Protocolo de Atenção à Saúde

PROTOCOLO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS CENTROS DE PARTO NORMAL INTRA HOSPITALARES – SESDF

Área(s): Enfermagem obstétrica

Portaria SES-DF Nº XXX de data da portaria, publicada no DODF Nº XXX de data da publicação.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACCR - Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia
AFU - Altura de fundo uterino
ALCON - Alojamento Conjunto
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária em Saúde
BCF - Batimento Cardíaco Fetal
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CPNi - Centro de Parto Normal intra-hospitalar
CPN - Centros de Partos Normal
CTG - Cardiotocografia
DU - Dinâmica Uterina
DUM - Data da última menstruação
ILA - Índice Líquido Amniótico
ITU - Infecção do Trato Urinário
HAC - Hipertensão Arterial Crônica
GAE - Guia de Atendimento de Emergência
GO - Ginecologia e Obstetrícia
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PIG - Feto Pequeno para Idade Gestacional
RC - Rede Cegonha
RMM - Razão da Mortalidade Materna
RN - Recém-nascido
RPM - Ruptura Prematura de Membrana
RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino
SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SES/DF - Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal
SHEG - Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação
SUS - Sistema Único de Saúde
TP - Trabalho de parto
TR - Teste Rápido
TU - Tônus Uterino
TV - Toque Vaginal.

SUMÁRIO

1. Metodologia de Busca da Literatura 4
   1.1. Bases de dados consultadas 4
   1.2. Palavra(s) chaves(s) 4
   1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes 4
2. Introdução 4
3. Justificativa 5
4. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) 6
5. Diagnóstico Clínico ou Situacional 6
6. Critérios de Inclusão[6,12] 7
7. Critérios de Exclusão[6,12] 9
8. Conduta 10
   8.1. Conduta Preventiva 12
   8.2. Tratamento Não Farmacológico[12,24,25] 25
   8.3. Tratamento Farmacológico[26-29] 25
      8.3.1. Fármaco(s) 26
      8.3.2. Esquema de Administração[12,24] 31
9. Benefícios Esperados 32
10. Monitorização 32
11. Acompanhamento Pós-tratamento 33
12. Termo de consentimento informado – TCI 33
13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor 33
14. Referências Bibliográficas 45
    APÊNDICE I 48
    APÊNDICE II 49
    APÊNDICE III 50
    ANEXO I 51
    ANEXO II 52
    ANEXO III 56

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

1.1. Bases de dados consultadas

Realizou-se uma busca em bases de dados da Bireme, Cochrane, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, sistemas de monitoramento do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e protocolos assistenciais de outros hospitais públicos.

1.2. Palavra(s) chaves(s)

Assistência de Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Centro de Parto Normal. Recém-nascido.

1.3. Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para seleção do material, foram selecionados e utilizados 30 trabalhos relevantes entre 2011 e 2024.

2. INTRODUÇÃO

Os Centros de Partos Normal (CPN) constituem uma das estratégias de um Programa do Governo Federal denominado Rede Cegonha (RC)[1], criado em 2011, atualmente denominado Rede Alyne (Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024)[2], para melhorar a qualidade da saúde materna e infantil do país, com base em um pré-natal adequado, boas práticas ao parto e nascimento, com baixa intervenção tecnológica e baseado em evidências científicas, além de ser componente fundamental na redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena. Na implementação dos CPN, o Ministério da Saúde (MS) se fundamentou em estudos científicos e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)[3] acerca da ambiência e dos profissionais que atendem o Trabalho de Parto (TP) e parto.

As diretrizes para implantação e habilitação dos CPN estão normatizadas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017 e pela Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024[1,2,3]. Segundo essas portarias, o CPN é a unidade de saúde pertencentes ou vinculadas a um hospital, destinado à assistência ao parto de baixo risco, ou seja, sem fatores de risco materno e fetal, conduzido por enfermeiros obstetras ou obstetrizes, que deve oferecer ambiência favorável à privacidade e ao conforto da parturiente, com presença do acompanhante em tempo integral e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Em caso de intercorrências, a equipe de enfermagem deve solicitar avaliação médica e transferir a parturiente

ao hospital ou setor de referência.

Durante o pré-natal, toda gestante deverá ser informada sobre sua maternidade de referência, a qual será atendida em situação de trabalho de parto ou de urgência/emergência, e sobre seus direitos e deveres durante o ciclo de gestação, parto, nascimento e puerpério. Para tanto, é recomendado que seja realizada ao menos uma visita de vinculação obstétrica na unidade de referência no âmbito do Sistema Único de Saúde conforme a Lei Federal n° 11.634, de 27 de dezembro de 2007[4].

Para o atendimento e admissão das parturientes no CPN é necessário seguir os critérios definidos em normativas da SES/DF, portarias e diretrizes do Ministério da Saúde e dos órgãos reguladores no âmbito nacional, sendo sua assistência realizada integralmente pela(o) enfermeira(o) obstetra, a(o) qual possui autonomia para conduzir as mulheres de risco habitual desde sua entrada no CPN até o encaminhamento para o alojamento conjunto e/ou alta hospitalar[1,2]. Quando não se enquadram nos critérios, as parturientes serão admitidas no Centro obstétrico do hospital pertencente.

Desse modo, a elaboração deste protocolo tem o objetivo de orientar e padronizar a assistência prestada pelos profissionais de saúde de um Centro de Parto Normal intra-hospitalar, visando a uniformidade das ações e da assistência durante o atendimento da mulher e do recém-nascido.

3. JUSTIFICATIVA

A mortalidade materna e neonatal no Brasil ainda é elevada. Em 2023, a Razão da Mortalidade Materna (RMM) no país foi de 55,3.[5] O número de intervenções obstétricas, em gestações e partos de risco habitual são alarmantes e chamam a atenção quando comparados aos modelos dos países de primeiro mundo americano, inglês e europeu. No Distrito Federal, a RMM foi de 42,2[5] (ano 2023). Dos 38.919 óbitos maternos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de 1996 a 2018, 67% decorreram de causas obstétricas diretas, como complicações durante a gravidez, o parto ou o puerpério, devido a intervenções desnecessárias; omissões; tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. As duas principais causas obstétricas diretas para a mortalidade materna foram hipertensão e hemorragia, ao passo que as razões indiretas que mais causaram mortes maternas foram as doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório[5,6].

Além disso, após a pandemia de covid-19, a razão de morte materna saltou de 57 a cada 100 mil nascidos vivos (no ano de 2019), para 67 em 2020 e 107 no ano de 2021. A covid-19 foi responsável por mais de 1.500 mortes maternas em 2021. Mas as principais causas da mortalidade materna costumam ser outras, como hipertensão, infecção e hemorragia, principalmente a pós-parto[7].

Para a melhoria dos resultados maternos e perinatais pós pandemia e para cumprir os pactos assumidos internacionalmente pelo Brasil, como o pacto para a redução da mortalidade materna e infantil, o pacto pela

vida, o pacto pela redução de cesáreas entre outros, as políticas de saúde do MS tem buscado ferramentas para a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil.

O atual cenário obstétrico brasileiro é constituído pela vigência de um modelo hospitalocêntrico, intervencionista e centrado no médico, que preza por um modelo tecnocrático, que valoriza o saber médico e contribui para as inúmeras intervenções no parto, como toques vaginais muitas vezes desnecessários, episiotomia, manobra de Kristeller e cesarianas eletivas sem indicação real[6].

Desta forma, as mudanças de cenário na atenção ao parto e nascimento se mostram necessárias, tais como os Centros de Parto Normais que privilegiam um espaço físico mais privativo, acolhedor e seguro, com a atuação dos enfermeiros obstetras que proporcionam a autonomia e protagonismo das mulheres no processo de nascimento[6,8,9].

4. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

O06 - Aborto não especificado

O23 a O23.9 - Infecções do trato geniturinário na gravidez

O26.9 - Afecções ligadas a gravidez não especificada

O42 - Ruptura prematura de membranas

O42.0 - Ruptura prematura de membranas com início do trabalho de parto antes de 24 horas

O47.9 - Falso trabalho de parto, não especificado

O62.0 - Contrações iniciais inadequadas

O80.0 - Parto espontâneo cefálico

O80.9 - Parto único espontâneo, não especificado

R10 - Dor abdominal e pélvica

R25-3a - Contrações SOE

Z32 - Exame ou teste de gravidez

Z34.0 - Supervisão de primeira gravidez normal

Z34.8 - Supervisão de outra gravidez normal

Z34.9 - Supervisão de gravidez normal, não especificada

Z39.2 - Seguimento pós-parto de rotina

Z76.2 - Supervisão de cuidado de saúde de outras crianças ou recém-nascidos sadios

5. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O Centro de Parto Normal intra-hospitalar (CPNi) é uma unidade de saúde destinada à assistência ao parto

de baixo risco, localizado em suas dependências internas. Realiza a assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e ao recém nascido após o nascimento, da admissão até o momento de encaminhamento ao Alojamento Conjunto (ALCON)[1,2].

A assistência obstétrica e neonatal é realizada por equipe de enfermagem, composta majoritariamente por enfermeiros obstetras e técnicos de enfermagem. A atuação destes profissionais está em consonância com as diretrizes nacionais para a organização da atenção integral e humanizada ao recémnascido.

O reconhecimento da importância da atuação de enfermeiras obstetras para a transformação da qualidade da assistência, com consequente redução das intervenções desnecessárias nos centros obstétricos, tem sido estimulado por meio da publicação de diversas normativas que legitimam a atuação da enfermeira obstetra na atenção ao parto no âmbito do SUS[8,9,10].

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO[6,12]

Gestantes classificadas como de risco habitual na admissão, segundo protocolo, e que tenham se vinculado ao hospital da seguinte maneira:

I - A vinculação deve ocorrer prioritariamente a partir do local em que essa realizou o pré-natal;

II - Em situações em que a gestante realizou pré-natal em região de saúde que não seja a da sua residência ou tenha feito pré-natal em mais de uma unidade de saúde, a vinculação ocorrerá preferencialmente a partir daquela unidade em que ela tenha feito o maior número de consultas de pré-natal e, excepcionalmente, no hospital de referência da sua residência;

III - Na ausência de realização de pré-natal, no pré-natal realizado na rede privada de saúde, ou na impossibilidade de identificar o local de realização do pré-natal, a vinculação ocorre a partir do seu local de residência[10].

As gestantes que fizeram a vinculação de acordo com a normativa vigente deverão ser classificadas de acordo com os critérios abaixo:

- Gestação única;
- Apresentação cefálica;
- IG ≥37 semanas e ≤41 semanas e 6 dias (DUM bem datada e/ou USG de 1º trimestre, idealmente entre a 9º e 12ª semana);
- Dinâmica Uterina (DU) regular de pelo menos 2 contrações em 10 minutos (DU 2/10') e Tônus Uterino normal;
- Dilatação de 4 cm ou mais;
- Paridade <5 partos;
- Altura de fundo uterino (AFU) compatível com a idade gestacional (entre os percentis 10 e 90 do

gráfico de crescimento uterino);

- Até uma cesárea anterior com Intervalo ≥ 24 meses em TP espontâneo;
- Ruptura Prematura de Membrana (RPM) <18 horas, com líquido amniótico claro (LAC), em TP espontâneo;
- LA meconial fluido em fase final do trabalho de parto, sem alteração da vitalidade fetal;
- Frequência Cardíaca Fetal (BCF) tranquilizadora (>110 bpm e <160 bpm) e reatividade fetal (MF) normal;
- Sangramento vaginal leve correspondente à fase de dilatação cervical;
- Pressão Arterial (PA) <140 x 90 mmHg e ausência de Distúrbios Hipertensivos (HAC, HAG, Pré-eclâmpsia e eclampsia);
- Ausência de sinais de pré-eclampsia (cefaléia, alterações visuais, epigastralgia, náuseas ou vômitos);
- Ausência de Diabetes Mellitus Gestacional ou Clínico (Glicemia de jejum <92 e TOTG normal (jejum ≤92 mg/dL, 60' ≤180 mg/dL, 120' ≤153 mg/ dL);
- Ausência de alterações em exames de vitalidade fetal (CTG, USG ou Doppler);
- Ausência de alterações no crescimento fetal:
    - Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU) / feto Pequeno para Idade Gestacional (PIG);
    - Suspeita de Macrossomia fetal e/ou comprovada por USG (peso fetal ≥ 4000g);
- Ausência de alterações de Índice Líquido Amniótico (ILA):
    - Parâmetros de normalidade - Índice de Líquido Amniótico (ILA) >5 ou <24 e Bolsão >2,5 ou <8);
- Ausência de varizes importantes na vulva;
- Ausência de doenças sistêmicas, intercorrências clínicas pregressas e/ou atuais, como:
    - Cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, doenças hematológicas, doenças neurológicas, doenças psiquiátricas, trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, doenças autoimunes;
- Ausência de doenças infecciosas, tais como:
    - Hepatites virais, toxoplasmose, Hanseníase, tuberculose, dengue, HIV, sífilis não tratada ou inadequadamente tratada e outras infecções;
- Parturiente com diagnóstico de sífilis durante a gestação, tratada adequadamente, com queda da titulação em pelo menos 2 diluições em até 3 meses após a conclusão do tratamento;
- Ausência de complicações nas gestações/partos anteriores que possam colocar em risco o parto atual;

- Exames laboratoriais dentro da normalidade, realizados pelo menos uma vez durante a gestação:
    - Hemograma, Glicemia em Jejum e TOTG, Teste Rápido (TR) para sífilis e/ou VDRL, TR anti-HIV, HTLV, Hepatite C e HbsAg, Toxoplasmose IgM e IgG, Citomegalovirus IGG e IGM, Chagas;
- Coombs indireto;
- Infecção do Trato Urinário (ITU) adequadamente tratada na gestação, ausência de ITU de repetição (≥ 3 ocorrências).

