

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO PPP INTRA-HOSPITALAR

O processo de mudança de paradigma na atenção obstétrica e neonatal no país, ou seja, o renascimento do respeito ao fisiológico e natural conta com o apoio de programas e políticas públicas que buscam a melhoria da assistência às mulheres, recém-nascidos e famílias.

No contexto da humanização, o atendimento a parturiente deve ser realizado baseado em evidências científicas, conforme preconiza o Ministério da Saúde, através da Rede cegonha e políticas de humanização da assistência. Estas recomendações estão baseadas nas boas práticas de assistência ao parto e nascimento da OMS, de 1996, que classifica as ações assistenciais em quatro categorias, dando orientações para o que pode e não pode ser realizado durante a assistência.

Algumas dessas recomendações sofreram alterações em virtude da atualização dos estudos e construção de novas evidências científicas, entretanto, cotidianamente, ainda são realizadas práticas de rotinas, que não possuem fundamento científico para justificar sua ação, dando espaço para a violência obstétrica. Para que haja assistência respeitosa faz-se necessário definir e classificar a parturiente quando ao risco do parto, na sua chegada a maternidade e durante todo o trabalho de parto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), faz algumas recomendações com relação as intervenções tecnológicas durante o trabalho de parto, afirmando que as mesmas só devem ser utilizadas caso exista um motivo claro e válido, pois intervenções injustificadas sobre um processo fisiológico podem trazer efeitos inesperados, repercutindo a longo prazo na vida dessas mulheres.

Nesse movimento de mudança, deve-se respeitar o fisiológico, o direito informado da mulher e qualificar a assistência.

AS ATRIBUIÇÕES DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

Cada equipe de profissionais deverá estar diretamente subordinada a um profissional da sua categoria e especialização. Com isto haverá menos atrito entre as equipes. Cabendo aos Responsáveis técnicos:

- Coordenar, planejar, organizar e supervisionar a equipe.
- Apresentar as atribuições do profissional no momento da admissão no serviço.
- Apresentar-se aos colegas e aos responsáveis técnicos das outras equipes.
- Elaborar protocolos específicos de sua categoria e participar na elaboração de protocolos com responsáveis técnicos.
- Solicitar de sua equipe postura ética na assistência.
- Coordenar as atividades de assistência sob sua responsabilidade.
- Discutir casos com outros responsáveis técnicos.
- Elaborar relatórios solicitados.
- Participar de comitês/comissões afins.

1. As Atribuições do Médico Obstetra:

- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional.
- A internação e a alta são atos exclusivos dos médicos.
- Na admissão de gestantes o esclarecimento e a oferta explícita do direito da gestante à opção pelo acompanhante de preferencia, é função médica assim como a sua atuação, favorecendo a permanência para acompanhá-la desde a admissão até o final do trabalho de parto. Buscando equalizar o melhor possível essa nova postura, pleiteando junto à direção do serviço condições plenas para essa prática.
- Diagnóstico de normalidade dos trabalhos de parto e prognóstico de normalidade do parto, na admissão de gestantes para internação no PPP (pré parto, parto e puerpério imediato), com estímulo ao parto ativo, sem medicalizar.
- Diagnostico das patologias clínico-obstétricas e/ou das distócias do trabalho de parto, na admissão das gestantes, com a indicação das condutas pertinentes, iniciando hierarquicamente com as menos intervencionistas, medicalizando os casos, gradativamente, na medida da necessidade, utilizando toda a tecnologia e as técnicas medicamentosas e cirúrgicas reconhecidas disponíveis.
- Atender, prontamente, às solicitações da enfermagem obstétrica para avaliação das distócias detectadas nos trabalhos de parto com discussão em equipe e imediata anotação no partograma dos diagnósticos realizados e na prescrição médica, das condutas indicadas. Comunicando à equipe, aos clientes e respectivos familiares.
- Acompanhar, especialmente, as clientes internadas com diagnóstico de patologias clínico-obstétricas ou com trabalhos de parto patológicos, preenchendo o partograma conjuntamente à enfermagem obstétrica.
- Prescrever os medicamentos e as condutas médicas do puerpério imediato dos casos patológicos.
- Passar visitas médicas diárias nas gestantes internadas para tratamento de patologias obstétricas e no puerpério em geral.
- Dar altas hospitalares:
 - a. Com menos de 48 horas, para as puérperas de parto normal que estiverem incluídas dentro dos critérios de normalidade, segurança materna ideais, as quais serão supervisionadas através do ambulatório de retorno e amamentação.
 - b. Com 48 horas ou mais para as demais puérperas, a critério médico, encaminhando-as para as UBS de origem.

