



Protocolo de Atenção à Saúde

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIÃO

Área(s): Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Foram consultadas as bases de dados da Medline/Pubmed, Cochrane, Scielo, normativas do Ministério da Saúde (MS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e demais recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e evidências científicas atualizadas.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Obstetrícia, Enfermagem obstétrica, Enfermagem neonatal, parto normal, enfermagem baseada em evidências, parto humanizado, protocolos.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Para a produção do protocolo, foram selecionadas e utilizados 40 publicações, no período de 2011 a 2020.

2- Introdução

A discussão do modelo de parto e nascimento no Brasil tem sido sistematizada para melhorar a qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto e nascimento¹.

A qualificação dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) teve um incremento com a criação do Programa Rede Cegonha (RC), uma estratégia lançada em 2011

pelo governo federal, com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes².

Entre as ações da RC está a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), onde a mulher é acompanhada por uma enfermeira obstetra ou obstetriz, num ambiente preparado para que possa exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente e ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor².

As diretrizes para implantação e habilitação dos Centros de Parto Normal estão normatizadas pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017. Segundo esta portaria, o CPN é a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco, conduzida por enfermeiros obstetras ou obstetrizes³. O Centro de Parto Normal deve oferecer ambiência favorável à privacidade e conforto da parturiente, com presença do acompanhante e o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor^{4,5}.

Por se tratar de um fenômeno fisiológico, a evolução do parto, se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências e, portanto, sem a necessidade de intervenções durante o processo de parturição. Sabe-se que intervenções desnecessárias durante esse processo, aumentam o risco de complicações contribuindo para o aumento da morbimortalidade materna e perinatal. Assim, a compreensão do parto como um evento natural, social, cultural e familiar, contribui para uma assistência integral, respeitosa, baseada nas necessidades da mulher. A assistência nestas condições coloca a mulher na posição de protagonista do processo, o que contribuirá para partos e nascimentos saudáveis e a valorização da vida^{1,5}.

O CPN peri-hospitalar possui um hospital/maternidade de referência com o qual deve trabalhar em conjunto nas ações de humanização do parto. Este hospital deve garantir equipe de retaguarda para prestar pronto-atendimento às intercorrências e encaminhamentos da equipe do CPN. A avaliação do risco da paciente é realizada durante todo o período de internação, objetivando sua identificação precoce e a remoção ao hospital de referência em tempo oportuno, de forma a garantir a continuidade da assistência de forma segura, em ambiente de maior complexidade⁴.

O Centro de Parto Normal de São Sebastião, denominada Casa de Parto de São Sebastião, é habilitado pelo Ministério da Saúde como CPN peri-hospitalar e tem como referência o Hospital da Região Leste, distante cerca de 15 minutos (tempo de deslocamento). Ambas as unidades de saúde compõem a mesma Região de Saúde do Distrito Federal, a Região Leste.

3- Justificativa

A Casa de Parto de São Sebastião (CPSS) cumpre os requisitos estabelecidos nas Portarias de Consolidação GM/MS nº 03 e nº 06, de 28 de setembro de 2017^{3,6}, tais como condução da assistência por enfermeiros obstetras às mulheres e recém-nascidos da

admissão à alta, garantia da continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, com pactuação do estabelecimento hospitalar de retaguarda, rotinas que favorecem as boas práticas obstétricas e neonatais, dentre outros.

A assistência do enfermeiro obstetra, ao recém-nascido, na Casa de Parto, também é pautada pela Portaria GM/MS nº 371, de 7 de maio de 2014⁷, que institui as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS), e por outras recomendações do Ministério da Saúde (MS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e evidências científicas atuais. Além disso, todos os enfermeiros obstetras da Casa de Parto são capacitados em reanimação neonatal.

Desde o ano de 2009 a unidade funciona com assistência obstétrica prestada exclusivamente por enfermeiras obstetras e, desde 2012, a equipe de enfermagem também assumiu os cuidados ao recém-nascido. É a única unidade da SES/DF que possui o modelo de assistência centrado no enfermeiro obstetra e, devido a essa especificidade, possui um protocolo exclusivo que orienta as ações da equipe.

Desse modo, a atualização deste protocolo tem o objetivo de melhorar a qualidade técnica da assistência prestada, visando uniformidade das ações e uma padronização na “abordagem de risco” durante o atendimento da mulher e recém-nascido pelos profissionais de saúde, assim como o alinhamento dos fluxos de encaminhamento ao hospital de referência.