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO[6,12]

Gestantes que não atendam os critérios de vinculação definidos acima ou que foram classificadas como de risco intermediário ou alto risco, conforme descritos abaixo:

- Gemelaridade;
- Apresentações anômalas;
- Trabalho de parto em gestantes com idade gestacional ≤ 36 semanas e 6 dias;
- Gestante vítima de trauma;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Gestante com Diabetes Mellitus Gestacional ou Diabetes mellitus tipo I e II descompensada;
- Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação (SHEG) sem critério de gravidade;
- Hipertensão Arterial Crônica (HAC);
- Sinais de iminência de eclâmpsia (cefaleia, alterações visuais, epigastralgia, náuseas ou vômitos);
- Gestante com sangramento vaginal anormal de origem uterina;
- Hipertonia ou hiperssistolia uterina;
- Vitalidade fetal potencialmente comprometida:
    - Bradicardia (BCF <110 bpm) fetal persistente (período maior que 3 minutos);
    - Taquicardia (BCF >160 bpm) fetal persistente (período maior que 3 minutos);
    - Fetos não-reativos ao TESS (Teste de Estímulo Sonoro Simplificado) ou estímulo mecânico;
    - Cardiotocografia de padrão não tranquilizador (categoria II e III);
    - Feto centralizado à avaliação dopplervelocimétrica;
- Oligoâmnio (ILA < 5) ou polidrâmnio (ILA >24) ou Bolsão <2,5 e >8;
- Gestação prolongada com IG ≥ 41 semanas fora do TP (exceto as que já se encontrarem em fase ativa e se a IG não ultrapassar 41 semanas e 6 dias);
- Prolapso de cordão umbilical;
- Acretismo placentário ou placenta prévia;

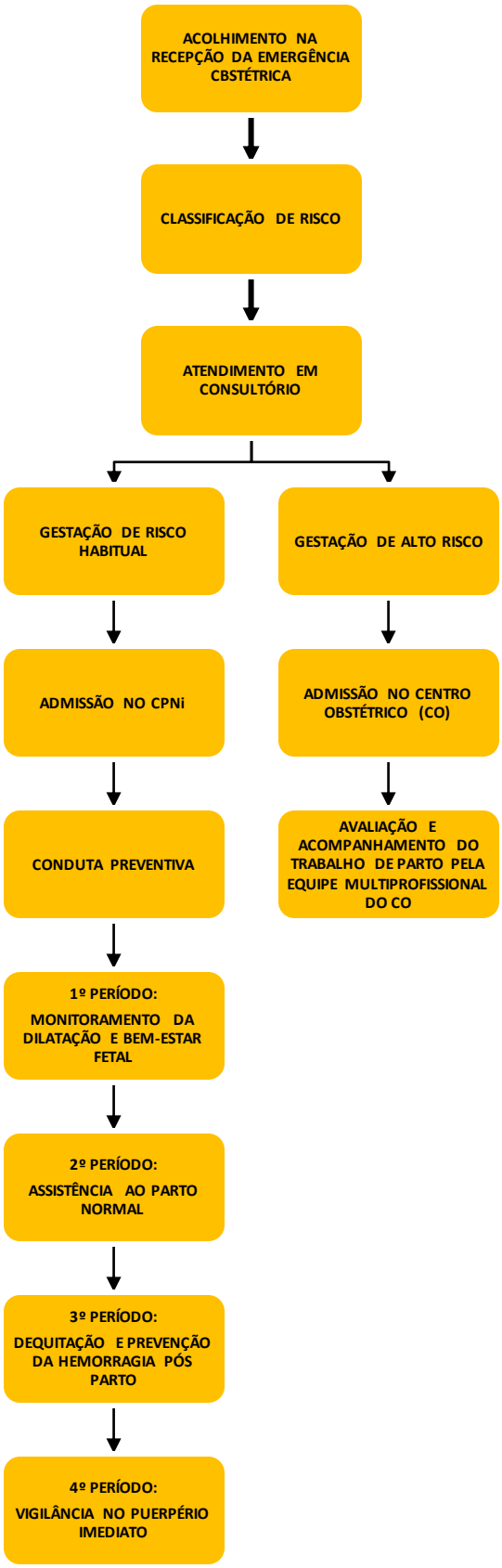
- Incompetência istmo cervical (exceto as que estiverem em TP a termo);
- Ginecopatias ou cirurgias uterinas que dificultam ou impedem o parto normal (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos);
- Complicações nas gestações/partos anteriores (DPP, Eclampsia, óbito fetal/perinatal, acretismo placentário ou placenta prévia);
- Isoimunização Rh (Doença Hemolítica Perinatal (DHPN) ou eritroblastose fetal);
- Anemia grave → Hb < 10,0 g/dL;
- Malformações congênitas confirmadas;
- Pneumopatias graves (asma, DPOC e fibrose cística);
- Doença hematológica (doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias);
- Doenças neurológicas (epilepsia, AVC, déficits neuromotores graves);
- Doenças autoimunes (Lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses);
- ITU ativa, de repetição (≥ 3 ocorrências na gestação atual) e/ou não tratada;
- Endocrinopatias;
- Corioamnionite;
- Transplantes;
- Cirurgia bariátrica;
- Colestase gestacional.

Outras situações clínicas não contempladas neste protocolo, mas que colocam em risco a integridade do binômio materno-fetal.

8. CONDUTA

Serão descritos neste protocolo os critérios de admissão, condutas para assistência em todos os períodos do trabalho de parto, parto e nascimento, bem como demais procedimentos realizados no Centro de Parto Normal intra-hospitalar. A figura 1 resume as etapas descritas na conduta.

Figura 1: Etapas de conduta



Fonte: próprio autor.

8.1. Conduta Preventiva

A implantação deste protocolo será capaz de prevenir, controlar ou tratar o trabalho de parto prolongado ou obstruído, o estresse fetal, hemorragia pós-parto ou outras condições que podem indicar risco de mortalidade materna e neonatal.

A – ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO[11]

Ao chegar à recepção da maternidade ou do pronto socorro do hospital, a mulher e/ou seu acompanhante realizam a ficha de atendimento - Guia de Atendimento de Emergência (GAE) e, em seguida, serão encaminhados a sala de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia (ACCR) para o atendimento que é realizado por profissional de enfermagem capacitado.

Durante a classificação é realizado o acolhimento com escuta ativa das queixas e/ou motivações que fizeram a paciente procurar por atendimento na unidade de Ginecologia e Obstetrícia (GO), além de outras informações. Será aferido os sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória), glicemia capilar, quando necessário, e observação do nível de consciência da gestante. Para a definição do fluxograma, dos determinantes e dos critérios de prioridade clínica e legal deve-se utilizar o Protocolo de ACCR da SES/DF.

Após a Classificação de Risco em Obstetrícia (ACCR) a paciente será encaminhada para atendimento de enfermeiro obstetra ou médico obstetra, que realizará a consulta e determinará, por meio dos critérios de avaliação descritos neste protocolo, se a paciente vai ser classificada como parturiente de baixo risco ou não e, assim, será encaminhada ao CPN para atendimento exclusivo da enfermagem obstétrica ou ao Centro Obstétrico para atendimento médico ou compartilhado.

B – ROTINA DE ADMISSÃO

A admissão das gestantes no CPN será realizado pela (o) enfermeira (o) obstetra e/ou médica (o) obstetra (na ausência da[o] enfermeira[o] obstetra) na triagem, conforme os critérios descritos acima.

No CPN as parturientes serão acolhidas e admitidas pela equipe de enfermagem, que prosseguirão com a rotina de admissão e prestarão esclarecimentos, tanto à parturiente quanto ao seu acompanhante, sobre os serviços oferecidos no CPN. O espaço será apresentado à parturiente e acompanhante caso ambos não tenham participado das atividades de vinculação ao serviço.

Ainda no momento da admissão, o acompanhante receberá roupa privativa entregue pela equipe da unidade. Caso tenham o acompanhamento da doula, esta deverá realizar sua identificação e preencher o formulário específico contido na Portaria Distrital nº 868, de 11 de novembro de 2020[13].

A gestante será identificada com uma pulseira onde constará numeração (sendo a mesma para o recém-

nacido - RN), nome e data de nascimento.

Os registros deverão ser realizados no prontuário eletrônico do paciente (PEP/TRAKCARE) e impressos padronizados pelo setor, incluindo anamnese e dados do histórico clínico/obstétrico, tais como:

- Paridade, idade gestacional, antecedentes obstétricos, perdas vaginais e presença de queixas, registro de consultas pré-natais, sorologias, resultados de exames laboratoriais e de imagem pertinentes, crescimento intrauterino, ganho de peso, padrão dos níveis pressóricos, histórico de doenças e intercorrências na gestação e pregressa, alergias, exame físico e obstétrico (AFU, movimentação fetal - MV, dinâmica uterina - DU, toque vaginal - TV, tônus uterino - TU, Leopold), sinais vitais, histórico vacinal, internações e esquema vacinal (difteria e tétano - dT; difteria, tétano e pertussis acelular - dTpa; influenza, covid-19 e hepatite B).

Deverá ser realizado e registrado os seguintes exames:

- Teste rápido para sífilis e HIV, incluindo o teste confirmatório, se necessário. Realizar o teste rápido para hepatite B e C, para as que não possuírem perfil sorológico de HBsAg e HCV no cartão ou em outro documento. Em caso de resultado positivo para teste rápido da sífilis, verificar se a parturiente realizou o tratamento durante o pré natal. Parturiente com diagnóstico de sífilis durante a gestação, tratada adequadamente, com queda da titulação em pelo menos 2 diluições em até 3 meses após a conclusão do tratamento, poderá ser internada no CPN. Em caso de resultado positivo para os testes rápidos de HIV e Sífilis, sem tratamento durante a gestação, a parturiente deverá ser encaminhada ao Centro Obstétrico.
- Solicitação de tipagem sanguínea e fator Rh, caso não estejam anotados no cartão de pré-natal e não exista a possibilidade de confirmação do resultado em nenhum outro documento.

A avaliação do bem-estar fetal também compõe uma etapa da admissão e deverá ser realizada com ausculta intermitente, antes, durante e imediatamente após a contração. Caso observado alterações, realizar Cardiotocografia (CTG) e solicitar avaliação médica.

O profissional deverá anexar ao prontuário físico da parturiente, o cartão de pré-natal, exames laboratoriais e de imagem que a parturiente tiver e o plano de parto daquelas que o apresentarem. Ler e discutir o plano de parto junto a paciente e seu acompanhante para pactuar os pontos que porventura possam ter intervenções em casos de emergência, ou sugerir mudanças, e registrar o que ficou acordado. Também deverá ser preenchido a primeira etapa do Check List do parto seguro (apêndice I)[14].

Toda parturiente admitida terá o direito à presença de um acompanhante durante o TP, parto e pósparto imediato, de escolha da parturiente, de acordo com a Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005[15].

Toda parturiente tem direito a presença da doula, independente da presença do acompanhante, de acordo com a Portaria Distrital nº 868, de 11 de novembro de 2020. A doula deverá preencher o Termo de

Consentimento e Responsabilidade para a Doula (anexo I)[13].

C - ASSISTÊNCIA DO(A) ENFERMEIRO(A) OBSTETRA

C-1 - DURANTE O 1º PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO (DILATAÇÃO/DESCIDA)[6,16]

Toda parturiente será assistida pelo enfermeiro obstetra durante o trabalho de parto, parto e pósparto imediato no CPN. Os médicos obstetras e neonatologistas ficarão de retaguarda para qualquer intercorrência ocorrida no CPN, podendo ser acionados conforme critérios definidos em protocolo.

Nesta fase, o monitoramento da vitalidade fetal é extremamente importante. A ausculta dos batimentos cardíacos fetais deverá ser realizada a cada 30 minutos, quando início da fase ativa, ou em intervalos menores, antes, durante e após as contrações – pelo menos 30 segundos após a contração.