2. As Atribuições do enfermeiro Obstétrica:

- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional.
- Dirigir a equipe de enfermagem na prestação de assistência no PPP.
- Proceder à passagem de plantão junto da mulher, com prontuário em mãos.
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante.
- Realizar exame obstétrico à parturiente;

- Abrir e finalizar o partograma, com linha de alerta e ação para mulheres com verdadeiro trabalho de parto.
- Identificar as distócias diagnosticadas pelo partograma, a partir da linha de ação.
- Solicitar avaliação do médico obstetra, na presença de distócias diagnosticadas, de alterações do quadro clínico materno e alterações fetais.
- Realizar cardiocotografia sempre que na ausculta fetal intermitente for detectada alteração e/ou após início de condução ou indução do trabalho de parto, e solicitar o laudo ao obstetra.
- Realizar prescrição interativa com a parturiente, de medidas de conforto.
- Rever as medidas de conforto e as condições da parturiente de uma em uma hora, utilizando o partograma com condutas humanizadas.
- Orientar a mulher e seu acompanhante a respeito do seu trabalho de parto.
- Acompanhar o trabalho de parto com ocitocina por bomba de infusão, somente nos casos em que já foram tentados todos os métodos alternativos.
- Prescrever os medicamentos e condutas de enfermagem no trabalho de parto, parto e no puerpério normal.
- Estabelecer relacionamento amistoso com a parturiente, envolvendo o acompanhante no trabalho de parto.
- Explicar à parturiente o processo de trabalho de parto e parto.
- Esclarecer e ajudar a parturiente na escolha da posição de parto.
- Utilizar o procedimento de episiotomia de forma seletiva. Conforme evidências científicas
- Utilizar-se de Equipamentos de Proteção Individual – EPI necessários para assistência ao parto.
- Assistir ao parto normal sem distócia.
- Solicitar a presença do neonatologista na hora do parto, com antecedência ideal.
- Dirigir-se ao neonatologista para informar dados maternos de relevância na assistência ao recém-nascido
- Enxugar o RN convidando o acompanhante a ajudar no contato pele a pele com a mãe, após o nascimento, facilitando a interação mãe e filho.
- Promover o aleitamento materno conforme os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- Prestar assistência à puérpera no quarto período clínico do parto e liberá-la para o Alojamento Conjunto, após avaliação das condições clínicas e obstétricas.
- Solicitar o médico obstetra para realizar a prescrição nos casos de puérperas patológicas.
- Usar processos de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em impresso apropriado.
- Preencher laudo de AIH em caso de partos assistidos pela enfermeira obstétrica utilizando **CID 0800 e código 0310010039(parto normal), código 35.080.01.9 – parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro (a) Obstetra, do grupo 35.150.01.7 da tabela do SIH/SUS.**

3. As Atribuições do Médico Pediatra/Neonatologista:

- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional.
- Dirigir-se à equipe obstétrica para conhecimento das gestantes em trabalho de parto.
- Apresentar-se nominalmente profissionalmente à gestante e ao seu acompanhante de escolha.
- Conhecer o nome do acompanhante, da mulher e de seu filho(a), e a partir deste momento dirigir-se a eles nominalmente.
- Conhecer as condições maternas a fim de detectar sinais de alerta.
- Conhecer as condições do período intraparto, juntamente com a equipe obstétrica, através do partograma humanizado.
- Preparar cuidadosamente o quarto PPP com o material necessário para a saúde do recém-nascido (fonte de calor radiante e condições de funcionamento de todo material de reanimação).
- Deverá estar presente em todos os nascimentos.
- Proporcionar um ambiente aconchegante, tranquilo e favorável ao parto e nascimento.
- Respeitar o momento do parto, evitando interferências desnecessárias.
- Dirigir-se à mulher somente com palavras de apoio, segurança, tranquilidade e confiança.
- Iniciar a assistência humanizada ao recém-nascido após o nascimento.
- Caso o recém-nascido nasça vigoroso, permitir e promover o contato pele a pele, colocando-o sobre a mãe após secagem do corpo, imediatamente após o nascimento, cobrindo-o com um campo seco e mantendo-o sob observação (FC, esforço respiratório), quantificando as condições de nascimento (Boletim Apgar).
- Observar o clampamento do cordão umbilical oportuno feito pelo enfermeiro obstetra ou o acompanhante.
- Prevenir a perda de calor, verificar e manter a permeabilidade das vias aéreas do recém-nascido, em contato pele a pele.
- Avaliar o RN monitorando o esforço respiratório, frequência cardíaca e cor, a fim de determinar as ações a serem tomadas.
- Utilizar-se de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs, necessários para a assistência ao recém-nascido.
- Intervir, somente se necessário, seguindo as orientações dos passos de reanimação neonatal.
- Posteriormente, verificar peso e medidas antropométricas, juntamente à enfermagem.
- Prestar exame físico detalhado, sob o “olhar” da mãe e de seu acompanhante de escolha, afastando existência de malformações.
- Prestar cuidados com o cordão umbilical, profilaxia da oftalmia e doença hemorrágica do recém-nascido.
- Identificar mãe e recém-nascido com auxílio da enfermagem.
- Solicitar coleta de sangue do cordão umbilical para tipagem sanguínea, fator RH e teste antiglobulina direto, se necessário.
- Retomar o apego e promover a amamentação na primeira meia hora de vida.

