realizar avaliação clínico-obstétrica com diagnóstico do trabalho de parto.
2. Sistematizar rotina de admissão de parturientes, com elaboração de plano de cuidados, de acordo com perfil e necessidade da gestante/parturiente;
3. Implantar a assistência humanizada multiprofissional ao parto;
4. Identificar o risco gestacional e o nível de complexidade assistencial requerido para cada gestante, com vistas à admissão na própria unidade ou encaminhamento responsável para unidade de maior complexidade;
5. Orientar conduta terapêutica com bases científicas;
6. Estimular a utilização de práticas baseadas em evidências na condução do trabalho de parto e parto;
7. Facilitar o treinamento dos profissionais de saúde;
8. Reconhecer os diferentes saberes dos membros da equipe multidisciplinar aplicando-o, adequadamente, na prática assistencial.

POPULAÇÃO ALVO

GESTANTES DE RISCO HABITUAL ATENDIDAS NA FHEMIG

UTILIZADORES POTENCIAIS

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE PRESTA ASSISTÊNCIA DURANTE O PARTO NORMAL

METODOLOGIA

Este protocolo foi elaborado realizando adaptações das diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte "Assistência ao Parto e Nascimento - Diretrizes Para o Cuidado Multidisciplinar" e da "Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal" elaborada pela CONITEC.

Além da adaptação destes protocolos, foram consultadas as bases de dados: Dynamed, PubMed, The Cochrane Library, LILACS, Ministério da Saúde e ANVISA. A estratégia de busca limitou-se a artigos publicados em inglês, espanhol e português.

RECOMENDAÇÕES E PRINCIPAIS EVIDÊNCIAS

A) Condutas benéficas que devem ser encorajadas

Oferecer líquidos e alimentos adequados por via oral durante o trabalho de parto e parto;
Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente;
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto: estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto;
Oferecer métodos adequados de alívio da dor;
Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, utilizando o Partograma da OMS;
Estimular o uso de modelo PPP;
Clampeamento oportuno do cordão umbilical após o nascimento;
Utilizar ocitocina profilática precoce, em todas as pacientes, durante o terceiro período do trabalho de parto, na dose de 10 UI intramuscular, tração controlada do cordão e Manobra de Brandt-Andrew. A tração controlada do cordão umbilical somente deve ser realizada por profissional devidamente capacitado em função dos riscos associados à sua realização intempestiva, como rompimento do cordão umbilical e inversão uterina;
Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto;
Examinar rotineiramente a placenta e as membranas;
Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.

B) Condutas não recomendadas que devem ser evitadas.

Uso rotineiro de enema / clister;

Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos;
 Punção de acesso periférico e infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto;
 Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto;
 Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito dela não possa ser controlado;
 Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto;
 Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo;
 Massagens ou distensão do períneo durante o parto;
 Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto;
 Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto;
 Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto;
 Manipulação ativa do feto no momento de nascimento;
 Controle da dor por agentes sistêmicos;
 Monitoramento eletrônico fetal rotineiro;
 Exames vaginais frequentes e repetidos.
 Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.

SIGLAS

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists	PNAR: pré-natal de alto risco
AIH: Autorização para Internação Hospitalar	PPP: pré-parto, parto e puerpério
ACCR: acolhimento com classificação de risco	PSF: Programa Saúde de Família
BCF: batimento cardio-fetal	RAM- Ruptura Artificial de Membrana
BO: bloco obstétrico	RN: Recém-nascido
BPM: batimentos por minuto	RPA: Recuperação pós-anestésica
CLAP: Centro Latino-Americano de Perinatologia	SAS/MS: Secretaria de Atenção à Saúde – Ministério da Saúde
CTG: cardiotocografia	SIH: Sistema de Informações Hospitalares
DPP: descolamento prematuro de placenta	SUS: Sistema Único de Saúde
FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais	UI: Unidades Internacionais
HCP: História clínica perinatal	VDRL: Venereal Disease Research Laboratory test
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana	VVS: vítima de violência sexual
MS: Ministério da Saúde	

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

1. RECURSOS HUMANOS

- Equipe médica: obstetra, pediatra e anestesiológico;
- Equipe de enfermagem: enfermeiro obstetra, enfermeiro, técnico de enfermagem;
- Assistente social;
- Fisioterapeuta;
- Farmacêutico;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Doula (se disponível na unidade).

2. RECURSOS MATERIAIS

- Equipamentos próprios, além de materiais permanentes e de consumo em qualidade e quantidade pertinentes a cada ambiente;
- Modelo PPP;
- Cardiotocógrafo;
- Detector cardíaco fetal;
- Centro Obstétrico / Cirúrgico.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

- Utilização de práticas baseadas em evidências no acompanhamento do trabalho de parto com realização do parto humanizado e respeitoso;
- Utilização do Partograma;
- Assistência multidisciplinar nos períodos clínicos do parto;
- Manejo de intercorrências pela equipe multidisciplinar;
- Utilização de analgesia (quando solicitada) e de métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Aplicação do Plano de Parto, o qual deverá ser continuamente discutido com a parturiente mediante ocorrências de situações que possam ser modificadas ao longo do trabalho de parto;
- Assistência no alojamento conjunto.

1 – DEFINIÇÃO

- **Trabalho de parto:** processo fisiológico que tem como objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto, com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas.

DEFINIÇÃO DE GESTAÇÃO A TERMO	
TERMO PRECOCE	37 SEMANAS A 38 SEMANAS E 6 DIAS
TERMO	39 SEMANAS A 40 SEMANAS E 6 DIAS
TERMO TARDIO	41 SEMANAS A 41 SEMANAS E 6 DIAS
PÓS-TERMO	> 42 SEMANAS

(ACOG, 2013)

2 – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento se expressa pela relação do usuário com o serviço de saúde e tem como objetivo estabelecer vínculos e alianças entre usuários, trabalhadores e gestores qualificando a assistência, responsabilidade de todos os profissionais envolvidos. Assim, objetiva-se uma equipe preparada, com escuta qualificada e habilidade para julgamento clínico criterioso.

O acolhimento utilizando a ferramenta da Classificação de Risco tem como objetivo reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades apoiando a tomada de decisões do profissional de saúde e equipe a partir de uma escuta qualificada:

- **Recepção:** recepcionista atenderá a gestante e aos acompanhantes com educação e atenção a possíveis casos de urgência e emergência.
- **Classificação de Risco:** definir a prioridade clínica de acordo com o Sistema Manchester (Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2ª edição Brasileira - 2017).
- **Primeiro atendimento:** médico obstetra, médico residente, enfermeiro obstetra ou enfermeiro obstetra residente. Deverá ser realizado em sala de exames, com equipamentos e materiais necessários.

3 – ADMISSÃO DA PARTURIENTE

Avaliação clínico-obstétrica e exames complementares:

- Anamnese;
- Exame físico;
- Solicitação de exames complementares:
 - Tipagem sanguínea: quando não houver resultado do exame prévio;
 - VDRL ou teste rápido para sífilis;
 - COOMBS Indireto: parturiente Rh negativo;
 - Teste rápido para HIV.