A duração do trabalho de parto ativo pode variar:

- Nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas;
- Nas multíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas.

A equipe deverá registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:

- Frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora;
- Pulso de 1 em 1 hora;
- Temperatura e PA de 4 em 4 horas;
- Frequência da diurese;
- Exame vaginal de 4 em 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).

Realizar cardiotocografia como método de auxílio ao diagnóstico de padrão não tranquilizador. Palpar o pulso materno para diferenciar os batimentos fetais com o da gestante.

Avaliação de perdas vaginais: as características do líquido amniótico, como a presença de mecôni o ou não (mecônio espesso pode ser um indicador de aumento da atividade parassimpática, decorrente de hipóxia) e a presença de sangramento deverão ser constantes.

Em relação a avaliação do líquido amniótico, em casos de suspeita de rotura prematura de membranas, poderá ser efetuado o exame especular, o teste de pH ou deixar a gestante em observação para confirmar ou afastar esse diagnóstico com observação constante da saída ou não de líquido pela vagina. Caso a rotura já tenha ocorrido, é importante observar as características do líquido amniótico no que concerne à presença ou não de mecônio e anotar a data e a hora da rotura. Se o líquido amniótico apresentar mecônio fluido, porém a dilatação cervical estiver avançada e a ausculta for tranquilizadora e/ou CTG normal, o parto na unidade poderá ser considerado no CPN. Na presença de líquido amniótico meconial espesso e/ou alterações dos padrões citados anteriormente, a gestante deverá ser transferida ao Centro obstétrico.

O toque vaginal poderá ser realizado de 4 em 4 horas, de maneira cuidadosa e minuciosa a fim de permitir uma boa avaliação e identificação da variedade de posição, altura da apresentação, presença da bolsa de águas e dilatação, apagamento e posição cervical. O exame poderá ser realizado em intervalos menores se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).

Realizar abertura do partograma quando identificado início de fase ativa (dilatação >6cm e/ou contrações efetivas com intervalo menor ou igual a 5min) e monitorar o progresso do TP.

Oferecer dieta leve, mínima em resíduo ou conforme prescrição nutricional.

Informar os benefícios de se movimentar e de adotar posições verticalizadas. Além de oferecer recursos não farmacológicos de alívio da dor.

Se houver suspeita de falha de progresso na fase ativa do trabalho de parto considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo:

- Dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas para as primíparas;
- Dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas ou um progresso lento do trabalho de parto para as multíparas;
- Descida e rotação do pólo cefálico;
- Mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Deve-se explicar o procedimento à parturiente e avisar que poderá aumentar a intensidade e a dor das contrações e diminuir o tempo de duração do trabalho de parto. Se a amniotomia for feita, deve-se acompanhar a vitalidade fetal e realizar o exame vaginal após 2 horas. Se a dilatação não progredir pelo menos 1 cm, está confirmada a falha de progresso no primeiro estágio do parto e a gestante deverá ser encaminhada ao centro obstétrico e ser acompanhada pelo médico obstetra.

A parturiente deve ser reclassificada quanto ao risco obstétrico a cada 4 horas ou antes se sinais de alerta/emergência.

A equipe deverá ficar atenta aos sinais de vitalidade fetal potencialmente comprometida, tais como:

- Bradicardia fetal persistente (período maior que 3 minutos);
- Taquicardia fetal persistente (período maior que 3 minutos);
- Desacelerações cardíacas fetais durante o trabalho de parto;
- Fetos não-reativos ao TESS (Teste de Estímulo Sonoro Simplificado) ou estímulo mecânico.

C2 - DURANTE O 2º PERÍODO DO PARTO (EXPULSIVO)[1,6,12,16,17,18,20,21,22]

O segundo período do trabalho de parto é o momento que se inicia com a dilatação total do colo uterino

até o delivramento total do feto.

A ausculta dos batimentos cardíacos fetais deverá ser realizada a cada 15 minutos (fase passiva) e 5 minutos (fase ativa). A avaliação da DU (frequência, duração e intensidade das contrações) deverá ser a cada 30 minutos ou constante, se necessário.

A duração normal da fase ativa do segundo período é definida em:

- Primíparas: cerca de 0,5-2,5 h sem epidural;
- Multíparas: até 1h sem peridural.

Em relação a falha do progresso do segundo período:

- Para as primíparas, considerar falha de progresso (em termos de rotação e descida da apresentação) se não tiver mudança após 1 hora do período ativo. assim, deve-se realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas;
- Para as multíparas, se o progresso não for adequado após 30 minutos do período ativo. Portanto, deve-se realizar amniotomia;
- Se as contrações estiverem inadequadas, mesmo após rotura de membranas, considerar o uso de ocitocina. Se, mesmo com o uso de ocitocina em parturiente do CPN, houver falha de progresso do segundo período, solicitar avaliação e conduta médica. Em caso de confirmação da falha, a parturiente será transferida ao Centro Obstétrico.

Apresentar as posições e movimentos que auxiliam no parto e apoiar a mulher a adotar posturas que lhe favorecem conforto e segurança.

Proporcionar um ambiente agradável à parturiente, prestar assistência minimamente invasiva, dentro do possível, respeitar a privacidade e a liberdade de escolha dela.

Não se recomenda a massagem perineal e realização de episiotomia de rotina com a intenção de prevenir lacerações. Pode-se considerar aplicação de compressas mornas no períneo. Havendo indicação de episiotomia, realizá-la com uso de analgesia e consentimento da mulher.

Considera-e que o RN apresenta boa vitalidade ao nascimento se ele começa a respirar ou chorar e apresenta tônus muscular em flexão, independentemente do aspecto do líquido amniótico.

Após o nascimento, o RN com boa vitalidade deverá ser colocado em contato pele a pele com a mãe, e assim permanecer durante a primeira hora de vida (Golden Hour - Hora de ouro ou Hora dourada). Este momento representa o primeiro encontro entre mãe e filho, e, portanto, traz vários benefícios para ambos: a manutenção da temperatura corporal, da liberação de ocitocina e prolactina, que favorece a amamentação precoce, a criação do vínculo afetivo, além de manter a contração uterina e prevenir hemorragia. No RN com boa vitalidade, recomenda-se clampear o cordão no mínimo 60 segundos após o nascimento.

Ainda durante esta primeira hora, deve-se oferecer apoio qualificado às mães durante a primeira mamada

e, quando necessário, também nas mamadas seguintes, para assegurar que o RN tenha uma boa sucção e mame efetivamente. O apoio deve ser oferecido de maneira apropriada e encorajadora e ser sensível ao desejo de privacidade da mãe.

O contato pele a pele só deve ser interrompido com indicação clínica (como a necessidade de reanimação neonatal) ou a pedido da puérpera. É recomendado que os cuidados de rotina sejam postergados por pelo menos 1 hora.

Poderá ser oferecido ao acompanhante a possibilidade de cortar o cordão umbilical em tempo oportuno, com a finalidade de incentivar sua participação no cuidado e no estabelecimento do vínculo afetivo.

C3 - DURANTE O 3º PERÍODO DO PARTO (DEQUITAÇÃO)[6,12,19]

Este período é o momento desde o nascimento da criança até a saída da placenta e das membranas do canal de parto.

Deve-se proceder a conduta ativa para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) com administração de 10 UI de ocitocina intramuscular após desprendimento do bebê, antes do clampeamento e corte do cordão umbilical. Depois do clampeamento, proceder a tração controlada do cordão. Após expulsão da placenta, deve-se examiná-la para identificação da sua integridade, descartando a possibilidade da presença de restos placentários ou de membranas na cavidade uterina. Em caso de presença de restos placentários após dequitação e/ou placenta retida por tempo superior a 30 minutos, deverá ser solicitada avaliação do médico obstetra.

Observar sinais de sangramento aumentado, que possa representar risco de HPP e de instabilidade hemodinâmica (nível de consciência e orientação, frequência cardíaca e PA), são medidas importantes desta fase para o tratamento oportuno em caso de HPP. Iniciando medicações de controle e manobras de reversão até a resolução ou estabilização mínima da paciente para posterior remoção ao centro obstétrico.

Revisar o canal de parto e realizar a sutura de laceração do trajeto com analgesia local, sempre que necessário. Puérperas com lacerações importantes, como as que causam fístulas e/ou comprometimento de esfíncter anal, deverão ser avaliadas pela equipe médica do centro obstétrico.

C4 - DURANTE O 4º PERÍODO DO PARTO (GREENBERG)[6,12,14,18,19,20,21]

Toda puérpera e RN deve ter vigilância durante o puerpério imediato, com tempo mínimo de 2 horas de permanência no CPN.

Deve-se realizar as seguintes observações da mulher logo após o parto:

- Temperatura, pulso e pressão arterial;
- Lóquios e contrações uterinas;

- Examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais;
- Avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto;
- Micção bem sucedida.

Transferir a mulher ou solicitar assistência de médico obstetra, se este não for o profissional responsável, se qualquer das seguintes situações forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios:

- Pulso >120 bpm em 2 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 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- Proteinúria de fita 2++ 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°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
- Bexiga palpável e ausência de micção 6 horas após o parto;
- Emergência obstétrica – hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno;
- Placenta retida ou incompleta;
- Lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado.

Deve-se manter atentos quanto aos sinais de sangramento, a involução uterina e a formação do globo de segurança de Pinard, além de monitorar frequência cardíaca e pressão arterial logo após o parto e nas primeiras horas do puerpério imediato. Encaminhar o binômio ao ALCON após nova avaliação e verificação de boas condições.

Finalizar o preenchimento do partograma e as anotações de enfermagem, registrando todas as informações do parto, e fazer a prescrição de rotina da mulher e RN conforme protocolo institucional.

Os RNs de pacientes internadas no CPN serão assistidos preferencialmente pelas(os) enfermeiras(os) obstetras, que deverão avaliar o índice de APGAR no 1º e 5º minuto de vida, realizar o exame físico, preencher todo o prontuário e a Declaração de Nascido Vivo (DNV). Para os RNs pequenos para idade gestacional (PIG) ou grandes para idade gestacional (GIG), solicitar Hemoglicoteste (HGT) com 3, 6, 12 e 24h de vida e comunicar ao neonatologista se valor ≤ 40 mg/dl. Os neonatologistas ficarão de retaguarda, em caso de necessidade.

Ofertar dieta livre à puérpera e incentivar a movimentação e a deambulação precoce, sempre com a supervisão de um membro da equipe em condições maternas estáveis. Orientar e apoiar o aleitamento materno, sob livre demanda e a criação do vínculo afetivo.

Oferecer orientações sobre planejamento familiar e encaminhando aos serviços da UBS. Se a puérpera desejar, o Dispositivo Intrauterino (DIU) poderá ser inserido durante a sua permanência no hospital e se tiverem condições clínicas para tal. O momento mais indicado para a colocação é no período entre 10 (dez) minutos a 48 horas após o parto. Passado este período deve-se aguardar, pelo menos, 04 (quatro) semanas. O DIU poderá ser inserido tanto pela(o) enfermeira(o) obstetra quanto pela(o) médica(o) obstetra, desde que a(o) profissional seja treinada(o), conforme descrito no apêndice III e Anexo II.

D – SITUAÇÕES PARA AVALIAÇÃO MÉDICA[12,16,18,19,20,22]

Havendo necessidade de avaliação médica, a equipe de retaguarda será acionada e o atendimento prestado, preferencialmente, no CPN[22].

Na presença de distócias ou intercorrências obstétricas, o(a) enfermeiro(a) obstetra e a equipe do CPN deverá tomar as providências necessárias, conforme sua habilitação técnico-científica, até a chegada do(a) médico(a), para garantir a segurança da mãe e do RN.

Situações para avaliação do(a) Médico(a) Obstetra:

1. Alterações dos sinais vitais:
   - Pulso ≥ 120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
   - PA sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida;
   - PA sistólica ≥ 140mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg em duas medidas consecutivas, com 30 minutos de intervalo;
   - Temperatura de ≥ 38°C em uma única medida ou ≥ 37,5°C em 2 ocasiões consecutivas, com 1 hora de intervalo.
2. Proteinúria de fita 1+ ou mais, associado a alteração de PA;
3. Sangramento vaginal, exceto referente à eliminação de tampão ou à fase de dilatação cervical;
4. Presença de mecônio no TP, exceto no período expulsivo (correlacionar com BCF e comunicar a neonatologia);
5. Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
6. Solicitação de alívio da dor por analgesia regional;
7. Alterações na contratilidade uterina (hiperatividade, hipotonia ou hipertonia);
8. Parada de progressão/dilatação na presença de DU adequada e membranas rotas, considerando a distribuição dos limites de tempo recomendados pelo Ministério da Saúde.
9. Emergência obstétrica, incluindo hemorragia anteparto e pós-parto, convulsões, parada cardiorrespiratória materna, prolapso de cordão, descolamento prematuro da placenta (DPP);
10. Alterações na anatomia uterina (anel de Bandl ou sinal de Frommel);

11. Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora (<110 bpm ou >160 bpm), desacelerações à ausculta intermitente e alterações de variabilidade;
12. Apresentação anômala;
13. Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia;
14. Suspeita de anidrâmnio ou polihidramnio;
15. BR >18 horas;
16. Placenta retida por mais de 20 minutos e/ou suspeita de restos placentários na cavidade uterina;
17. Lacerações perineais de 3º e 4° grau ou outro trauma complicado;
18. Outras alterações observadas pelo(a) enfermeiro(a) obstetra.