- Dirigir-se aos pais explicando de forma adequada as condições de saúde do Recém-nascido.
- Retornar à equipe obstétricas informações sobre as condições de nascimento e de saúde do recém-nascido (integração assistencial).
- Prescrever todos os cuidados necessários.
- Encaminhar à unidade de internação conforme condições clínicas: Alojamento Conjunto ou Unidade Neonatal.
- Fazer acompanhamento diário do estado de saúde do recém-nascido com manejo, apoio e promoção do aleitamento materno, até a alta hospitalar.

4. As Atribuições do Enfermeiro Residente em Enfermagem Obstétrica:

- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional e sob supervisão direta de enfermeiro responsável pelo setor.
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante.
- Assistir ao parto normal sem distorcia sob supervisão direta do enfermeiro obstetra.
- Abrir e finalizar o partograma, com linha de alerta e ação para mulheres com verdadeiro trabalho de parto.
- Identificar as distócias diagnosticadas pelo partograma, a partir da linha de ação.
- Solicitar avaliação do medico obstetra, na presença de distócias diagnosticadas, de alterações do quadro clinico materno e alterações fetais.
- Verificar padrão das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais
- Auscultar intermitentemente os batimentos cardíacos fetais.
- Realizar cardiocotografia sempre que na auscultação fetal intermitente for detectada alteração e/ou após início de condução ou indução do trabalho de parto,
- Realizar prescrição interativa com a parturiente, de medidas de conforto.
- Rever as medidas de conforto e as condições da parturiente de uma em uma hora, utilizando o partograma com condutas humanizadas.
- Orientar a mulher e seu acompanhante a respeito do seu trabalho de parto.
- Induzir trabalho de parto, conforme protocolo do serviço.
- Acompanhar trabalho de parto com ocitocina em BI somente nos casos em que já foram tentados todos os métodos alternativos.
- Prescrever os medicamentos e condutas de enfermagem no trabalho de parto, parto e no puerpério normal.
- Estabelecer relacionamento amistoso com a parturiente, envolvendo o acompanhante no trabalho de parto.
- Explicar à parturiente o processo de trabalho de parto e parto.
- Esclarecer e ajudar a parturiente na escolha da posição de parto.
- Utilizar o procedimento de episiotomia de forma seletiva. Conforme evidências científicas
- Utilizar-se de Equipamentos de Proteção Individual – EPI necessários para assistência ao parto.
- Solicitar a presença do neonatologista na hora do parto, com antecedência ideal.

- Dirigir-se ao neonatologista para informar dados maternos de relevância na assistência ao recém-nascido
- Enxugar o RN convidando o acompanhante a ajudar no contato pele a pele com a mãe, após o nascimento, facilitando a interação mãe e filho.
- Promover o aleitamento materno conforme os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
- Prestar assistência à puérpera no quarto período clínico do parto e liberá-la para o Alojamento Conjunto, após avaliação das condições clínicas e obstétricas.
- Solicitar o médico obstetra para realizar a prescrição nos casos de puérperas patológicas.
- Usar processos de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, em impresso apropriado.