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- 1. Pressão arterial superior a 160 X 110 mmHg;**
- 2. Gestante / parturiente/ puérpera com sangramento aumentado;**
- 3. Iminência de eclâmpsia: epigastralgia, cefaleia, alterações visuais;**
- 4. Alterações no batimento cardíaco fetal ou Cardiotocografia II ou III;**
- 5. Gestante com insuficiência respiratória (FR > 21 irpm; Oximetria pulso < 95 %);**
- 6. Prolapso de cordão;**
- 7. Rotura uterina.**

OBS: os exames laboratoriais descritos anteriormente podem ser solicitados pelo médico obstetra, médico residente, enfermeiro obstetra ou enfermeiro obstetra residente.

4 - DIAGNÓSTICO DO TRABALHO DE PARTO

A *fase latente* é o período, não necessariamente contínuo, no qual estão presentes contrações uterinas dolorosas e alguma modificação das condições cervicais,

incluindo apagamento e dilatação de até 3 cm. Apresenta uma duração bastante variável.

A *fase ativa* ou *franco trabalho* de parto inicia-se quando existe a presença de contrações uterinas regulares (mínimo de duas contrações em dez minutos) e dilatação cervical progressiva a partir de 4 cm.

A internação deve ocorrer quando a mulher estiver em trabalho de parto ativo ou se houver rotura prematura de membranas.

No momento da admissão deve-se avaliar o risco materno e fetal, já que mulheres de baixo risco podem ter partos de alto risco, assim como mulheres com gestação de alto risco podem ter partos sem complicações. Para isso:

- Estabelecer idade gestacional (IG);
- História Obstétrica: história das gestações anteriores e da atual, procurando identificar risco obstétrico;
- Cardiotocografia (CTG) basal: poderá ser realizada em pacientes com queixa de diminuição dos movimentos fetais, nas alterações dos batimentos cardíacos fetais durante a ausculta, idade gestacional maior que 40 semanas e nas pacientes que serão submetidas à indução do parto (**VIDE ANEXO I**).

5 – ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO

Durante o trabalho de parto a mulher deve ser apoiada continuamente, o que traz uma série de benefícios e diminui a incidência de maus resultados perinatais.

O suporte contínuo pode ser oferecido à parturiente pelo seu acompanhante ou por uma doula, mas também pode ser oferecido por profissionais que participam da assistência.

5.1 Assistência ao primeiro período do trabalho de parto:

Inicia-se com as primeiras contrações uterinas dolorosas que modificam a cérvix e termina com dilatação completa (dividido em fase latente e ativa). A duração do trabalho de parto ativo varia de mulher para mulher e é influenciada pela paridade, posição da mulher e estado das membranas. A implementação de medidas para aceleração do primeiro período do trabalho de parto não deve ser rotina, estas podem ser prejudiciais à parturiente. A aceleração do trabalho de parto deve ser realizada de maneira criteriosa, levando sempre em consideração as evoluções anotadas no partograma. Sendo assim, a decisão de intervir em caso de um suposto prolongamento do primeiro período do trabalho de parto deve ser tomada em

função do progresso da dilatação e de outros fatores obstétricos, e não, exclusivamente, com base na duração do trabalho de parto.

5.1.2 Práticas Assistenciais recomendadas para o primeiro período

- **NUTRIÇÃO DA PARTURIENTE:** Deve-se oferecer à gestante em trabalho de parto a livre ingestão de líquidos sem resíduos (sucos sem polpa, chás, café, bebidas isotônicas e gelatina). Considerar suspender a dieta em casos excepcionais, em que há aumento da predisposição à regurgitação e aspiração pulmonar (obesidade mórbida, uso de opioides sistêmicos).
- **PUNÇÃO VENOSA E INFUSÃO DE LÍQUIDOS:** Não devem ser utilizadas como rotina.
- **POSIÇÃO DA PARTURIENTE:** De acordo com sua preferência, evitando, adotar o decúbito dorsal. Caso escolha posição horizontal, deve ser estimulado o decúbito lateral esquerdo para prevenir a hipotensão materna, que aumenta o risco de hipóxia fetal (síndrome supino-hipotensiva).
- **AMNIOTOMIA:** Não deve ser realizada como manobra rotineira no trabalho de parto que está progredindo bem. A amniotomia é contraindicada na gestante HIV positivo.
 - **LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL:** Tanto a monitorização contínua do BCF como a ausculta intermitente podem ser utilizadas para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto.
- **DINÂMICA UTERINA:** Em geral a cada hora, dependendo da evolução do trabalho de parto ou de acordo com outras necessidades.
- **TOQUES VAGINAIS:** Em geral a cada 4 horas, dependendo da evolução do trabalho de parto ou de acordo com outras necessidades. Explicar a razão do exame e como será realizado e explicar os achados para a mulher. Múltiplos toques por mais de um examinador devem ser evitados.
- **PARTOGRAMA:** Permite acompanhar a evolução do trabalho de parto, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção dos desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.
- **OCITOCINA:** Seu uso indiscriminado é associado a efeitos adversos. Não deve ser usada de rotina, mas sim no trabalho de parto disfuncional, apontado pelo partograma.

- o Diluir 1 ampola (05UI) em 500 ml de SGI 5%. Caso necessário, de acordo com a avaliação do médico obstetra, aumentar a infusão em 12mL/h a cada 15-30 minutos. Não ultrapassar a dose de 120 mL/h.
- o Descontinuar o uso de ocitocina: Se o padrão contrátil exceder 05 contrações em 10 minutos (taquissístolia), se as contrações durarem mais de 1 minuto ou houver desaceleração dos batimentos cardíacos fetais.
- o Se a paciente não estiver recebendo ocitocina, administrar 0,25 mg de salbutamol (meia ampola) pela via subcutânea.

Avaliação da Vitalidade Fetal

- **AUSCULTA FETAL INTERMITENTE:** Deve ser realizada antes, durante e após uma contração, em intervalos de 30 minutos durante o primeiro estágio do trabalho de parto para gestação de baixo risco; a cada 15 minutos para alto risco e, de 5 em 5 minutos no período expulsivo. O BCF deve ser rítmico, com frequência entre 110 e 160 batimentos por minuto (bpm), sem desacelerações. BCF <100 bpm ou >180 bpm, pode significar sofrimento fetal agudo.
- **MONITORIZAÇÃO FETAL CONTÍNUA (CARDIOTOCOGRAFIA - ANEXO I):** Seu uso rotineiro em gestações de baixo risco está contraindicado, pois não melhora os resultados perinatais se utilizada sem indicação precisa, aumenta as intervenções no parto e diminui a satisfação da mulher. As indicações para o uso de cardiotocografia são:
 - 1) presença de líquido amniótico com mecônio (vide item 5.1.2);
 - 2) frequência cardíaca fetal anormal detectada na ausculta intermitente (menor que 110 bpm ou maior que 160 bpm);
 - 3) hipertermia materna;
 - 4) sangramento vaginal anormal durante o trabalho de parto;
 - 5) feto com risco aumentado de hipóxia intraparto.