A assistência organizada por meio deste protocolo favorecerá ainda a continuidade da oferta de um serviço humanizado, baseado nas boas práticas recomendadas pelos organismos nacionais e internacionais, à população da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

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 saudáveis.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

A Casa de Parto de São Sebastião realiza assistência à gestante durante o trabalho de parto, parto e puerpério e ao recém-nascido até sua alta. A média de partos mensais em 2019 foi de 34 partos, em conformidade com os critérios definidos na Portaria GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017³.

A assistência obstétrica e neonatal é realizada 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 recém-nascido⁸.

Todos os enfermeiros obstetras da Casa de Parto são capacitados em emergência obstétrica e em reanimação neonatal, ambos os cursos realizados pela SES/DF no ano de 2019 (atualização).

A unidade é ainda cenário de atuação para o Programa de Residência Multiprofissional em Enfermagem Obstétrica, que proporciona, com a facilitação de preceptores, um processo de trabalho orientador para as boas práticas assistenciais de atenção ao parto e nascimento baseados em evidências científicas⁸.

6- Critérios de Inclusão

Gestantes classificadas como de risco habitual e que realizaram o pré-natal em uma das Unidades de Saúde da Família da Região Leste de Saúde (composta por São Sebastião, Jardins Mangueiral, Jardim Botânico, Lago Sul, Paranoá e Itapoã) ou da RIDE, conforme portaria SES/DF nº 1.321, de 14 de dezembro de 2018. Se o pré-natal for realizado na rede privada de saúde, ou na impossibilidade de identificar o local de realização do pré-natal, a vinculação da gestante à Região Leste se dará a partir do seu local de residência.

7- Critérios de Exclusão

1. Gestante vítima de trauma;
2. Gestante com Glicemia de jejum ≥ 92 <126 mg/dL, em duas dosagens, ou uma dosagem alterada mais TOTG alterado (jejum ≥ 92 mg/dL, 60' ≥ 180 mg/dL, 120' ≥ 153 mg/dL);

3. Gestante com Distúrbio Hipertensivo, ou seja, gestante de qualquer idade gestacional com pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg ou com 30% acima da pressão arterial sistólica prévia ou 15 a 20% acima da pressão arterial diastólica prévia, medidas em ambos os membros, por 2 vezes, com intervalo de 20 minutos entre as medidas, tendo a paciente permanecido em decúbito lateral esquerdo;

4. Sinais de iminência de eclâmpsia (cefaléia, alterações visuais, epigastralgia, náuseas ou vômitos);

5. Sangramento de origem uterina em gestante com idade gestacional acima de 24 semanas;

6. Hipertonia ou hiperssistolia;

7. Vitalidade fetal potencialmente comprometida;

8. Bradicardia fetal persistente (período maior que 3 minutos);

9. Taquicardia fetal persistente (período maior que 3 minutos);

10. Fetos não-reativos ao TESS (Teste de Estímulo Sonoro Simplificado) ou estímulo mecânico;

11. Cardiotocografia de padrão não tranquilizador;

12. Feto centralizado à avaliação dopplervelocimétrica;

13. Oligoâmnio severo (Índice de Líquido Amniótico abaixo de 5);

14. Gestação prolongada, ou seja, gestantes com idade gestacional igual ou superior a 41 semanas (exceto as que já se encontrarem em fase ativa do trabalho de parto e se a idade gestacional não ultrapassar 41 semanas e 6 dias);

15. Ameaça de trabalho de parto prematuro ou trabalho de parto em gestantes com idade gestacional entre 24 e 36 semanas e 6 dias;

16. Prolapso de cordão umbilical;

17. Incompetência istmo cervical;

18. Placenta prévia;

Outras situações clínicas não contempladas neste protocolo, mas que coloquem 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 na Casa de Parto de São Sebastião.