5. As Atribuições do Enfermeiro Residente em Enfermagem Neonatal:

- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional e sob supervisão direta de enfermeiro responsável pelo setor.
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante.
- Dar boas vindas a todas as clientes admitidas na sala de parto e centro cirúrgico
- Conhecer o nome do acompanhante, da mulher e de seu filho(a), e a partir deste momento dirigir-se a eles nominalmente.
- Conhecer as condições maternas a fim de detectar sinais de alerta.
- Preparar cuidadosamente o quarto PPP, e o centro cirúrgico com o material necessário para a saúde do recém-nascido (fonte de calor radiante e condições de funcionamento de todo material de reanimação).
- Deverá estar presente em todos os nascimentos.
- Proporcionar um ambiente aconchegante, tranquilo e favorável ao parto e nascimento.
- Respeitar o momento do parto, evitando interferências desnecessárias.
- Dirigir-se à mulher somente com palavras de apoio, segurança, tranquilidade e confiança.
- Iniciar a assistência ao recém-nascido após o nascimento, juntamente com o neonatologista ou enfermeiro do setor.
- Caso o recém-nascido nasça vigoroso, permitir e promover o contato pele a pele, colocando-o sobre a mãe após secagem do corpo, imediatamente após o nascimento, cobrindo-o com um campo seco e mantendo-o sob observação (FC, esforço respiratório), quantificando as condições de nascimento (Boletim Apgar).
- Observar o clampeamento do cordão umbilical oportuno feito pelo enfermeiro obstetra, neonatologista ou o acompanhante.
- Prevenir a perda de calor, verificar e manter a permeabilidade das vias aéreas do recém-nascido.

- Avaliar o RN monitorando o esforço respiratório, frequência cardíaca e cor, a fim de determinar as ações a serem tomadas.
- Utilizar-se de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs, necessários para a assistência ao recém-nascido.
- Intervir, somente se necessário.
- Verificar peso, medidas antropométricas e realizar capurro juntamente com enfermeiro ou neonatologista.
- Prestar exame físico detalhado, sob o “olhar” da mãe e de seu acompanhante de escolha, afastando existência de mal-formações.
- Prestar cuidados com o cordão umbilical, profilaxia da oftalmia e doença hemorrágica do recém-nascido.
- Retomar o apego e promover a amamentação na primeira meia hora de vida.
- Dirigir-se a cliente e acompanhante explicando de forma adequada às condições de saúde do Recém-nascido.
- Retornar à equipe obstétricas informações sobre as condições de nascimento e de saúde do recém-nascido (integração assistencial).
- Registrar todo procedimento assistencial realizado ao neonato em formulário próprio.
- Prescrever todos os cuidados necessários utilizando os processos de enfermagem.
- Encaminhar à unidade de internação conforme condições clínicas: Alojamento Conjunto ou Unidade Neonatal.
- Auxiliar na reanimação do recém-nascido, quando necessário.

6. As Atribuições do Fisioterapeuta

- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional e sob supervisão direta de enfermeiro responsável pelo setor.
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante.* Proporcionar uma participação efetiva da gestante;
 - * Diminuir a dor e a ansiedade com técnicas específicas da fisioterapia;
 - * Promover orientações respiratórias;
 - * Orientar posicionamentos que favoreçam o relaxamento e a dilatação do canal do parto;
 - * Conservar energia e orientar a parturiente para o período expulsivo.
 - * Deambulação;
 - * Posicionamentos que favoreçam o relaxamento e alongamento do períneo (Agachamento; DLE, Cócoras, sentada);
 - * Bola Suíça;
 - * TENS;
 - * Hidroterapia: Banheira aquecida, chuveiro morno.
 - * Massoterapia (relaxante e superficial, massagem reflexa)
 - * Termoterapia.

EXAME OBSTÉTRICO PARA DIAGNÓSTICO DO TRABALHO DE PARTO

Determinação do período clínico em que a mulher se encontra para o diagnóstico de trabalho de parto que é um processo dinâmico, devendo haver contrações uterinas rítmicas e regulares, apagamento e dilatação cervicais progressivas. A identificação de distócia e para a classificação do risco gestacional é indispensável. Para isso o exame físico da paciente deve ser realizado adequadamente. Para tal é necessário pontuarmos o que será focado:

- Queixas;
- Determinação da Idade Gestacional;
- Paridade;
- Medicação da altura de fundo uterino – AFU;
- Identificação da dinâmica uterina – DU;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais – BCF;
- Exame ginecológico – inspeção, toque vaginal;
- Exame físico geral.

Queixas – o momento do trabalho de parto pode ser vivenciado pela mulher parturiente como muito doloroso. Deve-se atentar para este momento, identificando suas principais queixas, para devida intervenção (técnicas não farmacológicas para o alívio da dor; banho de aspersão; deambulação, entre outras) e correlacionando com os achados do exame físico;

Idade Gestacional (IG) – é fundamental a determinação da IG, que entrará como critério de elegibilidade/risco na assistência ao parto. Devendo ser calculada por: Data da última menstruação (DUM) + ultrassonografia precoce; Ultrassonografia precoce; Ultrassonografia tardia. Entendendo-se que:

1. Data da última menstruação (DUM) – é aquela dita pela parturiente ou buscada no cartão de gestante;

2. Ultrassonografia gestacional precoce – é aquela realizada até a 20ª semana de gestação, anexada ao prontuário da paciente, com a mesma ou familiares ou, ainda, anotada no cartão de gestante, lembrando-se de anotar, neste último caso, que a IG foi corrigida por USG anotada no cartão de gestante.