Solicitar assistência de médico obstetra (se este não for o profissional assistente no momento da avaliação) se qualquer uma das seguintes condições for identificada:

Condições maternas:

- Pulso >120 bpm em duas ocasiões com 30 minutos de intervalo;

- PA sistólica ≥ 160 mmHg **OU** PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida;
- PA sistólica ≥ 140 mmHg **OU** diastólica ≥ 90 mmHg em duas medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- Proteinúria de fita (++) ou mais) **E** uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg;
- Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida **OU** $37,5^{\circ}\text{C}$ ou mais em duas ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
- Sangramento vaginal aumentado;
- Presença de líquido meconial;
- Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
- Progresso lento do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto, confirmado pelo partograma;
- Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional;
- Emergências obstétricas – hemorragias, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno, necessidade de ressuscitação neonatal avançada, entre outras;
- Placenta retida;
- Lacerações perineais de terceiro e quarto grau ou outro trauma perineal complicado.

Condições fetais:

- Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão;
- Suspeita de restrição de crescimento intrauterino ou macrosomia;
- Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio;
- Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm.

5.1.4 Métodos para alívio da dor (vide ANEXO II)

Métodos farmacológicos de alívio da dor no parto (vide Protocolo de Analgesia de Parto)

A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização. A equipe assistente deve sempre informar da seguinte forma:

- A analgesia farmacológica é um método efetivo para alívio da dor do parto, entretanto, não é isenta de riscos;
- Está associada à maior duração do segundo período do trabalho de parto e aumenta a chance de parto instrumental (com uso de fórceps e vácuo-extrator);
- Quando realizada com técnica adequada não aumenta a duração do primeiro período do trabalho de parto e não aumenta a chance de cesariana.

Cuidados específicos para mulheres com analgesia farmacológica

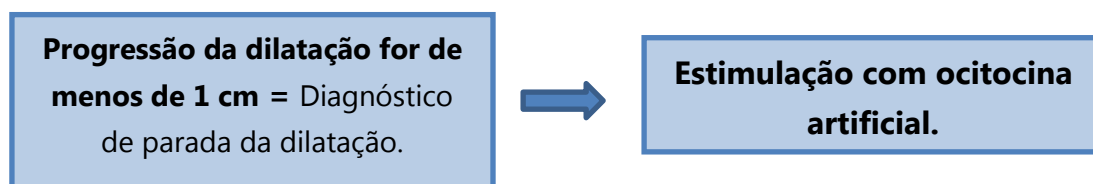
- 1- Ao solicitar analgesia farmacológica, a parturiente deve ter um acesso venoso;
- 2- Durante o estabelecimento da analgesia e após cada dose de repique, a pressão arterial deve ser monitorada;
- 3- Se a mulher não apresentar alívio da dor após 30 minutos do início da medicação, o médico anesthesiologista deverá ser comunicado para checar posicionamento do cateter e/ou necessidade de nova dose;
- 4- Após a analgesia, se a mulher desejar e tiver condições para tal, estimular a deambulação e posições não supinas (sob supervisão/acompanhante);
- 6- Após a administração de analgesia regional e depois de cada dose de repique, recomenda-se monitorização dos batimentos fetais a cada 5 minutos por 30 minutos.

5.1.5 Falha de progresso no primeiro período do parto

Suspeita-se do diagnóstico quando a dilatação for menor que 2 cm em 4 horas. Considerar a descida do polo e mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

A progressão da dilatação é mais relevante do que a duração total do período de dilatação. A atividade uterina insuficiente é a principal causa e passível de correção.

Após duas horas da suspeita de atraso e realização das medidas de correção, deve ser realizado novo exame de toque vaginal para confirmação diagnóstica:



Após 4 horas do início da ocitocina artificial, novo exame de toque deverá ser realizado:

Progressão menor do que 2cm após 4h: Pensar na possibilidade de parada primária de progressão.



Avaliar necessidade de cesariana.

Se a dilatação cervical aumentar 2 cm ou mais após 4 horas de início da ocitocina, recomenda-se que seja mantido o acompanhamento do trabalho de parto com novo exame cervical em 4 horas.

5.2 Assistência ao segundo período do trabalho de parto: período expulsivo

Não existe consenso em relação à duração máxima deste período. Segue abaixo a tabela com o tempo médio estimado para cada fase:

	Fase passiva	Fase ativa	Duração total do segundo período
Nulíparas sem analgesia	2 h	1 h	3 h
Nulíparas com analgesia	2 h	2 h	4 h
Múltipara sem analgesia	1 h	1 h	2 h
Múltipara com analgesia	2 h	1 h	3 h

Ministério da Saúde 2017

5.2.1 Práticas Assistenciais recomendadas para o segundo período

- **POSIÇÃO MATERNA:** deve-se respeitar a posição de escolha da parturiente dando preferência às não supinas.
- **MANOBRAS EXTRATIVAS:** A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto.
- **PUXOS MATERNOS:** Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. Após uma hora a parturiente deve ser incentivada ativamente a realizar o puxo durante as contrações.
- **CUIDADOS COM O PERÍNEO:** A massagem perineal não deve ser realizada por não haver evidências que a recomendem. As técnicas de 'mãos sobre' (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) e técnica de 'mãos prontas'

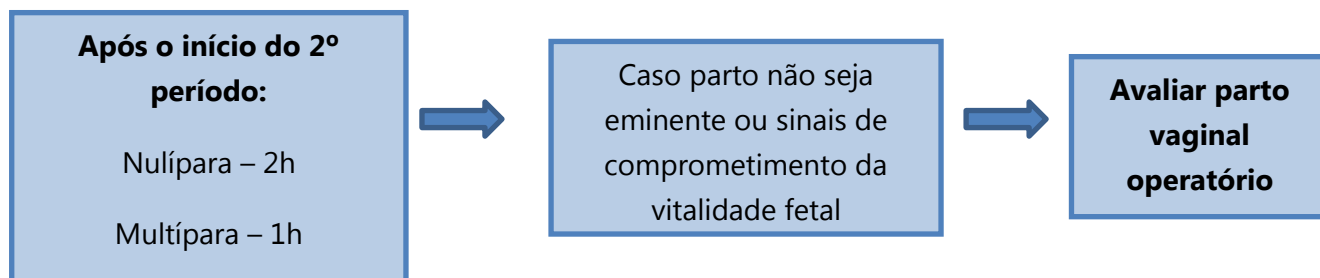
(com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo (se a técnica de 'mãos sobre' for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar a mulher para não empurrar nesse momento).

- **CONTROLE DO DESPRENDIMENTO:** Permitir o avanço da apresentação até que a circunferência suboccipito-bregmática tenha ultrapassado o anel vulvar distendido. Segurar a apresentação para que não se desprenda bruscamente. Uma vez desprendida a cabeça e rodada até sua posição primitiva, verificar a presença de circulares de cordão que devem ser gentilmente desfeitas. O corpo se desprenderá com facilidade, sempre contendo o feto para que não ocorra de forma brusca.
- **ANTISSÉPTICOS VAGINAIS:** Não deve ser realizada antissepsia vaginal e/ou vulvar de rotina.
- **USO DA OCITOCINA:** Seu uso no segundo período do trabalho de parto deve seguir os mesmos princípios das recomendações do primeiro período.
- **EPISIOTOMIA:** Não deve ser realizada de rotina. Quando indicada a sua realização, é indispensável que a mulher seja informada sobre o procedimento e esteja com analgesia efetiva.
- ❖ **MONITORIZAÇÃO FETAL:** Deverá ser realizada a cada 5 minutos, durante e após cada contração por pelo menos um minuto. Em caso de alteração, a cardiotocografia pode ser instalada se houver persistência da bradicardia sem que haja iminência do nascimento (vide anexo I - Recomendação para interpretação do traçado da CTG).