Situações para avaliação do(a) Médico(a) Neonatologista/pediatra:

1. RN com atonia ou hipotonia muscular e sem respirar/chorar;
2. RN que apresenta desconforto respiratório:
   - Taquipneia (FR > 60 rpm) → descartar hipertermia;
   - Ritmo e periodicidade → apneia (pausa respiratória > 20 segundos ou de 10 a 15 segundos se acompanha bradicardia, cianose ou queda da saturação de oxigênio);
   - Desconforto respiratório → apresentando batimento de asas nasais, gemido expiratório, e/ou retração torácica (intercostal, subcostal, supra-esternal, esternal).
3. RN com necessidade de reanimação → deverá ser iniciada imediatamente e o neonatologista acionado;
4. RN com qualquer alteração não fisiológica no exame físico após nascimento, incluindo malformação não diagnosticada em ultrassonografia;
5. Em RNs pequenos ou grandes para idade gestacional (PIG ou GIG);
6. RNs com HGT ≤ 40mg/dl.
7. RN de mãe dependente química (etilismo, drogas ilícitas e uso nocivo de medicamentos); Outras condições patológicas ou de risco não previstas.

E - ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NO CPN 1[12,16,18,20,21,23]

A Portaria do MS/SAS nº 371/2014 instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu parágrafo único, refere que o atendimento ao RN consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à

Unidade Neonatal (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional ou da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

Se, ao nascimento, o RN é de termo (idade gestacional 37- 41 semanas), está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, independentemente do aspecto do líquido amniótico, ele apresenta boa vitalidade e deve continuar junto de sua mãe depois do clampeamento do cordão umbilical. RN com IG igual ou superior a 34 semanas indica-se clampeamento oportuno do cordão (1 – 3 minutos após o nascimento). No quarto PPP, enquanto o RN está junto à mãe, prover calor, manter as vias aéreas pérvias e avaliar a sua vitalidade de maneira contínua.

Nesse período, para manter a temperatura corporal entre 36,5-37,5°C (normotermia), garantir a temperatura ambiente na sala de parto entre 23-26°C, secar o corpo e o segmento cefálico com compressas aquecidas e deixar o RN em contato pele-a-pele de forma imediata e contínua com a mãe, com duração mínima de 1 hora, coberto com tecido de algodão seco e aquecido. Cuidar para manter as vias aéreas pérvias, sem flexão ou hiperextensão do pescoço, verificando se não há excesso de secreções na boca e nariz. Avaliar, inicialmente, a frequência cardíaca (FC) com o estetoscópio no precórdio, o tônus muscular e a respiração/choro. Realizar o índice de Apgar ao primeiro e quinto minuto de vida.

Proceder com identificação do binômio mãe-bebê com pulseiras-gêmeas, contendo os mesmos dados de identificação (nome e data de nascimento da mãe, data, sexo, hora do nascimento) e estes devem ser conferidos com a mãe e/ou acompanhante no momento do preenchimento e colocação.

A amamentação deve ser iniciada na primeira hora pós-parto, pois além de assegurar que o RN receba o colostro, rico em fatores protetores, está associada à menor morbidade neonatal e ao maior período de amamentação. O contato pele a pele entre mãe e bebê ao nascimento favorece o início precoce da amamentação e aumenta a chance de o aleitamento materno exclusivo ser bem sucedido nos primeiros meses de vida.

É importante que todos os profissionais de Enfermagem que trabalham na assistência ao parto e nascimento estejam habilitados para reanimação neonatal, que planejem o cuidado e estejam preparados para realizar os passos iniciais da ressuscitação neonatal, segundo recomendações atualizadas da Sociedade Brasileira de Pediatria, até chegada do médico. O planejamento do cuidado consiste em assegurar que existam recursos para ressuscitação e para transferência do RN para outro local se necessário, além de desenvolver fluxogramas de referência de emergência e implementá-los se necessário. Todo material necessário para a reanimação deve ser preparado, testado e estar disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento. O Anexo III contém o passo a passo para a Reanimação do RN ≥ 34 semanas em sala de parto, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Após o período de contato pele-a-pele, realizar de forma rotineira a profilaxia da doença hemorrágica, a vacinação para hepatite B e a profilaxia da oftalmia neonatal (o tempo de administração pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento). Registrar as medidas antropométricas (perímetro cefálico, estatura e peso) e realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer avaliação médica e/ou transferência.

Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento.

Garantir que a DNV e caderneta da criança sejam preenchidas de acordo com a rotina de cada hospital.

H - ASSISTÊNCIA AO PARTO NA ÁGUA[24]

O parto na água trata-se da expulsão do RN na água de uma banheira ou piscina. Portanto, o conceito de parto na água inclui imersão fetal subaquática no momento do nascimento.

Critérios de elegibilidade:

- Desejo da parturiente;
- Ausência de infecções vaginais, urinárias e de pele;
- Sinais vitais do feto e da parturiente dentro dos limites normais (estes devem estar documentados no prontuário antes da imersão na água quente);
- Limpeza adequada da banheira e demais equipamentos;
- Trabalho de parto ativo, com pelo menos 07 centímetros de dilatação (usar a banheira antes desse momento pode tornar lenta a evolução do parto).

Contraindicações:

- Febre materna ou suspeita de infecção materna;
- Corioamnionite;
- Identificação de alterações fetais;
- Qualquer condição que exija monitoramento fetal eletrônico contínuo;
- Sangramento vaginal aumentado;
- Líquido amniótico meconial;
- Bolsa Rota anterior aos 7 cm de dilatação.
- História prévia de distócia de ombro ou macrossomia suspeita;
- Outras condições de risco elencadas na admissão.
- Infecção;

- Febre;
- Alteração dos SSVV;
- Na presença de distorcias.

Materiais utilizados durante a assistência ao parto:

- Luvas de cano longo para proteção individual;
- Peneira descartável para retirar sujidades da água.

OBSERVAÇÕES:

- Informar a mulher sobre a disponibilidade de utilizar a banheira e orientar sobre o uso de acordo com o nível de entendimento da mesma;
- Para utilização da banheira a mulher deve estar saudável, estar atento às contraindicações;
- Manter a mulher hidratada;
- A dequitação deverá ocorrer fora d'água
- A banheira deve ser cheia com água limpa e aquecida com a temperatura média de 37°C e na quantidade que possibilite a imersão até a cicatriz umbilical.

A temperatura da água durante o trabalho de parto pode variar, mas não deve ser superior a 38° C. Temperaturas superiores a 38° C podem causar desidratação e super aquecimento da parturiente levando a taquicardia fetal. Já a temperatura da água de imersão durante o nascimento não deve ser inferior a 35°C nem superior a 37°C (devido aos mecanismos de respiração do RN, no momento do nascimento).

Primeiro estágio do parto na água:

Para que haja sucesso na experiência do parto na água e para que os riscos sejam minimizados, algumas orientações devem ser seguidas para o primeiro estágio de trabalho de parto:

- Nunca deixar uma mulher sozinha em seu processo de parto quando estiver em uso da banheira (acompanhantes ou membros da equipe devem sempre estar em companhia da parturiente);
- A parturiente pode adotar a posição que desejar na água;
- Proporcionar hidratação para a parturiente, por meio de bebidas frias (água, sucos, ou qualquer outro líquido);
- Avaliar o líquido amniótico quando ocorrer a ruptura espontânea de membranas, bem como os batimentos cardíacos fetais e verificar se há prolapso de cordão;
- Avaliar a dilatação do colo do útero, apagamento e posição fetal antes da parturiente entrar na

banheira;

- Proceder à ausculta dos batimentos cardíacos fetais de 30 em 30 minutos. Na presença de taquicardia materna e/ou fetal, deve-se avaliar o estado de desidratação da parturiente. Não havendo desidratação, reduzir a temperatura da água e ajudar a parturiente a sair da banheira para que a temperatura corporal abaixe. Se a taquicardia fetal persistir, submeter a parturiente a uma cardiotocografia basal.
- Avaliar a progressão do trabalho de parto incluindo o padrão das contrações;
- Verificar os sinais vitais da parturiente (aferir a temperatura a cada hora). Se a parturiente apresentar lipotimia, deve-se avaliar a pressão arterial, pulso, temperatura e a quantidade de líquido ingerido e ajudá-la com a técnica de respiração controlada.
- A água deve ser trocada se a parturiente sair da banheira e se houver eliminação de fezes ou excesso de detritos acumulados que não puderem ser removidos facilmente com a peneira.
- Não deve ser acrescentada nenhuma substância à água com o intuito de esteriliza-la;
- Poderão ser adicionadas gotas de aromaterapia, se a parturiente assim o desejar;
- Verificar e registrar a temperatura da água a cada hora.

Segundo estágio do parto na água:

Neste estágio, a parturiente pode estar na posição em que ela se sinta segura e confortável. No momento do nascimento na banheira, a liberdade de movimento permite a cada mulher encontrar instintivamente uma posição apropriada para o período expulsivo.

Normalmente, não é necessário mover a cabeça do feto em manobras para facilitar o desprendimento acromial. Recomenda-se esperar até a próxima contração antes de utilizar alguma manobra caso não haja o desprendimento. Se o desprendimento acromial não acontecer depois de duas contrações, tenta-se alcançar o concepto, não sendo possível recomenda-se retirar a parturiente da banheira para concluir o nascimento.

Quanto às características do líquido amniótico, a presença de mecônio fluido durante o período expulsivo, não impede o parto na água.

Uma vez que o corpo do concepto passou completamente pelo canal vaginal, retire-o da água com movimentos suaves. Nota-se que os bebês nascidos na água não respiram imediatamente pois o começo da respiração ocorre lentamente ao longo do primeiro minuto.

Desse modo, o concepto pode ser aquecido submergindo seu corpo na água, deixando apenas a cabeça de fora, ou ser envolvido em um campo aquecido, ainda no colo da mãe.

Terceiro estágio do parto na água:

O método mais seguro para expulsão da placenta é fora da água, pois os vasos presentes no útero imediatamente após a dequitação permanecem abertos, e podem favorecer uma embolia. Dessa forma, a equipe deve ajudar a mãe a sair da banheira, após a expulsão do feto, até a cama, ou até a banqueta de parto, secando-a e envolvendo-a em um cobertor ou lençol.

Avaliação neonatal após o nascimento na água:

A avaliação do índice Apgar deve ser realizada da mesma forma que os bebês nascidos fora do ambiente aquático, porém deve-se levar em consideração que os bebês nascidos na água podem levar até 60 segundos para respirar após sua remoção da água.

Se o RN apresentar taquicardia (mais de 160 bpm), avaliar a temperatura da água. Se a temperatura estiver superior a 38°C, retirar a mãe e o bebê da banheira imediatamente.

O contato pele a pele do RN com a mãe deverá ser mantido por pelo menos uma hora após o parto. Nesse período, a amamentação deverá ser estimulada. Após essa primeira hora os cuidados com o RN serão instituídos de acordo com a rotina da unidade.

8.2. Tratamento Não Farmacológico[12,24,25]

Estão previstas neste protocolo as terapias não farmacológicas de alívio da dor, de acordo com a disponibilidade na rede SES/DF e habilitação do profissional. Entre estas terapias são propostas:

- Banho de aspersão ou imersão com água morna/quente;
- Massagem lombar com óleo vegetal;
- Hipnose;
- Compressas quentes e frias;
- Utilização de óleo vegetal ou gel obstétrico no períneo;
- Uso da bola de fisioterapia;
- Uso do “cavalinho”.

O protocolo “Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal”, define em seu item 8.2 os recursos facilitadores para evolução do trabalho de parto e alívio da dor de parto que também poderão ser utilizados pelos profissionais que atuam no CPN.

8.3. Tratamento Farmacológico[26-29]

Está previsto o tratamento farmacológico nos seguintes períodos da gestação, parto e nascimento:

1. Atendimento em consultório

2. Pré-parto

3. Pós-parto

4. Recém-nascido.

8.3.1. Fármaco(s)

Quadro 1: Medicamentos relacionados no protocolo, conforme Relação de Medicamentos padronizados na SES-DF (REME).