3. Ultrassonografia gestacional tardia – é aquela realizada após a 20ª semana, encontrada em anexo ao prontuário da parturiente, com a mesma, ou anotada no cartão de gestante (anotar que foi corrigida através da anotação neste instrumento).

Paridade – Representada pelas siglas G, P e A, as quais significam respectivamente número de gestações, número de partos e número de abortos. Estes dados podem ser obtidos através de questionamento simples à parturiente. É necessário neste momento identificar a que tipo de parto que esta parturiente foi submetida (vaginal ou cirúrgico). Bem como o período decorrente desde o último parto. A fim de caracterizar a gestante nos critérios de elegibilidade/risco.

Palpação obstétrica – É muito importante para determinar o posicionamento (lado fetal correspondente ao lado materno), apresentação (parte fetal que se apresenta na pelve materna) e situação fetal (maior eixo fetal com relação ao maior eixo materno). Feito através das manobras de Leopold.

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve ser iniciada pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina. A identificação da situação e da apresentação fetal é feita procurando identificar os poloscefálico e pélvico e o dorso fetal.

Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold):

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos (grau de recomendação B):

1. Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
2. Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
3. Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
4. Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação ocórmica) e oblíqua.

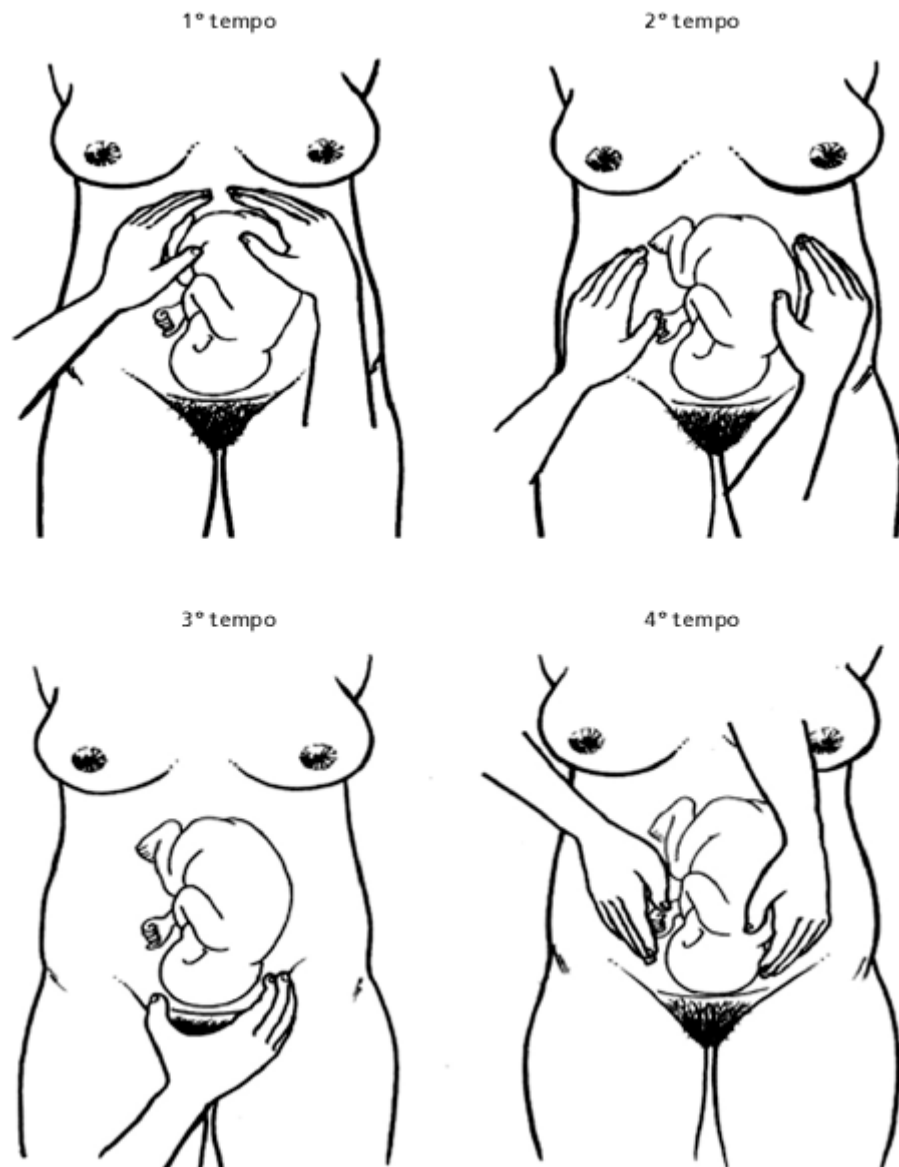


Figura 1: Técnica da manobra de palpção - manobra de Leopold

(BRASIL, 2005 apud BRASIL, 2012)