5.2.2 Falha de progresso no segundo período do parto

Quando existe a suspeita de atraso no segundo período do trabalho de parto deve-se observar se a mulher está excessivamente cansada, promover medidas de apoio, estimular a mudança de posição, oferecer analgesia, amniotomia e/ou ocitocina.

Um médico obstetra deve avaliar a mulher com prolongamento confirmado do segundo período do parto antes do uso de ocitocina. Após a avaliação obstétrica inicial, bem como início da ocitocina, manter a revisão a cada 15-30 minutos.



Parto vaginal operatório: É indicado quando existem sinais de estado fetal não tranquilizador ou como tratamento no caso do segundo período prolongado. Pode ser utilizado também no caso de exaustão materna. A escolha do instrumento (fórceps ou vácuo-extrator) deve ser feito pelo obstetra e dependerá do balanço entre a indicação clínica e a experiência do mesmo. Deverá ser realizada analgesia efetiva anterior à aplicação do instrumento. No caso de parto operatório de urgência por suspeita de comprometimento fetal, caso não haja tempo hábil para analgesia regional, recomenda-se uso de bloqueio de pudendo.

Assistência ao terceiro período do trabalho de parto (Dequitação/Secundamento):

O terceiro período do trabalho de parto é definido como aquele entre o nascimento do RN e a saída completa da placenta, cordão e membranas. Deve ser assegurado que a assistência e as intervenções realizadas, minimizem a separação entre mãe e filho. São duas as abordagens que podem ser utilizadas para a assistência neste período: manejo passivo e manejo ativo.

O manejo ativo está associado a menor duração do terceiro período e redução do risco de hemorragia materna. É composto por três ações:

- 1 - uso de ocitocina (10 unidades intramusculares administradas após desprendimento biacromial);
- 2 - clampeamento do cordão umbilical;
- 3 - tração controlada do cordão (após administração de ocitocina na presença de sinais de separação da placenta).

5.3.1 Práticas assistenciais recomendadas para o terceiro período do parto

Durante o terceiro período deve-se observar: condição física da mulher, perda sanguínea, coloração de pele e mucosa, respiração. Deverá ser coberta e aquecida, juntamente com o RN, que, se nasceu em boas condições, deverá estar em contato pele a pele com sua mãe.

Em relação ao tempo de duração do terceiro período, é considerado normal que este dure entre 30 minutos (em caso de manejo ativo) e 60 minutos em caso de manejo passivo. Examinar cuidadosamente placenta e membranas amnióticas.

No caso de hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher deve-se:

- Solicitar assistência de médico obstetra caso este não for o profissional assistente no momento;
- Puncionar acesso venoso periférico e calibroso além de informar à puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos;

5.3.2. Falha de progresso no terceiro período do parto

A retenção placentária é diagnosticada quando não ocorre a dequitação espontânea dentro dos prazos acima. Após o diagnóstico, a primeira conduta a ser tomada é obter acesso venoso calibroso e periférico na parturiente, seguido de injeção de 20 unidades de ocitocina em 20 ml de soro fisiológico 0.9% na veia umbilical. Se a dequitação não ocorrer após 30 minutos da primeira injeção de ocitocina, haverá necessidade de remoção manual da placenta. Não realizar este procedimento sem analgesia adequada. Avaliar a necessidade de curetagem uterina e administração de uterotônicos após a extração manual.

5.4 Assistência ao quarto período do trabalho de parto: 1 hora pós-parto:

O quarto período do trabalho de parto inicia-se após a saída completa da placenta e membranas. É neste momento que podem acontecer complicações hemorrágicas mesmo em partos fisiológicos.

Nos casos nos quais existe indicação para realização de exame histológico da placenta (suspeita de infecção congênita, corioamnionite, qualquer evento adverso intraparto como febre materna, hemorragia intraparto, estado fetal não tranquilizador, baixo Apgar ao nascimento, prematuridade), esta deve ser adequadamente armazenada para envio ao laboratório.

5.4.1 Práticas Assistenciais recomendadas para o quarto período do parto

Após avaliação geral, com a mulher em posição confortável, com boa exposição da vulva e da vagina, boa iluminação, colocar a mulher em posição de litotomia. O profissional assistente do parto deverá realizar a revisão do canal de parto. Não explorar a cavidade uterina como rotina. Isto é, se o útero estiver contraído, o sangramento vaginal for de pequena quantidade e o exame da placenta e

membranas sugerir que não há tecidos retidos na cavidade uterina, não se deve pinçar o lábio cervical nem inserir instrumentos na cavidade uterina.

Após realizar o exame do canal de parto, o profissional deverá documentar o grau de laceração perineal, segundo classificação:

Grau da lesão	Local / Profundidade da laceração
1º Grau	Apenas na pele
2º Grau	Pele e musculatura perineal
3º Grau	Períneo envolvendo o esfíncter anal
4º Grau	Períneo envolvendo o esfíncter e o epitélio anal

Após a inspeção do local, o profissional deverá explicar à mulher qual tipo de laceração ela teve (se for o caso) e como será feito o reparo, além de orientar sobre analgesia e cuidados locais.

Nas duas primeiras horas do pós-parto é necessária a avaliação e registros de 30/30 minutos dos seguintes parâmetros: coloração das mucosas, pressão arterial, temperatura, pulso, tônus uterino e sangramento vaginal.

Avaliação do sangramento transvaginal: se anormal, iniciar medidas intervencionistas: puncionar dois acessos periféricos venosos calibrosos, um em cada membro superior, para infusão de líquidos, medicações e hemoterapia, se necessária. Coletar amostras de sangue antes de infusão de líquidos. Tratamento de acordo com a causa do sangramento e segundo o Protocolo de Hemorragia Pós-Parto.

6 – Atividades Específicas

6.1 Médico Obstetra:

- Trabalhar em estreito relacionamento, colaboração e harmonia com a enfermagem obstétrica, médicos pediatras e anesthesiologists, com o sentido de promover excelência na assistência obstétrica;
- Conduzir o trabalho de parto e puerpério das pacientes que apresentem fatores de risco gestacional, distócias de parto e complicações pós-parto, juntamente com os demais membros da equipe assistencial;

- Atuar prontamente nas situações de urgência / emergência ameaçadora à vida da mulher e do feto;
- Atender prontamente à solicitação de enfermeiro obstetra e/ou outros membros da equipe assistencial para avaliação da parturiente com suspeita de parto distócico;
- Identificar a presença de dor não responsiva ao uso de técnicas não-farmacológicas e ofertar, de acordo com o desejo da mulher e em conjunto com a equipe, o uso de técnicas de analgesia farmacológica;
- Acompanhar, em conjunto com a enfermagem obstétrica e médico anestesiológista, todas as pacientes em uso de técnicas farmacológicas de analgesia durante o trabalho de parto e parto;
- Realizar avaliação e auditoria das práticas obstétricas e propor modificações quando necessário;
- Avaliar e prescrever ocitocina durante o trabalho de parto (a prescrição da ocitocina é atividade exclusiva do médico obstetra).