Código	Descrição	Farmácia
90533	Ácido tranexâmico solução injetável 50 mg/ml ampola 5 ml	Uso Hospitalar
90462	Butilbrometo de escopolamina comprimido ou drágea 10mg	UBS e uso Hospitalar
90884	Cefalexina capsula ou drágea ou comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90167	Dimenidrinato + Piridoxina (cloridrato) + Glicose + Frutose solução injetável 30 mg +50 mg + 1000 mg + 1000 mg ampola 10 mL	UBS e uso Hospitalar
19772	Fitomenadiona (vitamina k) solução injetável intravenosa 10 mg/mL ampola (com indicação expressa para uso em neonatos)	Uso Hospitalar
90528	Fitomenadiona (vitamina k) solução injetável intramuscular 10 mg/mL ampola 1mL	Uso Hospitalar
90564	Gliconato de cálcio solução injetável 100 mg/ml ampola 10 ml	Uso Hospitalar
90411	Hidralazina solução injetável 20 mg/ml ampola 1 ml	Uso Hospitalar
11087	Ibuprofeno comprimido 600 mg UBS e uso Hospitalar	UBS e uso Hospitalar
24503	Ibuprofeno suspensão oral 50 mg/ml frasco gotas 30ml	UBS e uso Hospitalar
90741	Imunoglobulina anti-Rho (anti-D) solução injetável de 250 mcg a 300 mcg frasco ampola ou seringa preenchida	Uso Hospitalar
MSE38261	Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) solução injetável 1000UI ampola ou frasco - Farmácia do Componente Especializado	Uso Hospitalar
X	Imunoglobulina antitetânica (IGHAT) solução injetável 250UI ampola ou frasco	X
90024	Lidocaína (cloridrato) solução injetável 2 % frasco ampola 20 ml	UBS e uso Hospitalar
90701	Metilergometrina (maleato) solução injetável 0,2 mg/ml ampola 1 ml	Uso Hospitalar
90690	Metronidazol gel vaginal 100mg/g bisnaga 50g + aplicadores (10 para cada bisnaga)	UBS e uso Hospitalar
8739	Miconazol creme vaginal 20mg/g bisnaga 80 g + aplicadores (10 para cada bisnaga)	UBS e uso Hospitalar
MS90189	Misoprostol comprimido vaginal 200 mcg	Uso Hospitalar
90985	Nitrato de prata solução oftálmica 1 % frasco 2,5 a 5,0 ml (manipulado)	Uso Hospitalar
10368	Nitrofurantoína cápsula 100 mg	UBS e uso Hospitalar
90680	Ocitocina solução injetável 5 UI ampola 1 ml	Uso Hospitalar
20060	Paracetamol comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90314	Paracetamol solução oral 200mg/ml frasco 15 ml	UBS e uso Hospitalar
31716	Simeticona emulsão ou solução ou suspensão oral gotas 75 mg/ml frasco 10ml a 15ml	UBS e uso Hospitalar
90592	Sulfato ferroso (equivalente a 40 mg de ferro elementar) comprimido revestido	UBS e uso Hospitalar
90593	Sulfato ferroso solução oral 125 mg/mL correspondente a 25 mg/mL de ferro elementar frasco 30 mL	UBS e uso Hospitalar
90080	Sulfato de magnésio solução injetável 50% (4 mEq/mL) ampola 10ml	Uso Hospitalar
MSE90067	Zidovudina solução injetável 10 mg/ml frasco ampola 20 ml – HIV	Uso hospitalar (maternidades)
MSE90066	Zidovudina solução oral 10 mg/ml frasco 200 ml – HIV	Policlínicas, Farmácia Escola HUB, Hospital Dia e uso Hospitalar (maternidades)

Fonte: Conferir lista completa no link: http://www.saude.df.gov.br/reme-df/.

Quadro 2: Vacinas.

Código	Descrição
X	Imunoglobulina antitetânica (IGHAT) solução injetável 250UI ampola ou frasco

Orientações de indicação e posologia:

- Ácido tranexâmico
  - Indicação: tratamento adjuvante da hemorragia pós-parto.
  - Prescrição: 1.000mg/250 ml SF > 12 mL/min, EV.
  - Orientações: administrar logo após o início do sangramento e em concomitância com os uterotônicos, dentro das primeiras 3 horas do episódio hemorrágico.

- Butilbrometo de escopolamina
  - Indicação: queixa de dor abdominal de intensidade fraca a moderada e cólicas em gestantes.
  - Prescrição: 01 comprimido 10 mg, via oral a cada 3-5x/dia.
  - Orientações: a gestante deve ser orientada a procurar o serviço de referência (atenção primária ou hospitalar) caso a dor piore ou não cesse no período mínimo prescrito.

- Cefalexina
  - Indicação: tratamento de primo-infecções urinárias não complicadas em gestantes, evitando agravamento do quadro clínico (abortamento e trabalho de parto prematuro).
  - Prescrição: 01 comprimido, 500 mg, via oral, a cada 6 horas durante 10 dias.
  - Orientações: a gestante deverá ser orientada a procurar o serviço de referência (atenção primária) para controle e acompanhamento do tratamento.

- Cloridrato de hidralazina
  - Indicação: utilizado como medida de urgência para distúrbio hipertensivo, quando pressão sistólica ≥160mmHg e/ou arterial diastólica ≥ 110mmHg.
  - Prescrição: diluir 01 ampola (20 mg) em 09 ml de solução fisiológica ou água destilada. Administrar 2,5 ml da solução (05 mg) a cada 20 minutos, se necessário.
  - Orientações: aferir a pressão da gestante a cada 20 minutos para avaliar necessidade de novas doses.

- Cloridrato de lidocaína 2% (sem vasoconstritor)
    - Indicação: anestésico para uso em rafias de lesões perineais.
    - Prescrição: infundir até 15 ml de acordo com a técnica.
    - Orientações: se necessário múltiplas infiltrações, diluir o anestésico com água destilada, na proporção de 1:1 para a concentração final de 1%.

- Dimenidrinato + cloridrato de piridoxina
    - Indicação: prevenção ou tratamento de náuseas e vômitos decorrentes das alterações hormonais na gestação.
    - Prescrição: Dimenidrato 30 mg + cloridrato de piridoxina 50 mg, de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia). Diluir a uma ampola em 10 mL de solução fisiológica.
    - Orientações: a gestante deverá ser orientada a procurar o serviço de referência (atenção primária) para controle e acompanhamento dos sintomas.

- Gluconato de Cálcio
    - Indicação: tratamento das hipocalcemias em situações que requerem um aumento rápido na concentração dos íons cálcio no soro, tais como tetanias, deficiência de vitamina D e alcalose. Antagonista do Sulfato de Magnésio.
    - Prescrição: uma ampola de Gluconato de Cálcio a 10% (10ml) EV lento.
    - Orientações: O gluconato de cálcio a 10% atua com antídoto do Sulfato de Magnésio. É indispensável para aplicação imediata no caso de parada respiratória.

- Imunoglobulina anti-Rh
    - Indicação: em casos em que a mãe é Rh negativo e o RN é Rh positivo.
    - Prescrição: 1500UI via intramuscular profunda. Administrar no músculo deltóide acima do braço ou na parte acima das nádegas. Devido ao risco de machucar o músculo ciático, a mesma região glútea não deverá ser utilizada como rotina de aplicação. Se uma região glútea for usada, aplique somente na parte de cima, ou fora do quadrante.
    - Orientações: deve ser administrada em puérperas Rh negativo quando seu RN for Rh positivo, durante a internação, até no máximo 72 horas após o parto.

- Metilergometrina
    - Indicação: hemorragia pós-parto por hipotonia uterina, se houver falha do esquema da

ocitocina. É contraindicada no primeiro estágio do trabalho de parto e segundo estágio do trabalho de parto antes do aparecimento do ombro anterior, bem como nos casos de pacientes com alteração na pressão arterial (PA > 140x90mmHg).

- Prescrição: 01 ampola (0,2 mg) via intramuscular. Pode-se repetir a dose a cada 2 a 4 horas e, quando necessário, até 5 doses dentro de 24 horas.
- Orientações: aferir a PA da paciente antes da administração.

- Metronidazol
  - Indicação: vaginose bacteriana e tricomoníase.
  - Prescrição: Metronidazol 500 mg, VO, 12/12 h, por 7 dias. (vaginose bacteriana e tricomoníase). Metronidazol, 2 g, VO, dose única (somente para tricomoníase). Metronidazol gel vaginal a 0,75%, 01 aplicador endovaginal, por 5 dias, ao deitar. (somente para vaginose bacteriana).
  - Orientações: Puérperas e nutrizes seguem o mesmo esquema terapêutico das gestantes. Em caso de tricomoníase, há indicação do tratamento do parceiro com a dose única.

- Miconazol
  - Indicação: candidíase vaginal.
  - Prescrição: miconazol creme a 2%, via vaginal, 01 aplicador cheio, por 7 dias, ao deitar.
  - Orientações: a candidíase recorrente (quatro ou mais episódios em um ano) necessita de cultura para cândida, visando à identificação de cepas não albicans, que são resistentes aos tratamentos habituais. Neste caso, encaminhar a paciente para avaliação na atenção primária.

- Misoprostol
  - Indicação: O uso de misoprostol é recomendado para as seguintes situações: aborto legal, evacuação uterina devido à morte embrionária ou fetal, amadurecimento cervical antes da indução do parto (maturação do colo uterino), indução do parto e tratamento da hemorragia pós-parto.
  - Prescrição: misoprostol 800mcg, via retal, dose única.
  - Orientações: Para o tratamento medicamentoso da HPP, recomenda-se o uso de misoprostol 800mcg por via retal. É importante lembrar que, como o início de ação do misoprostol retal é mais lento que o de outros uterotônicos, ele deve ser usado como

adjuvante ao tratamento com ocitocina. O misoprostol não deve ser usado isoladamente, mantendo-se a massagem uterina até o início de seu efeito, o que pode levar de 15 a 20 minutos. Considere sempre o uso de ácido tranexâmico 1g por via intravenosa durante 10 minutos, com possibilidade de repetição da dose de 1g em 30 minutos caso o sangramento persistente.

- Nitrofurantoína
    - Indicação: está indicada como opção de tratamento para infecção urinária não complicada em gestantes, evitando agravamento do quadro (abortamento e trabalho de parto prematuro).
    - Prescrição: 01 comprimido 100 mg, via oral, de 6/6 h durante 10 dias. Orientações: evitar a partir da 36ª semana de gestação, a gestante deverá ser orientada a procurar o serviço de referência (atenção primária) para controle e acompanhamento do tratamento.

- Simeticona
    - Indicação: situações de distensão abdominal, timpanismo e excesso de gases, eventos comuns na gestação e/ou puerpério.
    - Prescrição: 20 gotas da emulsão oral, até 6/6 h, se necessário.
    - Orientações: associar o Butilbrometo de escopolamina, se dor persistente, a gestante deverá ser orientada a procurar o serviço de referência (atenção primária) para controle e acompanhamento dos sintomas.

- Sulfato de magnésio a 50%
    - Indicação: prevenção e tratamento de convulsão tônico-clônica generalizada relacionada a hipertensão gestacional (eclâmpsia).
    - Prescrição: diluir 08 ml de sulfato de magnésio 50% em 12 ml de água destilada. Correr a dose de ataque em 20 min (20gts/min ou 60mcgts/min), enquanto providencia-se a remoção da paciente.
    - Orientações: avaliar frequência respiratória, reflexo patelar e diurese de 4/4h após administração.

- Zidovudina
    - Indicação: quimioprofilaxia da transmissão vertical do HIV.

- Prescrição: conforme orientações contidas no item “8.11.8” deste protocolo.
- Orientações: atenção aos cuidados citados no item “8.11.8” deste protocolo

8.3.2. Esquema de Administração[12,24]

O CPNi realiza atendimento de gestantes, parturientes e puérperas por demanda de urgência e emergência. Em alguns casos, conforme quadro clínico, atribuições do enfermeiro obstetra e protocolos já aprovados pela SES/DF, o enfermeiro pode realizar procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos e definir diretrizes clínicas e terapêuticas. Desta forma, a terapia medicamentosa não segue uma prescrição padrão, mas será conduzida de acordo com o quadro clínico da gestante/parturiente/RN.

As seguintes prescrições padrões poderão sofrer alteração se necessário (Quadros 3, 4, 5 e 6).