Altura de fundo uterino (AFU) – é realizada com auxílio da fita métrica, que tem seu marco “0” posicionado na borda superior da sínfise púbica, e é deslizada entre os dedos indicador e médio do examinador até que a borda proximal da palma da mão marque o final do útero, ou seja, a altura do fundo do útero, e assim, a medida será obtida. Será utilizada para acompanhar a evolução do trabalho de parto, e principalmente uma possível perda líquida (amniorrexe/amniotomia), caracterizando um critério de risco.

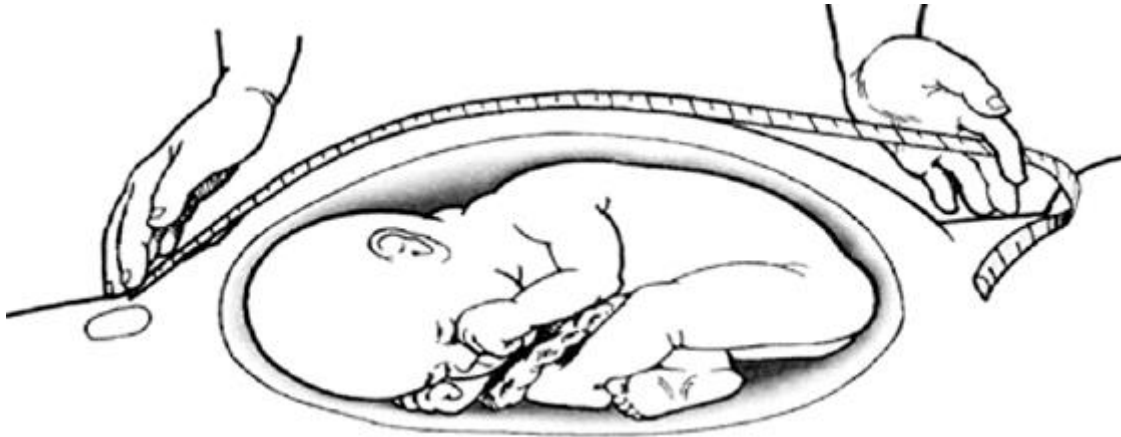


Figura 2: Técnica de medida da AFU

(BRASIL, 2005 apud BRASIL, 2012)

Dinâmica uterina (DU) – é um importante critério de avaliação do trabalho de parto, pois esta varia de acordo com os períodos clínicos do trabalho de parto. É avaliada através do exame do tônus uterino durante um período de 10 minutos, no qual a mão do examinador deverá permanecer espalmada na região do fundo do útero. Neste período deverá ser avaliada a contração uterina quanto ao número, duração e intensidade (tônus uterino). Deverá ser registrada no seguinte modelo: X/Y/Z”, sendo X o número de contrações, Y, os 10 minutos de exame, e Z a duração de cada contração, especificadas em segundos. Anotando a intensidade de contração – forte, moderada, fraca. Um achado importante é o estado do tônus uterino entre as contrações, o tônus deve se manter fisiológico, ou seja, flácido, uma alteração neste tônus pode revelar hipertonia uterina, que pode levar ao descolamento prematuro de placenta, por exemplo.

Ausculda dos batimentos cardíacos fetais (BCF) – É um importantíssimo instrumento de avaliação da vitalidade fetal. Auscultar a FCF por 60 segundos, iniciando imediatamente após a contração. Em momentos pontuais para detectar desacelerações da FCF, auscultar antes, durante e depois das contrações.

Exame ginecológico – inspeção e toque vaginal – Deve-se realizar nesta fase inicialmente a inspeção vulvar e perineal, a fim de observar odores, presença de ulcerações, crostas, protuberâncias, varizes vulvares e anais, além de observar a presença e características de secreções. O toque vaginal deve ser realizado com critério, observando o tempo decorrido entre este procedimento e outro anteriormente realizado, este cuidado diminui a taxa de infecção puerperal.