6.2 Enfermeiro obstetra:

- Oferecer cuidados às mulheres e RN, independente do local do parto;
- Assistir ao parto normal de risco habitual, em todas as suas fases, com as seguintes competências:
 - Avaliação do estado geral da parturiente;
 - Avaliação de dados vitais (frequência respiratória, pulso, pressão arterial, temperatura);
 - Avaliação da dinâmica uterina;
 - Avaliação do bem-estar fetal por ausculta intermitente e/ou cardiotocografia;
 - Realização de toque vaginal;
 - Adoção de medidas para correção de alterações na frequência cardíaca fetal tais como mudança de decúbito, hidratação venosa e oxigenioterapia;
 - Identificação do início da dor durante o trabalho de parto e utilização de técnicas de analgesia não farmacológicas apropriadas (VER ANEXO II);
 - Identificação da presença de dor intolerável e não responsiva ao uso de técnicas não farmacológicas e compartilhamento com médico obstetra para indicação de técnicas de analgesia farmacológicas;
 - Identificação das distócias obstétricas e utilização de medidas corretivas tais como: amniotomia, cuja decisão e execução deve ser compartilhada

com médico obstetra, hidratação oral ou venosa, conforme diretrizes de assistência ao parto e compartilhamento com equipe médica.

- Identificação de complicações no puerpério imediato, como hemorragias, e utilização de medidas corretivas como: posicionamento, oxigenioterapia, hidratação venosa, massagem uterina, etc., conforme diretrizes de assistência ao parto e compartilhamento com médico obstetra;
- Oferecer apoio emocional, garantir a continuidade do cuidado e promover e proteger a gravidez e o trabalho de parto, como processos normais e fisiológicos.
- Realizar avaliação e assistência de puérperas sem complicações após parto normal;
- Avaliar gestantes de risco habitual verificando se a mesma está em trabalho de parto inicial ou fase ativa;
- Avaliar e adotar condutas, conforme diretrizes assistenciais, em puérperas com problemas relacionados à amamentação e às mamas, exceto infecção;
- Solicitar avaliação presencial do médico obstetra para puérperas com outras complicações ou problemas médicos ou obstétricos mais complexos;
- Realizar avaliação e assistência de enfermagem imediata ao recém-nascido após o parto;
- Solicitar avaliação presencial do médico pediatra/neonatologista para recém-nascidos com complicações ou outros problemas médicos mais complexos;
- Alertar os outros membros da equipe sobre aspectos importantes da história materna ou fetal que possam necessitar intervenções de urgência;
- Participar ativamente no ensino e formação de estudantes e residentes de medicina e enfermagem e treinamento contínuo da equipe multiprofissional;
- Assegurar trabalho em equipe efetivo;
- Encontra-se no ANEXO IV as medicações que podem ser prescritas pelo enfermeiro obstetra.

6.3 Doulas (quando disponíveis na unidade):

- Trabalhar em estreito relacionamento, colaboração e harmonia com o restante da equipe com o objetivo de promover excelência na assistência obstétrica;
- Orientar a mulher a assumir a posição que mais lhe agrada durante as contrações, sempre que possível;
- Favorecer a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade;
- Auxiliar na utilização de técnicas não farmacológicas no alívio a dor;
- Estimular a participação do acompanhante em todo o processo;

- Apoiar e orientar a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada.

6.4 – Anestesista, Pediatra, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo e Assistente Social:

- **Vide manual de cargos e funções da FHEMIG.**

7. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO (RN)

O atendimento ao RN em sala de parto consiste na assistência por profissional médico capacitado, pediatra ou neonatologista.

O RN deve ser recebido em ambiente acolhedor (pouca luminosidade, quando possível, temperatura de 26°). O bebê deve permanecer em contato pele a pele sobre o tórax/abdome da mãe (ambos sem roupa ou tecidos entre o corpo dos dois). Deve-se apenas cobrir a criança com um campo morno para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele a pele.

Seguem algumas recomendações sobre procedimentos que normalmente são realizados rotineiramente com o RN:

- **Aspiração de vias aéreas:** Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável, apenas em casos selecionados, quando há obstrução de vias aéreas pela secreção nasal e oral;
- **Clampeamento do cordão umbilical:** Recomenda-se que o clampeamento do cordão umbilical seja realizado entre 1 a 3 minutos após o nascimento. Este procedimento deve ser imediato nas gestantes HIV, HTLV e HbsAg. Neste momento, incentivar a participação do acompanhante, oferecendo que ele corte o cordão umbilical.
- **Coletar sangue de cordão umbilical:** Nos casos de RNs nascidos de mães RH negativo ou naquelas sem tipagem sanguínea no momento do nascimento.

8. Assistência no Alojamento Conjunto

Devem permanecer em alojamento conjunto até a alta hospitalar:

- Mães livres de condições que impossibilitem ou contraindiquem o contato com os RN;
- RN com boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico. Em geral, esses RN têm mais de 2.000g, mais de 35 semanas de gestação e índice de Apgar maior que seis no quinto minuto;

- No alojamento conjunto, devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde orientações à mãe e familiares sobre vários aspectos relacionados ao cuidado do RN;
- Promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno através da adoção dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno da UNICEF;
- Avaliação e cuidados com o RN. Avaliação do estado emocional da mãe (interferência no cuidado ao RN);
- Todos os recém-nascidos de alto risco ou com AIH serão encaminhados à atenção primária conforme fluxo da Alta Responsável.

O profissional de saúde deve prover atendimento humanizado e seguro às mulheres, RN, acompanhantes, familiares e visitantes, e ser capaz de acolhê-los.

Puérpera:

- A avaliação rotineira da puérpera durante a internação permite detectar e intervir oportunamente quando ocorrer desvios dos limites fisiológicos do puerpério. As seguintes atividades devem ser desenvolvidas:
 - Condições do aparelho digestivo e urinário: eliminação fisiológica;
 - Sinais vitais: pulso; temperatura; pressão arterial e estado das mucosas;
 - Estado das mamas: consistência, temperatura, conformação dos mamilos, presença de fissuras;
 - Involução uterina e características da cicatriz cirúrgica;
 - Estado dos genitais externos: presença de edemas e hematomas, características dos lóquios (cor, cheiro, quantidade);
 - Alterações de membros inferiores: dor, calor e eritema (principalmente na panturrilha e região inguinal) e dificuldade de deambulação;
- **Conduta:** Deve-se evitar a prescrição rotineira de medicamentos no puerpério, reservando-os para os casos onde ocorram desvios dos limites fisiológicos. Avaliar a relação risco/benefício procurando-se evitar, na medida do possível, aqueles que interfiram na amamentação e produzam efeitos colaterais indesejáveis no recém-nascido;
- Avaliação do estado emocional.