Quadro 3: Prescrição pré-parto

1. Dieta oral leve ou líquida
2. Exercícios facilitadores do trabalho de parto
3. Preenchimento do partograma
4. SG 5% + Ocitocina solução injetável 5UI ampola 1ml, via EV, se período expulsivo e falha da dinâmica uterina
5. SVR

Quadro 4: Prescrição pós-parto

1. Dieta oral livre
2. Ocitocina solução injetável 5UI ampola 1ml, 2 ampolas, via IM, logo após o nascimento
3. Sulfato ferroso comprimido revestido 40 mg, 1 comprimido, 1 vez ao dia, via oral
4. Paracetamol comprimido 500 mg, 1 comprimido, 6x6h, via oral, SOS
5. Ibuprofeno comprimido 600 mg, 1 comprimido, 12x12h, via oral, SOS
6. Observar involução uterina a cada 4 h
7. Observar sangramento transvaginal
8. Aferir SVR a cada 6 h

Quadro 5: Prescrição do recém-nascido

1. Aleitamento Materno em livre demanda
2. Clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele e estímulo à amamentação por no mínimo 1 hora após o nascimento, para RN com boa vitalidade
3. Vacina anti-hepatite B 0,5ml IM preferencialmente nas primeiras 12 horas
4. Fitomenadiona solução injetável 10 mg/ml ampola, 0,1ml IM após o nascimento
5. Nitrato de prata solução oftálmica 1% frasco 2,5 a 5,0 ml,1 gota em cada olho
6. Realizar medidas antropométricas e exame físico do RN após a 1ª hora do nascimento, para RN com boa vitalidade.
7. Cuidados de Enfermagem
8. SVR

Quadro 6: Prescrição de alta da Puérpera

1. Sulfato ferroso comprimido revestido 40mg, 1 comprimido, 1 vez ao dia, via oral, durante 90 dias
2. Paracetamol comprimido 500mg, 1 comprimido, 6x6h, via oral, SOS
3. Ibuprofeno comprimido 600mg, 1 comprimido, 12x12h, via oral, SOS*
4. Ultrassom após inserção de DIU ou complicações puerperais**

*O Ibuprofeno deverá ser prescrito para as puérperas com laceração extensa ou que inseriram DIU.
** Apenas nos casos em que a puérpera apresentar sangramento TV aumentado, saída de restos placentários e dor pélvica ou abdominal, até 6 semanas após o parto.

O sulfato ferroso, prescrito na alta, deverá ser mantido até 90 dias após o parto.

O paracetamol e o ibuprofeno serão mantidos, após a alta, somente se a paciente apresentar dor ou desconforto.

Após a alta hospitalar, as pacientes deverão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde (APS) para conduta em relação ao tempo de tratamento, interrupção ou continuidade dos medicamentos.

9. BENEFÍCIOS ESPERADOS

Com a publicação do protocolo espera-se otimizar e sistematizar a assistência de enfermagem no CPNi, bem como contribuir para a continuidade de uma assistência segura, humana e respeitosa à mulher e ao RN. Existe ainda o interesse em prevenir eventos adversos e orientar a equipe quanto às práticas baseadas em evidências científicas.

Com o uso das terapias não farmacológicas, espera-se transformar o processo de parturição em uma experiência positiva para a mulher, a qual, ainda, mesmo com acesso às informações, poderá manifestar sentimentos como ansiedade, medo e insatisfação. Desse modo, a adoção destas terapias poderá proporcionar melhor oxigenação materna e fetal, evolução fisiológica do trabalho de parto e maior satisfação da mulher e da família. Outro benefício esperado é a diminuição da incidência de hemorragia pós-parto e contribuição para a redução do óbito materno nacional por esta causa.

Por fim, espera-se também, como medidas de continuidade de cuidado conjunto com a Atenção Básica, o estabelecimento da amamentação exclusiva por 6 meses e complementada por até 2 anos ou mais de todos os bebês.

10. MONITORIZAÇÃO

As puérperas e RN assistidos pela equipe de enfermagem deverão ser avaliados antes de serem transferidos para o ALCON. Após a transferência, os cuidados de enfermagem serão realizados pela equipe do ALCON.

11. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

As puérperas e os RN serão acompanhados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para as consultas de revisão de parto, planejamento reprodutivo e crescimento e desenvolvimento da criança. Em relação a amamentação, as puérperas e os RN serão acompanhados pelos profissionais do Banco de Leite Humano do hospital de referência.

12. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – TCI

Considerando a necessidade de estabelecer as atividades de atuação das doulas nos Centros Obstétricos e Centros de Parto Normal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) conforme a Lei nº 5.534, de 28 de agosto de 2015 e Portaria nº 868, de 11 de novembro de 2024, fica estabelecido o Termo de Consentimento e Responsabilidade para a Doula (anexo I).

13. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Para a monitorização dos resultados da implantação do protocolo deverão ser controlados os seguintes indicadores, entre outros pertinentes em cada unidade hospitalar, segundo recomendação do Ministério da Saúde:

- Número total dos partos normais
- Número total de cesárea
- Percentual de partos realizados por enfermeiro obstetra
- Percentual de parto normal em adolescentes
- Percentual de partos em posição não litotômica
- Percentual de episiotomia
- Percentual de Laceração 1º e 2º grau
- Percentual de Laceração 3º e 4º grau
- Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)
- Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio.
- Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério
- Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré-Natal
- Percentual de RN com peso ao nascer entre 2.500g a 4000g
- Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41semanas
- Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto
- Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento
- Percentual de RN amamentado na primeira hora de vida

- Percentual de transferência de parturientes encaminhadas aos cuidados da equipe médica;
- Percentual de transferência de parturientes acompanhadas pela equipe de enfermagem que foram submetidas à cesárea;
- Percentual de assistência ao RN por enfermeiro(a).

O acompanhamento será realizado pela Gerência de Enfermagem mensalmente.

13.1 Indicador de Educação Permanente

Indicador	Percentual de profissionais capacitados
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o percentual de profissionais que conhecem o protocolo e a partir daí, qual a perspectiva dele ser implementado.
Limitações	Não considera o tempo de treinamento, nem o conhecimento do profissional; não avalia outros aspectos relevantes para a implementação do protocolo
Fonte	Lista de presença no treinamento
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de profissionais capacitados}}{\text{nº total de profissionais relacionados ao protocolo}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Trimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	80%
Descrição da Meta	Treinar no mínimo 20% dos profissionais a cada quadrimestre.

13.2 Indicadores de Resultado

Indicador	Percentual de partos normais
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na assistência ao parto normal e o consequente aumento desse número.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como déficit de profissionais, alterações do fluxo/encaminhamento de pacientes, reformas prediais, mudança de normativas, dentre outros.
Fonte	SINASC
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais}}{\text{nº total de partos}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	60%
Descrição da Meta	Aumentar para 60% o número de partos normais realizados na unidade.

Indicador	Percentual de partos cesáreos
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às gestantes e parturientes e o desfecho da via de parto.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como déficit de profissionais, alterações do fluxo / encaminhamento de pacientes, reformas prediais, mudança de normativas, dentre outros.
Fonte	SINASC
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos cesáreos}}{\text{nº total de partos}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	40%
Descrição da Meta	Reduzir para 40% o número de cesarianas realizadas.

Indicador	Percentual de partos realizados por enfermeiro obstetra (EO)
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes, baseada nas Boas práticas obstétricas e neonatais, bem como o incentivo da SES/DF na lotação de enfermeiros obstetras nos Centros Obstétricos.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como déficit de profissionais, alterações do fluxo/encaminhamento de pacientes, reformas prediais, mudança de normativas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais realizados por EO}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	60%
Descrição da Meta	Aumentar para 60% o número de partos normais realizados por EO na unidade.

Indicador	Percentual de parto normal em adolescentes
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes adolescentes e subsidiar com informações para o planejamento e a execução das atividades que serão empreendidas no território para diminuir a gravidez na adolescência.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como déficit de profissionais, alterações do fluxo/encaminhamento de pacientes, reformas prediais, mudança de normativas, perfil populacional, dentre outros.
Fonte	SINASC
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais realizados por EO em adolescentes}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	40%
Descrição da Meta	Diminuir para 40% o número de partos em adolescentes

Indicador	Percentual de parto normal em posição não litotômica
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes com consequente escolha por posições mais confortáveis e que favorecem a boa evolução do trabalho de parto.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como déficit de profissionais, vontade da parturiente, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais em posição não litotômica realizados por EO}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	70%
Descrição da Meta	Aumentar para 70% o número de partos normais em posição não litotômica realizados por EO na unidade

Indicador	Percentual de episiotomia
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes com consequente redução da episiotomia.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como profisionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, feto com padrão não tranquilizador, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais com episiotomia realizados por EO}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	10%
Descrição da Meta	Reduzir para 10% o número de partos normais com episiotomia realizados por EO na unidade.

Indicador	Percentual de Laceração 1º e 2º grau
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes com consequente redução das lacerações.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco para laceração: primeiro parto vaginal, feto GIG, parto rápido, pouca elasticidade do períneo, intervenções médicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais com laceração de 1º e 2º grau realizados por EO}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	40%
Descrição da Meta	Reduzir para 40% o número de partos normais com laceração de 1º e 2º grau realizados por EO na unidade.

Indicador	Percentual de Laceração 3º e 4º grau
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes com consequente redução das lacerações.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco para laceração: primeiro parto vaginal, feto GIG, parto rápido, pouca elasticidade do períneo, intervenções médicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais com laceração de 3º e 4º grau realizados por EO}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	5%
Descrição da Meta	Reduzir para 5% o número de partos normais com laceração de 3º e 4º grau realizados por EO na unidade.

Indicador	Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes com consequente redução da RAM.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco para RAM: falha no progresso do trabalho de parto, feto com padrão não tranquilizador, profisionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, intervenções médicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais com laceração de 1º e 2º grau RAM realizados por EO}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	20%
Descrição da Meta	Reduzir para 20% o número de partos normais com laceração de 1º e 2º grau RAM realizados por EO na unidade.

Indicador	Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes com consequente redução de parto com ocitocina no 2º estágio.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco para uso da ocitocina: falha no progresso do trabalho de parto, feto com padrão não tranquilizador, profissionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, intervenções médicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais com uso de ocitocina no 2º estágio realizados por EO}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	20%
Descrição da Meta	Reduzir para 20% o número de partos normais com uso de ocitocina no 2º estágio realizados por EO na unidade.

Indicador	Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério.
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes e o cumprimento da Lei 11.108/2005 (direito fundamental da parturiente, que contribui para a humanização do parto e o bemestar da mulher).
Limitações	Não há, a Lei tem que ser cumprida.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de partos normais com presença de acompanhante}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	100%
Descrição da Meta	Aumentar para 100% o número de partos com presença de acompanhante.

Indicador	Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré-Natal
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes com pré natal adequado.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como déficit de profissionais na APS, profisionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, alterações do fluxo/encaminhamento de pacientes entre os níveis de atenção, perfil populacional, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré-Natal}}{\text{nº de partos normais totais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	80%
Descrição da Meta	Aumentar para 80% o número de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré-Natal.

Indicador	Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes e aos recém-nascidos, por meio de profissionais capacitados.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como déficit de profissionais, profisionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, gestantes com pré-natal inadequado ou ausência de prénatal, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº de RN com Apgar < 7 no 5º minuto}}{\text{nº total de RN no setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	10%
Descrição da Meta	Reduzir para 10% Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto.

Indicador	Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento.
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes e aos recém-nascidos para favorecer a adaptação do bebé ao ambiente e o vínculo mãe-filho.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco: feto com padrão não tranquilizador, condição materna que exija intervenções médicas, profissionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento}}{\text{nº total de nascimentos}} \times 100$
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	100%
Descrição da Meta	Aumentar para 100% o número RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento.

Indicador	Percentual de RN com peso ao nascer entre 2.500g a 4000g.
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes e aos recém-nascidos com pré-natal adequado.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco: falhas no atendimento de pré-natal, profissionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº total de RN com peso ao nascer entre 2.500g a 4.000g}}{\text{nº total de nascimentos}} \times 100$
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	80%
Descrição da Meta	Aumentar para 80% o número RN com peso ao nascer entre 2.500g a 4000g acompanhado pela enfermagem obstétrica.

Indicador	Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41semanas.
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes e aos recém-nascidos com pré-natal adequado.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco: falhas no atendimento de pré-natal, profissionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº total de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41semanas}}{\text{nº total de nascimentos}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	5%
Descrição da Meta	Reduzir para 5% o número RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41 semanas acompanhado pela enfermagem obstétrica.

Indicador	Percentual de RN amamentado na primeira hora de vida
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes e aos recém-nascidos para favorecer a adaptação do bebé ao ambiente e o vínculo mãe-filho.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco: RN com baixa vitalidade ao nascer, condição materna que exija intervenções médicas, profissionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº total de RN amamentado na primeira hora de vida}}{\text{nº total de nascimentos}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	100%
Descrição da Meta	Aumentar para 100% o número de RN amamentado na primeira hora de vida.