Exame físico geral – Neste momento devemos inspecionar a pele e as mucosas; Verificar os sinais vitais, pois estes serão essenciais para a classificação do risco. Os sinais vitais englobam: a aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar; e pressão arterial (em decúbito lateral esquerdo – DLE – a partir do segundo e terceiro trimestre). Deve-se atentar para a ausculta cárdio-pulmonar, registrando em evolução posterior o que foi evidenciado. Exame do abdome (descrito acima). E exame dos membros inferiores, atentando para a presença de edemas e perfusão das extremidades. Deve-se, ainda, atentar para a presença de edemas em outras regiões do corpo, como a face, membros superiores, abdome, tronco e região sacral. Observar e anotar a presença ou ausência de punção venosa periférica e quanto ao funcionamento do mesmo, a fim de diminuir os riscos para infecção.



Figura 3: Técnica de pesquisa de edemas nos membros inferiores

(BRASIL, 2005 apud BRASIL, 2012)

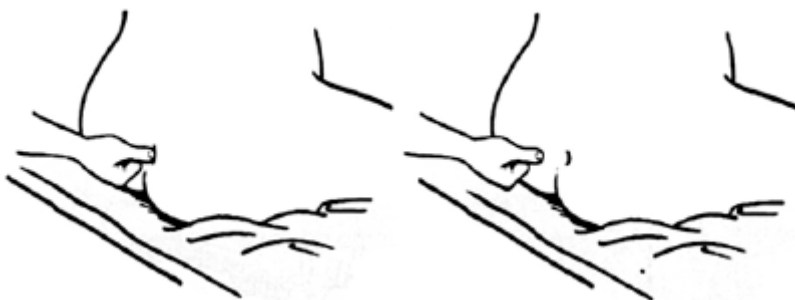


Figura 4: Técnicas de pesquisa de edemas na região sacral

(BRASIL, 2005 apud BRASIL, 2012)

Após a avaliação inicial, não havendo achados patológicos, e a gestante identificada na fase ativa do trabalho de parto (dilatação a partir de 4 cm com dinâmica uterina efetiva), ela será admitida no PPP, de acordo com os critérios abaixo, para atenção ao trabalho de parto e parto assistidos por Enfermeiras Obstetras.

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO NO PPP

- Parto induzido
- Gravidez única de apresentação cefálica;
- SHEG estável
- Prematuridade limítrofe, acima de 34 semanas gestacionais;
- Oligodraminia sem comprometimento fetal
- Ruptura prematura de membranas sem sinais de corioaminionite
- Diabetes sem macrossomia em ultrassonografia recente
- Ausência de co-morbidade que interfiram na dinâmica do parto normal

PREPARO DA GESTANTE PARA O PARTO

- Orientação sobre o trabalho de parto;
- Banho de chuveiro, incluindo asseio cuidadoso abdomino-perineal com água e sabão;
- Uso de vestimenta folgada e limpa.
- Liberação do acompanhante de livre escolha da mulher e orientação do mesmo;
- Esclarecimento dos métodos não farmacológico para alívio da dor;
- Não haverá necessidade de tricotomia, apenas aparar os pelos se a mulher assim desejar;
- Não haverá necessidade de enema de rotina, apenas se a paciente desejar;

ASSISTÊNCIA A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO

ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE DILATAÇÃO

Caracteriza-se o trabalho de parto estabelecido, no período ativo quando: há contrações uterinas regulares. Há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm, até a dilatação completa.

CONDUTAS:

- Promover ambiente confortável, com privacidade e pouca luminosidade;
- Aferição dos SSVV conforme a SAE;
- Abertura do partograma com 5 cm de dilatação, com marcação das linhas de alerta e ação, com preenchimento contínuo;
- Monitorização da Dinâmica Uterina de 1 em 1 hora;
- Monitorização intermitente dos Batimentos Cardio Fetais a cada 30 minutos;
- Toque a cada 3 horas – Avaliando a dilatação, descida e variedade de posição;
- Oferta de dieta leve/branda, e líquidos à vontade;
- Liberdade de posição;
- Liberdade de vocalização;
- Uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- Apoio multiprofissional;
- Deambulação estimulada;
- Amniotomia criteriosa;
- Medicação: Utilizar quando as condutas não invasivas, não obtiverem sucesso;
- Analgesia, se solicitada e à critério médico.

ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO

Caracteriza-se o período expulsivo quando a parturiente estiver com dilatação cervical completa e apresentando puxos espontâneos.