ÍTEM DE CONTROLE

1. Taxa de cesáreas realizadas no hospital: número de cesáreas / número total de partos realizados na Unidade.
Este indicador será acompanhado também no Boletim Executivo Mensal.

2. Percentual de preenchimento do partograma: número de pacientes para quem foi preenchido o partograma / número de partos normais.
3. Percentual de utilização de ocitocina durante o trabalho de parto: N° de pacientes que tiveram parto normal e utilizaram ocitocina durante o trabalho de parto /número partos normais na Unidade.
4. Número absoluto de óbitos maternos dentre as mulheres que realizaram partos na Unidade.

REFERENCIAS

1. Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO). American Academy of Family Physicians. 2000.
2. AMORIM, M M R; PORTO, A M N; SOUZA, A S R. Assistência ao Segundo e Terceiro Período do Trabalho de Parto Baseada em Evidências. Revista Femina. Novembro, 2010. Vol 38, nº 11, pag 583-591. 2010.
3. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Atendimento multidisciplinar a gestante em trabalho de parto. Protocolo clínico, fevereiro, 2011.
4. BRASIL, Casa Civil. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Normas Básicas para Alojamento Conjunto. Portaria MS/GM nº 1.016, 26 de agosto de 1993. DOU nº 167 de 1/9/93, seção I, p 13.066.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 371/2014. Brasília, 2014.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático de Assistência Humanizada ao Parto. Organização Nacional da Saúde. Brasília, 1996.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, 2001.199 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, Brasília, 2006, 163 p. Caderno nº 5.

-
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de promoção do aleitamento materno para Hospitais Amigo da Criança: normas técnicas. Brasília, 2009.
-
12. BALASKAS, J. Parto Ativo: guia prático para o parto normal. 2. ed. São Paulo: Ed. Ground, 1991.
-
13. DEITRA L; SHANNON P; M I B. O Cuidado em Enfermagem Materna. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
-
14. HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Guia de Práticas Assistenciais: Assistência ao Parto e Nascimento: celebrando a vida e o amor. Março, 2003.
-
15. GOVERNO DE MINAS GERAIS, SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto. Belo Horizonte. Fevereiro, 2011.
-
16. OLIVEIRA JFB; QUIRINO GS; RODRIGUES DP. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. Rev Rene. 2012; 13 (1):74-84.
-
17. PEREIRA, A L F.(org.). 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. 164 p. il., tab.
-
18. [Portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt).
-
19. PORTO A M N; MELANIA, M R A; SOUZA, A.S.R Assistência ao Primeiro Período do Trabalho de Parto Baseada em Evidências. Revista Femina. Outubro. Vol 38, nº 10, pag 527-537. 2010.
-
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
-
21. AMORIN, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro período do trabalho de parto baseada em evidência. Femina, v.38, n. 38, p. 583-91, Nov 2010.
-
22. PORTO AM F; AMORIM MM R; SOUZA ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências: [revisão]. Femina;38(10)527-37. 2010.
-
23. SANTOS L G A e at al. Enfermagem em ginecologia e obstetrícia. IMIP; Ed. Med book , 2010.v RJ Cap 6; 99-115. 2010.
-
24. Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (UNICEF). Amamentação garante saúde ao bebê e à mãe. Brasília; 1989 [acesso em 19 mar 2015]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm.
-

-
25. Os cuidados contínuos fornecidos por parteiras e clínicos gerais tem efeitos benéficos que incluem menor número de internações no período pré-natal e menor uso de medicamentos para dor, com mais satisfação da gestante comparados aos cuidados conduzidos pelo obstetra. Cochrane Database of Systematic Review (online). Available: <http://www.update-software.com/ccweb/cochrane.cdsr.htm>. The Cochrane Collaboration. Oxford, Update Software, 2000. (Level I).
-
26. HODNETT ED. Uma pessoa para apoio contínuo durante o trabalho de parto pode reduzir o parto cesáreo, o parto vaginal operatório e Apgar do 5º minuto com escore menor que sete. Support during pregnancy for women at increased risk Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 1, 2000 (Level I).
-
27. LAWRENCE A; LEWIS L, HOFMEYR G J, DOESWELL T, STYLES C. Deambulação como controle da dor, diminui a necessidade de peridural, redução do uso de ocitócicos, diminuição dos partos vaginais assistidos e prevenção da distocia. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 1, Art. No. CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.
-
28. MANGUESI L; HOFMEYR GJ. Líquidos e sólidos após parto cesárea: introdução precoce versus tardia (Revisão Cochrane) (Cochrane Review). In: Resumos de Revisões Sistemáticas em Português, Issue, CD003516-PT.
-
29. ANDERSON GC; MOORE E; HEPWORTH J; BERGMAN N. Contato pele a pele precoce das mães com recém-nascidos saudáveis (Cochrane Review). In: Resumos de Revisões Sistemáticas em Português, Issue, CD003519-PT. 2016.
-
30. LOPEZ L M; HILLER J E; GRIMES DA. Education for contraceptive use by women after childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 07, Art. No. CD001863. DOI: 10.1002/14651858.CD001863.pub4.
-
31. CROWTHER C A; MIDDLETON P. Anti-D administration after childbirth for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 07, Art. No. CD000021. DOI: 10.1002/14651858.CD000021.pub2.
-
32. ZAMORA LA. A randomized controlled trial of oxytocin administered at the end of the second stage of labor versus oxytocin administered at the end of the third stage of labor in the prevention of postpartum hemorrhage. Philippine journal of obstetrics & gynecology : official publication, Philippine Obstetrical and Gynecological Society. Issue 4, V. 23, P. 125-33, 1999 Oct-Dec.
-
33. JANG GJ, KIM SH; JEONG KS. Effect of postpartum breast-feeding support by nurse on the breast-feeding prevalence. Taehan Kanho Hakhoe chi. Issue 1, V. 38, P. 172-9, 2008 Feb.
-
34. OLSON A; OLSON C; COX NS. Usar posição ginecológica e/ou mesas de parto inadequadamente aumenta o risco de laceração de terceiro e quarto graus das mulheres. Maternal birthing positions and perineal injury. J FamPract 1990;30:553-7. (level III).
-