Indicador	Percentual de transferência de parturientes encaminhadas aos cuidados da equipe médica
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes, o percentual de transferência de parturientes acompanhadas pelos enfermeiros obstetras e a necessidade de avaliação médica.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco: falta de vagas na unidade, déficit de profissionais, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº total de transferência de parturientes encaminhadas aos cuidados da equipe médica}}{\text{nº total partos pela enfermagem obstétrica}} \times 100$
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	5%
Descrição da Meta	Reduzir para 5% o número de parturientes encaminhadas aos cuidados da equipe médica

Indicador	Percentual de transferência de parturientes acompanhadas pela equipe de enfermagem que foram submetidas à cesárea
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência às parturientes, o percentual de transferência de parturientes acompanhadas pelos enfermeiros obstetras e a necessidade de intervenção cirúrgica.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco: déficit de profissionais, condição materna que exija intervenções médicas, profissionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº total de transferência de parturientes acompanhadas pela equipe de enfermagem que foram submetidas à cesárea}}{\text{nº total partos pela enfermagem obstétrica}} \times 100$
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	5%
Descrição da Meta	Reduzir para 5% o número de transferência de parturientes acompanhadas pela equipe de enfermagem que foram submetidas à cesárea

Indicador	Percentual de assistência ao Recém-nascido por Enfermeiro
Conceituação	Esse indicador visa avaliar o impacto da implementação do protocolo na melhoria da assistência aos recém-nascidos.
Limitações	Não considera influências externas que impactam no atingimento do indicador, como os seguintes fatores de risco: déficit de profissionais, condição materna que exija intervenções médicas, profissionais desatualizados e com práticas sem evidências científicas, dentre outros.
Fonte	Prontuário do TrackCare e registros do setor
Metodologia de Cálculo	$\frac{\text{nº total de assistência ao recém-nascido por EO}}{\text{nº total partos vaginais do setor}}$ x100
Periodicidade de monitoramento	Quadrimestral
Periodicidade de envio à CPPAS	Anual
Unidade de medida	Percentual
Meta	50%
Descrição da Meta	Aumentar para 50% o percentual de assistência ao recém-nascido de partos realizados pela enfermagem obstétrica.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011.

2. Brasil. Portaria nº 5.350, de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União 2024.

3. Brasil. Portaria de consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017.

4. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2024.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica Conjunta nº 227/2025-SVSA/SAPS/SAES/SESAI/MS . Acesso em 01 de jul 2025.

6. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. 2017.

7. Carvalho, Izabel Cristina da Silva, et al. "Impacto da pandemia da Covid-19 na razão de mortalidade materna brasileira: tendência e distribuição espacial." Revista Gaúcha de Enfermagem 45 (2024):e20230299.

8. Jamas, MT, Luiza AKH, Luciana MR. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. Cadernos de Saúde Pública 2013; 29:1224362446.

9. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. 2016.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

11. Brasília. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco. 2021.

12. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde - Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

13. Brasília. Portaria nº 868, de novembro de 2020. Define as diretrizes para atuação das doulas nos Centros Obstétricos e Centros de Parto Normal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF);

14. Brasília. Secretaria de Saúde do Distrito federal. Protocolo de Atenção à Saúde: Lista de Verificação para Partos Seguros (Checklist do Parto Seguro). 2023;

15. Brasil. Lei 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 Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União;

16. Ribeiro, LM, Coelho,LA, Costa,ETTDC. Manual de Condutas Obstétricas do Hospital Materno e Infantil.1ª Ed. 2021;

17. Brasília. Secretaria de Saúde do Distrito federal. Atenção à Saúde da Mulher: Protocolo de Queixas Ginecológicas e Planejamento Reprodutivo com Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na Atenção Primária à Saúde;

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2014;

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

20. Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2;

21. Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf. Acesso em: 17/12/2024;

22. Brasil. Portaria nº 11 de 07 de janeiro de 2015. Diário Oficial da União 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União. 2015.

23. Brasil. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS);

24. Brasília. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde: Protocolo da Casa de Parto de São Sebastião. 2023. Acesso em 14 jan 2025. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/90046/Protocolo+Assistencial+da+Casa+de+Parto+S%C3%A3o+Sebasti%C3%A3o.pdf/8a64a551-c136-8105-73e2-fd4e86e49717?t=1651595532370;

25. Schvartz, HV, et al. "Estratégias de alívio da dor no trabalho de parto e parto: uma revisão integrativa." Journal of Nursing and Health. 2016. 6(2); 355-62. Acesso em 14 jan 2025. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_74_administracao_de_sulfato_de_magnesio_a_50.pdf;

26. Brasil. Lei n°. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1986;

27. Brasil. Decreto n.º 94.406, de 09 de jun de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 09 jun 1987;

28. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 20, de 05 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Diário Oficial da União 05 mai 2011;

29. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 218, de 16 de outubro de 2012. Normatiza a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames pelo enfermeiro que atua nos Programas de Saúde Pública conforme protocolos e rotinas adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Diário Oficial da União 2012;

30. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com CobreTCu 380ª. 2018;

31. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. [homepage na internet]. Principais Questões sobre Inserção do DIU de cobre. Acesso em 30 jul 2020. Disponível em: https://portalde.boaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principaisquestoes-sobre-insercao-do-diudecobre/;

32. Secretaria de Saúde do Distrito federal. Protocolo de Atenção à Saúde – Síndromes Hipertensivas na Gestação – Manejo na Emergência. Acesso em 30 jul 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/S%C3%ADndrome+Hipertensiva+na+Gesta%C3%A7%C3%A3o+%E2%80%93+Manejo+de+Emerg%C3%AAncia.pdf/319ffc90-c613-0894-e716-d8e12a87289e?t=1648648001781;

33. Secretaria de Saúde do Distrito federal. Protocolo de Atenção à Saúde - Hemorragia pós-parto. Acesso em 30 jul 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/protocolo+de+hemorragia+p%c3%b3s+parto.pdf/bea7cef8-181c-07bd-4ab4-d6ff6a1c40d0?t=1703069283106;

34. Secretaria de Saúde do Distrito federal. Protocolo de Atenção à Saúde -Distócia de Ombro. Acesso em 30 jul 2020. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/protocolo+de+dist%c3%b3cia+de+ombro.pdf/07965062-46ef-9137-10da-c83ed3660333?t=1703069242450.

APÊNDICE I
PARTO SEGURO[14]

O checklist do parto seguro (anexo) da Rede SES/DF foi adaptado de acordo com a realidade da rede e, desta forma, elaborado com 5 pontos de pausa:

- **ADMISSÃO**

Observar a mãe no momento da admissão é importante para detectar e tratar complicações que ela já possa ter, para decidir se é preciso transferi-la para outra unidade, para prepará-la (e seu acompanhante) para o trabalho de parto e parto e para informá-la (e seu acompanhante) sobre os sinais de perigo que deverão leva-la a pedir ajuda.

- **ANTES DO PARTO/CESÁREA**

Observar a mãe antes do nascimento é importante para detectar e tratar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e parto e para preparar os eventos de rotina e possíveis situações de risco que possam ocorrer apóso parto.

- **APÓS O NASCIMENTO**

Observar a mãe e o recém-nascido logo após o parto (principalmente na primeira hora) é importante para detectar e tratar complicações que podem ocorrer após o parto e para informar a mãe (e seu acompanhante) sobre os sinais deperigo que devem levá-la a pedir ajuda.

- **ANTES DA SAÍDA DO CENTRO OBSTÉTRICO**

Observar a mãe e o recém-nascido antes da saída do Centro Obstétrico é importante para detectar e tratar complicações do puerpério imediato bem como conferir a documentação do binômio antes do encaminhamento para outro setor. Este ponto de pausa não se aplica à Casa de Parto de São Sebastião, tendo em vista que o binômio permanece no mesmo quarto PPP da admissão até a alta.

- **ANTES DA ALTA**

Observar a mãe e o recém-nascido antes da alta é importante para tera certeza de que a mãe e o recém-nascido estão com boa saúde antes da alta, que a mãe(e seu acompanhante) foi orientada quanto ao seguimento na atenção primária ou hospitalar, que as opções de planeamento familiar foram discutidas e oferecidas à mãe (e a seu acompanhante) e que também lhes foram fornecidas informações sobre os sinais de perigo, tanto na mãe como no bebê, para o caso de serem necessários cuidados especializados imediatos.

APÊNDICE II
EXAMES PADRONIZADOS [29]

A Enfermagem Obstétrica a qualquer momento poderá solicitar os exames citados abaixo, com o objetivo de apoiar o julgamento clínico para tomada de decisão, internamento e/ou alta para casa e para apoio diagnóstico na urgência/ emergência.

- **Ultrassom**
  - Transvaginal → até 12 semanas;
  - Obstétrica → a partir de 13 semanas.

- **Laboratoriais**
  - BhCG;
  - Glicemia de jejum;
  - Hemograma completo;
  - Hemoglobina/Hematócrito;
  - Leucograma;
  - Sumário de urina e Urocultura;
  - Proteinúria;
  - VDRL;
  - Bilirrubinas totais, TGO e TGP, DHL;
  - Ácido úrico, uréia, creatinina;
  - PCR;
  - TR e RT-PCR COVID.

- **Admissionais**
  - Classificação sanguínea;
  - Teste rápido para HIV;
  - Teste rápido para Hepatite B e C;
  - Teste rápido para Sífilis.

APÊNDICE III
LINK DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

- **Atenção à Saúde da Mulher: Protocolo de Queixas Ginecológicas e Planejamento Reprodutivo com Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na Atenção Primária à Saúde:** https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Queixas+Ginecol%C3%B3gicas+e+Planejamento+Reprodutivo+com+Inser%C3%A7%C3%A3o+de+Dispositivo+Intrauterino+%28DIU%29+na+APS.pdf/ef880868-b733-eab6-a7e2-5c10a69ad02c?t=1698231539548

- **PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE: SINDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO – MANEJO NA EMERGÊNCIA[31]:** https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/s%c3%adndrome+hipertensiva+na+gesta%c3%a7%c3%a3o+%e2%80%93+manejo+de+emerg%c3%aancia.pdf/319ffc90-c613-0894-e716-d8e12a87289e?t=1648648001781

- **PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE: HEMORRAGIA PÓS PARTO[32]:** https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/protocolo+de+hemorragia+p%c3%b3s+parto.pdf/bea7cef8-181c-07bd-4ab4-d6ff6a1c40d0?t=1703069283106

- **PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE: DISTOCIA DE OMBRO[33]:** https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Dist%C3%B3cia+de+Ombro.pdf/07965062-46ef-9137-10da-c83ed3660333?t=1703069242450

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA A DOULA

Eu_____, Portadora do RG_____, nascida em __/__/_____, residente e domiciliada na _____nº_____, Estado de _____, Telefone ( )_____, declaro para todos os fins de fato e de direito, que:

1. Prestarei apoio físico e emocional à parturiente, ficando vedada de realizar qualquer atividade e/ou conduta que interfira nos procedimentos técnicos dos profissionais de saúde nas unidades de saúde;

2. Em caso de intercorrência médica e/ ou descumprimento das disposições do artigo 9º da Portaria nº 868, de 11 de novembro de 2020, se solicitado pela equipe, estou ciente que devo me retirar do recinto;

3. Tenho ciência e concordo que o descumprimento de qualquer uma das disposições da Portaria implicará no impedimento da minha entrada nos estabelecimentos de saúde da SES/DF.

Brasília, _____de _____de 202___.

Assinatura da doula: _____

Membro da equipe: _____

Parturiente: _____

ANEXO II

INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO – DIU [30,31]

O dispositivo intrauterino (DIU) com cobre é um método contraceptivo com alto potencial de eficácia, prático, seguro, tem longa duração, é reversível e não hormonal e, mesmo sendo bastante utilizado no mundo, no Brasil, estima-se que apenas 1,9% das mulheres utilizem-no. É um método que não depende de uso contínuo diário e, por não ter ação hormonal, pode ser utilizado concomitantemente com a amamentação, portanto pode ser introduzido no pós-parto imediato e no pós abortamento. É na colaboração para o aumento da utilização deste método e redução do número de gestações indesejadas que entra o papel das maternidades brasileiras e do nosso Centro de Parto Normal.

A escolha da inserção do DIU no pós-parto imediato ou precoce garante às mulheres, que assim escolherem, um método para controle de fertilidade, colocado em tempo oportuno, sem que elas precisem ser encaminhadas a outro serviço para planejamento reprodutivo. Para mulheres com acesso limitado a cuidados médicos, a possibilidade de inserção precoce é, portanto, uma boa oportunidade para abordar a necessidade de contracepção. Elas só necessitarão buscar novamente um serviço para a revisão do posicionamento do dispositivo ou se houver expulsão do mesmo.

O DIU colocado no pós-parto tem um risco maior de expulsão do que aquele colocado fora do pósparto: se colocado com até 10 minutos da dequitação, o percentual de expulsão em até 06 meses é próximo de 10%, se colocado entre 10 minutos e as primeiras 48h após o parto, de 24%. Mesmo assim, é possível aumentar significativamente o número de mulheres que optam por este método introduzindo-o nas maternidades, o que contribuirá para a redução de gestações indesejadas e suas consequências.

Critérios de inclusão para inserção do DIU

- Puérperas de qualquer idade;
- Desejo da puérpera em utilizar o DIU como método contraceptivo;
- Termo de consentimento informado assinado (anexo).