CONDUTAS:

- Liberdade na escolha da posição para parir, oferecer as opções e desaconselhar posições supinas ou decúbito dorsal horizontal;
- Seguir estritamente as normas de antissepsia;
- Assepsia perineal com água e sabão. Usar Clorexidina tópica se for realizada episiotomia;
- Oferta de líquidos;
- Orientar os puxos espontâneos, com respirações durante a contração;
- Monitorização da dinâmica uterina a cada 30 minutos;
- Monitorização dos Batimentos Cardio Fetais a cada 5 minutos ou entre as contrações;
- Preenchimento do partograma;

- Episiotomia criteriosa nas indicações restritas;
- Amniotomia criteriosa, proceder a infiltração anestésica antes do procedimento;
- Não realizar manobra de Kristeller;
- Proteção perineal e controle do desprendimento lento sem intervenção;

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

Diminuir a intensidade da luz e temperatura da sala, promovendo a privacidade e o momento de interação entre a mãe, seu filho e a família.

CONDUTAS:

- Manter temperatura da sala entre 23 – 26° C;
- Colocar o RN em contato pele a pele imediato, após avaliação do seu estado geral, pelo menos 30 minutos;
- Cobrir a crianças com um campo para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele;
- Clampeamento oportuno do cordão, conforme condições materna e neonatal, oferecer para o acompanhante cortar;
- Realizar índice de Apgar no 1º e 5º minuto de vida;
- Reavaliar condições do recém-nascido no sentido de determinar necessidade ou não de reanimação neonatal;
- Coletar sangue do cordão;
- Não recomendado a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática no recém-nascido saudável;
- Não se recomenda realizar passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável;
- Promover o aleitamento na primeira hora de vida;
- Os procedimentos de rotina tais como exame físico geral do recém-nascido, medidas antropométricas, aplicação de vitamina K, profilaxia da oftalmia neonatal com nitrato de prata a 1%, devem ser adiados para um momento em que não interfiram na relação mãe-filho;
- Banho após 6h de vida, exceto em caso de HIV +, mecônio espesso, hepatite B;

ASSISTÊNCIA DURANTE A DEQUITAÇÃO E PÓS-DEQUITAÇÃO

CONDUTAS:

- Explicar à mulher as ações a serem realizadas;
- Manejo ativo após o desprendimento fetal
 - 02 Amp de ocitocina (5UI), IM;
 - Tração controlada do cordão;
 - Massagem uterina;

- Extrair a placenta através da manobra de Jacob-Dublin;
- Revisão da placenta;
- Revisão do canal de parto;
- Identificação do tônus uterino;
- Sutura da episiotomia e/ou lacerações, após infiltração anestésica local;
- Observar sangramento;
- Promover higiene e bem estar da mulher;
- Promover o vínculo com recém-nascido na primeira hora pós-parto;
- Registrar toda a assistência no prontuário, preencher o boletim operatório e a AIH e implementar a SAE;
- Investigar a presença de alergias medicamentosas e prescrição de analgésico para dor:
 - Dipirona – 40 gts – 6/6 horas ou
 - Paracetamol – 40 gts – 6/6 horas.
- Reavaliar puérpera e recém-nascido, aferir os SSVV e encaminhar o binômio para o alojamento conjunto na primeira e segunda hora pós-parto e nascimento;

CONDUTAS NA INTERCORRÊNCIAS

- Identificado quaisquer alterações durante o trabalho de parto e parto, informar ao obstetra de plantão;
- Seguir o protocolo orientado pelo ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia. Manual no setor.
- Seguir protocolo de Reanimação Neonatal da SBP. Manual no setor.

ELABORADO POR:

Carolina Raquel Mendes Monteiro – Enfermeira Neonatal
Daniela Bulhões – Pediatra
Maria Elisângela Torres de L. Sanches - Enfermeira Obstetra
Sandra Taveiros de Araújo – Enfermeira Obstetra
Telmo Henrique Barbosa de Lima – Obstetra

REVISADO POR: Gerências de Serviços

DATA: Março de 2017

VALIDADE DE: 2 ANOS

BASES LEGAIS/REFERÊNCIAS:

PORTARIA Nº 1.459/2011 –REDE CEGONHA
DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL – MS – 2017
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL – HOSPITAL SOFIA FELDMAM
PRT nº 904 GM/MS 29/05/2013 - CENTRO DE PARTO NORMAL
RESOLUÇÃO COFEN, Nº 516/2016
AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências **Femina**. Novembro 2010. vol 38; nº 11.
PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**. Outubro 2010. vol 38; nº 10.
OMS (Organização Mundial da Saúde). **Tecnologia apropriada para partos e nascimentos. Recomendações da Organização Mundial de Saúde**. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.