-
35. A ausculta fetal intermitente é um método aceitável de monitorização em gestantes de baixo risco. American College of obstetricians and Gynecologists. Fetal heart rate patterns: Monitoring, interpretation, and management Technical Bulletin Nº 207 Washington, DC. ACOG July 1995. (Level III).
-
36. Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. Saúde Materna e Neonatal / Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. Organização Mundial da Saúde. Genebra. 1996.
-
37. HODNETT ED; GATES S; HOFMEYER G J; SAKALA C; WESTON J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. Feb 16;(2):CD003766. 2011.
-
38. SILVA L B D; SILVA M P; MARTINS PC; FERREIRA QTM. Posições maternas no trabalho de parto e parto. Femina; 35(2): 101-106. Fev 2007.
-
39. SIMKIN P P; O'HARA MM. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. Am J ObstetGynecol 2002; 186 (Suppl 5): S131-59.
-
40. BERGHELLA V; BAXTER J K; CHAULAN SP. Evidence-based labor and delivery management. AJOG. 445-454. 2008.
-
41. Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal. GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA NO SNS. MINISTÉRIO DA SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL. Vitoria-Gasteiz 2010. Disponível em: <http://www.euskadi.net/eigvbiblioteka>. 2010.
-
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical.
-
43. WORKING GROUP. [Citado: 12 feb 2008]. Disponível em: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf. Genebra, 1996.
-
44. BRANCATO RM, CHURCH S, STONE PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. J obstet. 2008.
-
45. Gynecol Neonatal Nurs 2007; 37(1):4-12.
-
46. AMORIM MMR, KATZ L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. Femina; 36 (1)47-54, jan. 2008.
-
47. MURRAY SS; MCKINNEY ES. Nursing care during labor and birth and intrapartum fetal surveillance. In: Foundations of maternal-Newborn Nursing. 4th Ed. St. Louis., MO: Saunders; pp.266-334. 2006.
-
48. SIMPSON K R; JAMES DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being. Nurs Res. 54(3):149-157. 2005.
-

-
49. YAO-HUA; WANG; RN; LIU, SHU-HUI. Effectiveness of different pushing methods during the second stage of labor: A systematic review. Executive summary . Disponível em: <http://son.web.ym.edu.tw/front/bin/download.phtml?Part=100SYS&Nbr=451&Category=131>.
-
50. ATHUKORALA C; MIDDLETON P; CROWTHER CA; Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD005543.
-
51. Athukorala C; MIDDLETON P, & CROWTHER C A. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia. Cochrane Database of Systematic Reviews. doi: 10.1002/14651858.cd005543.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD005543.pub2.2006.
-
52. Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal. GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA NO SNS. MINISTÉRIO DA SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL.Vitoria-Gasteiz 2010.
-
53. BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Assistência ao Parto e Nascimento: Diretrizes para o cuidado multidisciplinar. 2015.
-
54. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016.
-
55. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018.
-
56. BRASIL. Ministério da Saúde. DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde, 2017.
-
57. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Preenchimento de Partograma. Rio de Janeiro. Inclui um vídeo (5 min 25 s) : son., color. Inclui apresentação em PowerPoint (19 p.), 2018.
-
58. ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO – Diretrizes para o Cuidado Multidisciplinar – Prefeitura de Belo Horizonte, 2015.
-
59. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018.
-
60. DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão de Incorporação de Tecnologias em Saúde.
-
61. 10 PASSOS DO ALEITAMENTO MATERNO DA UNICEF: <HTTP://PORTALMS.SAUDE.GOV.BR/SAUDE-DE-A-Z/CRIANCA>.
-
62. BRASIL, 2008: RELATÓRIO FINAL DO ODM, 2015
-
63. OMS, 2015: DOCUMENTO DE LANÇAMENTO DOS ODS 2030.
-

ANEXOS

ANEXO I – EXAME DE CARDIOTOCOGRAFIA

CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS:

VARIÁVEL	LINHA DE BASE	VARIABILIDADE	DESACELERAÇÕES
TRANQUILIZADORA	110-160bpm	≥ 5 bpm	Ausentes
NÃO TRANQUILIZADORA	161-180 bpm	< 5 por 30-90 minutos.	Desacelerações variáveis com queda da linha de base de até 60 bpm demorando até 60 segundos para recuperar, em mais de 50% das contrações, ocorrendo por mais de 90 minutos OU desacelerações variáveis com queda da linha de base de mais que 60 bpm ou com recuperação em tempo maior que 60 segundos, presentes por mais que 30 minutos, em mais de 50% das contrações OU desacelerações tardias presentes por mais que 30 minutos, ocorrendo em mais de 50% das contrações.
ANORMAL	< 110 ou > 180 bpm	< 5 bpm por mais que 90 minutos	Desacelerações variáveis em mais de 50% das contrações, que persistem 30 minutos depois de tomadas medidas conservadoras OU desacelerações tardias presentes em mais de 50% das contrações, por mais de 30 minutos, que não melhoraram após medidas conservadoras. OU desaceleração única prolongada por mais de 3 minutos.

CLASSIFICAÇÃO DA CTG:

CATEGORIAS	DEFINIÇÃO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
NORMAL OU CATEGORIA I	Três variáveis tranquilizadoras	Feto saudável	*Cuidado obstétrico de rotina. Se a CTG foi iniciada por alterações na ausculta intermitente, remover após 20 minutos
SUSPEITA OU CATEGORIA II (com necessidade de medidas conservadoras)	Uma variável não tranquilizadora e duas variáveis tranquilizadoras	Risco aumentado de acidose fetal	* se a linha de base for superior a 160bpm, checar temperatura e pulso. Se aumentados, hidratação oral ou venosa e antitérmicos
PATOLÓGICA OU CATEGORIA III	Uma variável anormal e duas não tranquilizadoras OU bradicardia abaixo de 100bpm por 3 minutos ou mais	Provável acidose fetal	*Realizar medidas conservadoras *O parto deve ocorrer o mais rapidamente possível

- MEDIDAS CONSERVADORAS: DECÚBITO LATERAL ESQUERDO, HIDRATAÇÃO ORAL OU VENOSA, REDUZIR AS CONTRAÇÕES.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE COMPROVEM A MELHORA DO ESTADO FETAL COM A ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO A PARTURIENTE. APENAS UM ESTUDO CORROBORA ESTA PRÁTICA.
- VARIABILIDADE MODERADA É FORTEMENTE PREDITIVA DE FETO NÃO ACIDÓTICO.
- A PRESENÇA DE ACELERAÇÕES ESPONTÂNEAS OU PROVOCADAS É ALTAMENTE PREDITIVA DE UM FETO NÃO ACIDÓTICO.
- SE ACELERAÇÕES ESTÃO PRESENTES COM VARIABILIDADE REDUZIDA, CONSIDERAR PADRÃO TRANQUILIZADOR.
- SE A CTG FOR PATOLÓGICA, SUSPENDER A INFUSÃO. NO CASO DE CTG SUSPEITA, A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA.

ANEXO II

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR

Oferecer e utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor: chuveiro, massagens, posições de conforto, utilização da bola de Bobath, escada de Lingue. Em diversos casos, o alívio da dor pode ser alcançado apenas com suporte físico e emocional adequado. A presença de um familiar e/ou doula pode contribuir para a redução da intensidade dolorosa.

Técnicas de relaxamento: Técnicas que promovam relaxamento e concentração podem auxiliar no alívio da dor. Podem ser empregadas diversas técnicas de respiração profunda e concentração no movimento respiratório que são praticadas.

Vocalização: Gemitos ou repetir palavras pode ser um meio para relaxar e lidar com a dor. Por isso devem ser respeitadas e não devem ser interrompidas se a mulher estiver confortável dessa maneira.

Posições: Com a ambiência favorável, é comum que a mulher assuma uma variedade de posições durante o trabalho de parto, o que diminui a chance de que ela sinta necessidade de usar analgesia farmacológica.

Toques corporais e massagens: Durante o trabalho de parto a mulher pode se sentir confortável ou não com o toque em seu corpo, realizado por profissionais da assistência ao parto ou por seu(s) acompanhante(s).