Critérios de exclusão para inserção do DIU

- Infecção pélvica aguda ou subaguda
- Infecção vaginal e/ou sexualmente transmissível sem tratamento;
- Corioamnionite;
- Rotura prematura de membranas acima de 18 horas;
- Má formação uterina;
- Neoplasia uterina;
- Febre (temperatura superior a 37,8°C) durante o trabalho de parto;
- Hipotonia ou atonia uterina pós-dequitação;
- Retenção placentária;
- Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbio de coagulação.

Critérios de exclusão relativos

- Antecedente de gravidez ectópica;
- Hipermenorréia ou dismenorreia intensas;

- Alterações de coagulação ou existência de algum tratamento com anticoagulantes;
- Anemias;
- Alergia ao cobre.

Obs.: História de IST's adquiridas durante o pré-natal, sorologia positiva para HIV (assintomática) e Sífilis tratada não contra-indicam a colocação do DIU.

Procedimentos para inserção do DIU

Algumas orientações devem ser, obrigatoriamente, ofertadas à mulher antes e após a realização do procedimento, tais como:

1) Orientações antes da inserção:
   - Esclarecimento sobre o funcionamento do método;
   - Riscos (perfuração uterina, hemorragias, infecções);
   - Benefícios (método de longa duração e de alta eficácia);
   - Possíveis complicações (expulsão, hemorragias, infecções);
   - Possibilidade de falha de 0,5%;
   - Possíveis alterações do clico menstrual (sangramento aumentado, dismenorréia);•
   - Revisões pós-procedimento;
   - Possibilidade de retirada se necessário ou se a mulher desejar;
   - Não proteção contra infecções sexualmente transmissíveis.

2) Orientações após inserção:
   - Esclarecimento sobre o funcionamento do método;
   - Riscos e benefícios; Possibilidade de expulsão;
   - Não tracionar o fio do DIU se perceber que este se exteriorizou, o que pode acontecer dentro de algumas semanas e será aparado durante a consulta de retorno;
   - Possíveis efeitos colaterais (sangramento aumentado, dismenorréia);
   - Possibilidade de retirada se necessário ou se a mulher desejar;
   - Não proteção contra doenças sexualmente transmissíveis;
   - Comunicar a necessidade de uso de outros métodos contraceptivos (de barreira) até a realização da consulta de retorno e da ultrassonografia transvaginal. A recomendação de um método hormonal deverá ser realizada após avaliação profissional na Atenção Primária à Saúde.

A técnica para a inserção do DIU deverá seguir os passos:

1. Orientar a paciente sobre o procedimento a ser realizado;
2. Colocar novas luvas estéreis;
3. Remover o DIU do insertor;
4. Apreender o DIU com pinça Foerster, com cuidado de não acionar a cremalheira ("dentes") para não danificar o cobre, de modo que a esfera da haste e os fios estejam paralelos à pinça; a ponta

superior do DIU deve estar nivelada com a extremidade da ponta da pinça. Importante: os fios devem ficar longe do eixo da pinça para evitar que fiquem enrolados ou presos ao instrumento quando o mesmo for removido do útero;

5. Realizar antissepsia da região vaginal com antisséptico não alcoólico;
6. Usando a válvula de Doyen ou espéculo vaginal, expor e visualizar o lábio anterior do colo do útero;
7. Apreender delicadamente o lábio anterior do colo do útero com outra pinça Foerster ou Cherron;
8. Tracionar delicadamente o colo do útero e sob visão direta, introduzir o DIU através dele;
9. Soltar a mão que estava tracionando o colo e colocá-la no abdome para estabilizar o fundo do útero;
10. Avançar o DIU ao fundo uterino;
10. Soltar o DIU da pinça, abrindo-a o máximo possível;
11. Girar a pinça cerca de 45 graus e movê-la lateralmente para evitar a retirada do DIU;
12. Manter o fio do DIU íntegro que deverá ser adequadamente cortado no momento da consulta de retorno para revisão.

Observação: se o fio do DIU ou o próprio DIU estiver visível na cérvice, deve ser reposicionado imediatamente, já que o fio não deve estar visível no orifício externo do colo uterino no pós-parto imediato.

Condutas na alta de paciente que inseriu o DIU

A puérpera que optar pela inserção do DIU deverá ter garantido uma consulta de revisão, com 4 a 6 semanas após o parto. Na consulta , deve-se verificar se o fio do DIU está visível e cortá-lo com um distanciamento de aproximadamente 2 cm do colo do útero. O tamanho aproximado do fio do DIU cortado deverá ser anotado no formulário de controle que vem com o dispositivo. Caso não haja visualização do fio, pode ser possível tentar exteriorizá-lo com a rotação suave de uma escovinha endocervical. Se houver dúvida quanto o posicionamento do DIU, o enfermeiro poderá solicitar um ultrassom. Algumas orientações também devem fazer parte da rotina da alta das puérperas com DIU, tais como:

- Orientar que, se o DIU estiver mal posicionado durante a realização do ultrassom e com o fio visível, a puérpera deve procurar imediatamente a CPSS para a retirada do mesmo. Neste momento, deve ser orientada a procurar a UBS para nova inserção após os 40 dias e devem ser prescritos outros métodos contraceptivos;
- Orientar retorno ao CPNi se houver hemorragias, febre, dor intensa, dispareunia ou suspeita de expulsão, para que sejam tomadas as devidas providências e encaminhamentos;
- Orientar controle do DIU com 6 meses e, após, anualmente, na equipe de saúde da família. Este controle pode ser realizado pelo tamanho do fio, por isso a importância de anotá-lo;
- Entregar documentação para controle da data de inserção de DIU e validade;
- Orientar sobre a retirada com 10 anos, ou antes, se for o desejo da mulher ou houver alguma indicação;
- Orientar que, em caso de expulsão do DIU, ela poderá procurar a UBS para nova inserção após 40 dias, reforçando que a expulsão não quer dizer que não será possível utilizar o método;
- Orientar que, caso ocorra uma gestação com DIU in situ, ela deve procurar atendimento imediatamente na sua UBS para os encaminhamentos necessários, já que o momento ideal para a retirada do dispositivo é o primeiro trimestre, se o cordão estiver visível. Se retirado precocemente, a taxa de abortamento equiparasse a de mulheres que não utilizavam este método. Se o fio não estiver visível, deve-se esperar a evolução da gestação, que, na maior parte das vezes, se desenvolve sem intercorrências.

TERMO DE INSERÇÃO DO DIU[30,31]

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) NO PÓS-PARTO

Eu, _____, RG _____
Residente _____
Telefone _____.
Declaro que fui orientada de maneira clara e compreensível sobre os riscos e benefícios do uso do DIU inserido no pós-parto imediato (até 10 minutos do nascimento e da saída da placenta) e precoce (10 minutos a 48 horas do parto), da maneira como se segue:

O DIU é um dispositivo pequeno, de plástico e cobre, com ação anticoncepcional de 10 anos, que será inserido dentro do útero por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo.

Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e colocado, pode apresentar falhas, sendo que a taxa de gravidez (no útero ou fora deste) é de aproximadamente 5 mulheres em casa 1000 mulheres que colocaram o DIU nestas circunstâncias.

A colocação do DIU não é isenta de riscos, podem ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia e infecção. O índice de expulsão do DIU é em torno de 10% em até 6 semanas após a inserção, mas pode ser inserido novamente caso queira.

Mulheres que usam DIU podem ter alteração do ciclo menstrual e cólica. Estes sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo.

Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do métodos, é muito importante que sejam seguidas as orientações fornecidas pelo enfermeiro e contidas no cartão da paciente (entregue na alta, com informações sobre o tipo do DIU e data da troca); bem como as revisões. A primeira revisão deverá ser realizada na Casa de Parto, quando será visualizado o fio do DIU e cortado no tamanho adequado. Caso não seja possível visualiza-lo, será necessária a realização de ultrassonografia transvaginal de controle para verificação do posicionamento do DIU ou confirmação de sua expulsão. As demais revisões serão realizadas na Unidade Básica de Saúde de referência.

Caso ocorram hemorragias, dor intensa, corrimento vaginal amarelado, febre sem explicação ou expulsão (saída do DIU), devo me dirigir à Casa de Parto, para os encaminhamentos necessários.

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

Entendi as informações que me foram fornecidas e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas.

_____	_____
Assinatura	Assinatura do responsável (quando houver)
_____	_____
RG	Nome legível/RG
_____	_____
Carimbo e assinatura do profissional	Grau de parentesco

Brasília, _____ / _____ / _____

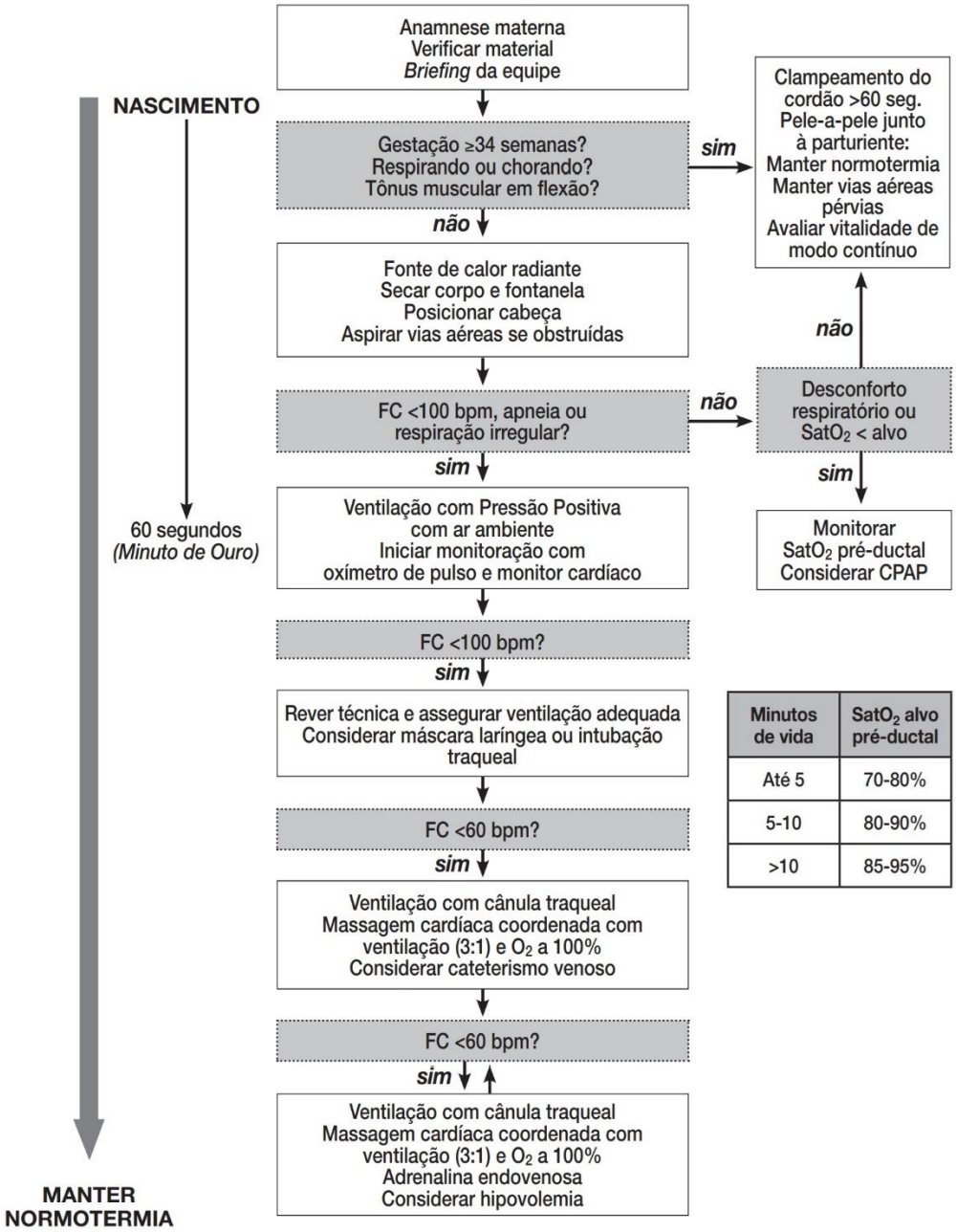
ANEXO III

REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO ≥ 34 SEMANAS

Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria

Texto disponível em www.sbp.com.br/reanimacao - Direitos Autorais SBP

Anexo 1. Fluxograma da Reanimação Neonatal do RN ≥34 semanas
Programa de Reanimação Neonatal
Sociedade Brasileira de Pediatria - 2022



Minutos de vida	$SatO_2$ alvo pré-ductal
Até 5	70-80%
5-10	80-90%
>10	85-95%

Fonte: Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. https://doi.org/10.25060/prn-sbp-2022-2.