Banhos de aspersão: A água morna causa relaxamento muscular e, para muitas mulheres, promove alívio da dor do parto. A parturiente pode ficar em baixo do chuveiro de pé, sentada em um banco de plástico ou na bola de Bobbat.

Banhos de imersão: A temperatura da água e da mulher deve ser monitorada de hora em hora, para assegurar que a mulher esteja confortável e não está com hipertermia. A temperatura da água não deve ser superior a 37,5°C. As banheiras deverão ser limpas de acordo com PRS estabelecido pelo serviço de controle de infecção hospitalar.

Acupressura: A acupressão, aplicação de pressão em pontos específicos do corpo, o que causa um bloqueio de certos impulsos nervosos e estimula a liberação de analgésicos naturais e endorfinas, diminuindo a dor do parto sobre esses pontos.

Musicoterapia: O uso de música de acordo com a escolha da mulher pode ter efeito positivo por gerar mais conforto e relaxamento.

Bolas de nascimento (Bobbat): A gestante pode se sentar na bola em uma posição de cócoras apoiada com contrapressão mínima sobre o períneo (como se senta em um vaso sanitário). A pessoa que a apoia é colocada em uma cadeira atrás ou de frente para a mulher enquanto ela fica livre para rolar para frente e para trás ou balançar gentilmente. Isto ajuda à parturiente, pois promove um movimento rítmico, distração, relaxamento e pode melhorar as dimensões da pelve (aumentando os diâmetros), desta forma favorecendo o progresso do parto e a descida fetal.

Recomendações para métodos não farmacológicos de alívio da dor:

- Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água ou banho de aspersão para alívio da dor no trabalho de parto;
- Se uma mulher escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ou outras técnicas de relaxamento, ela deve ser apoiada em sua escolha;
- A injeção de água estéril não deve ser usada para alívio da dor no parto;
- A estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido;

- Apoiar que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher durante o trabalho de parto;
- A hipnose pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado para tal;
- Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se devem coibir as mulheres que desejarem usar áudio-analgesia e aroma terapia durante o trabalho de parto.

ANEXO III

Partograma		Nome								RG								De Lee		Hodge			
Dilatação (cm)	10																			-AM	I		
	9																			-3		II	
	8																			-2			
	7																			-1			
	6																			0			
	5																			+1			
	4																			+2			
	3																			+3			
	2																			+4			
	1																			Vulva			IV
Dia de início																							
Hora real		19	20	21	22	23	24	01	02														
Hora de registro		1	2	3	4	5	6	7	8														
FCF (bat./min.)	180																						
	160																						
	140																						
	120																						
	100																						
	80																						
Contrações	1 a 19s	<input checked="" type="checkbox"/>																					
	20 a 39s	<input type="checkbox"/>																					
	≥ 40s	<input type="checkbox"/>																					
Bolsa																							
LA																							
OC TOC NA																							
MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA																							
EXAMINADOR																							
																						OBSERVAÇÕES	

Fonte: Ministério da Saúde, Brasil.

FONTE: [HTTPS://WWW.ARCA.FIOCruz.BR/BITSTREAM/ICICT/29761/2/PREENCHIMENTO%20DE%20PARTOGRAMA.PDF](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/ICICT/29761/2/PREENCHIMENTO%20DE%20PARTOGRAMA.PDF)

ANEXO IV

Prescrição de Medicamentos pelo Enfermeiro					
Medicamento	Indicação	Contra Indicação	Dosagem	Via de administração	Efeitos Colaterais/ Reações Adversas
Vitamina K	Profilaxia da doença hemorrágica no RN	Hipersensibilidade ou intolerância previa à droga ou álcool benzílico (somente injeções)	0,1mL ou 10UI	Intramuscular - Vasto-lateral da coxa	Dermatológica: rubor, rush, urticária. Ex. Laboratoriais: diminuição das provas de função hepática. Gastro Intestinais (GI): transtornos gástricos, gosto incomum. Hematológicas: anemia hemolítica, hemoglobinúria, hiperbilirrubinemia. Locais: eritema, dor, edema. SNC: dano cerebral (doses altas), cefaleia. Outras: reações alérgicas, heperbilirrubinemia (doses altas em lactentes muito prematuros), icterícia nuclear.
Ocitocina (conduta ativa no 3º período do parto)	Conduta ativa na dequitação	-	Administração 10UI após desprendimento do ombro anterior do feto.	Intramuscular	SNC: Cefaleia. Cardiovascular: taquicardia, bradicardia, arritmias cardíacas. Gastro Intestinais (GI): Nauseas, vômitos. Dermatológica: erupções cutâneas.
Lidocaina sem vasoconstritor	Anestésico local - Utilizado para episiorrafia e refia de laceração	-	20mL de lidocaina a 1%	Infiltrar no local a ser anestesiado	Sonolência, grande incidência de vertigens.
Paracetamol	Dor leve a moderada. Febre	Hipersensibilidade prévia. Algumas formulações contém álcool, aspartame, sacarina, açúcar iou tartazina e devem ser evitados em pacientes com hipersensibilidade ou intolerância a estes componentes. Utilizar cuidadosamente em casos de doença hepática grave, doença renal, alcoolismo crônico, e desnutrição	325 a 650 mg, 4/4h ou 6/6h ou 1g, 3-4 vezes por dia (dose máxima: 4g / dia)	Via oral	Dermatológica: rubor, urticária. GL: necrose hepática (superdosagem)
Solução Fisiológica (0,9)	Obstrução Nasal	-	0,5mL em cada em cada narina antes das mamadas	Narinas	-
Dimeticona	Agente antiespumante que evita acúmulo excessivo de gases no estomago e também melhora os sintomas provocados pela distensão gasosa e flatulência; Fisiose	hipersensibilidade	40mg 3 vezes ao dia (após as refeições e o deitar)	Via oral	Nenhum relato até o momento
Dipirona	Antitérmico, inclusive em convulsões febris em crianças e até em doenças malignas, quando a febre não puder ser controlada por nenhum outro meio. Também pode ser utilizado com analgésico	Hipersensibilidade aos devidos pizalôncos. Glaucoma de ângulo fechado. Nefrites crônicas. Discrasias sanguíneas. Doenças metabólicas como porfíria hepática ou deficiência congênita de glicose-6-fosfato-desidrogenase. Asma e infecções respiratórias crônicas. Grave comprometimento cardiocirculatório. Gestação e lactação. Criança menores de 3 meses ou menor que 5 kg de peso corporal.	Adulto: 500mg -1g, repetido conforme necessário, em 4/4h ou 6/6h. VO ou IV.	VO e IV	Dermatológicas: erupções cutâneas. GI: náuseas, vômitos, hemorragia GI. Hematológicas: agranulocitose, outras discrasias sanguíneas, (anemia aplásica, púrrora trombocitopenia) (raras). SNC: tremor. Outras: anúria, edema, reações alérgicas (asma, edema, angioneurótico, agravamento da hipotrombinemia, diminuição da PA)

CONFLITO DE INTERESSE DOS AUTORES

Os autores declaram não haver conflito de interesses na elaboração deste protocolo clínico.