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 - Admissão

As parturientes serão admitidas na Casa de Parto de São Sebastião se atenderem aos seguintes requisitos^{8,9,10}:

1. Dilatação cervical de 04 cm ou mais em gestante com atividade uterina de pelo menos duas contrações em dez minutos;
2. Gestante com rotura prematura de membranas com previsão de parto nas próximas 18h;
3. Idade gestacional entre 37 e 41 semanas + 6 dias com referência de data da última menstruação (DUM) bem datada e/ou definida por exame ultrassonográfico no início da gestação, idealmente entre 9 e 12 semanas;
4. Altura de fundo uterino (AFU) compatível com a idade gestacional, sem suspeita de macrossomia fetal ou Restrição de Crescimento Intra-uterino (RCIU);
5. Exames laboratoriais e de imagem dentro da normalidade e sinais vitais normais;
6. Ausência de edema acima de +++/4+;
7. Ausência de varizes importantes na vulva;
8. Ausência de intercorrências clínicas progressivas como cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, diabetes, doenças hematológicas, hipertensão arterial, doenças neurológicas, doenças psiquiátricas, doenças autoimunes, antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, ginecopatias que possam dificultar ou até impedir a evolução do trabalho de parto, portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis tratada e não tratada e outras infecções sexualmente transmissíveis, hanseníase, tuberculose, dependência de drogas lícitas ou ilícitas e isoimunização Rh;
9. Cirurgias uterinas que impeçam o parto normal;
10. Ausência de complicações em gestações/partos anteriores que possam colocar em risco o parto atual;
11. Gestação única;
12. Feto em apresentação cefálica;
13. Paridade < 5 partos anteriores (permitido o quinto parto na Casa de Parto), excetuam-se aquelas parturientes que excedem essa paridade, porém com risco de parto em trânsito em uma possível remoção;
14. Bem-estar fetal com ausculta tranquilizadora e reatividade fetal normal

Após o diagnóstico de trabalho de parto e/ou rotura de membranas a equipe prosseguirá com a rotina de admissão e prestará esclarecimentos para a parturiente e seu acompanhante sobre os serviços prestados na Casa de Parto. Neste momento, deverão ser entregues à parturiente e ao acompanhante os impressos de “Avisos Importantes” (anexo 1), “Orientações para o acompanhante na Casa de Parto” (anexo 2) e o “Termo de consentimento” (anexo 3), onde constam informações sobre as normas relativas ao funcionamento do setor e o acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério.

Ainda no momento da admissão a paciente será identificada com uma pulseira onde constará nome e data de nascimento e o acompanhante receberá identificação própria feita pela equipe de segurança da unidade.

A-1 Rotina da Admissão – Anamnese^{8,10,12}

Na anamnese inicial da paciente dados importantes irão compor o histórico, tais como: paridade, idade gestacional, antecedentes obstétricos, patologias pregressas, movimentação fetal, perdas transvaginais e presença de queixas pertinentes, registro de consultas pré-natais, realização de exames de rotina, crescimento intrauterino, ganho de peso, padrão dos níveis pressóricos, histórico de doenças e intercorrências na gestação ou internações e histórico vacinal (Difteria e Tétano - dT; Difteria, Tétano e Pertussis acelular - dTpa; Influenza e Hepatite B).

A-2 Rotina da Admissão – Exames^{10,12}

No ato da admissão deverá ser realizado o teste rápido para HIV (TRHIV), incluindo o teste confirmatório se necessário, o teste rápido para sífilis (TRS), o teste rápido para hepatite C para as que não possuem perfil sorológico HCV e o teste rápido para hepatite B nas pacientes que não possuem perfil sorológico para HBsAg no cartão. Em caso de resultado positivo para os testes rápidos de HIV e Sífilis (sem tratamento), a gestante deverá ser removida ao hospital de referência. Em caso de teste rápido para hepatite B reagente, realizar Imunoglobulina anti-hepatite B no RN. E nos casos do teste rápido para Hepatite C positivo, mandar relatório de alta para investigação e acompanhamento pela atenção primária.

Em relação à solicitação de tipagem sanguínea, caso não estejam anotados no cartão de pré-natal e não exista a possibilidade de confirmação do resultado em nenhum outro documento, o enfermeiro deverá solicitar tipagem sanguínea e fator Rh da parturiente.

A-3 Rotina da Admissão – Avaliações específicas^{8,10,12}

Ao ser admitida na casa de parto, os sinais vitais deverão ser verificados: pulso, temperatura axilar, pressão arterial, frequência respiratória e nível de dor.

A avaliação do bem-estar fetal também compõe uma etapa da admissão e deverá ser realizada com ausculta intermitente, antes, durante e imediatamente após uma contração, registrando alterações, se detectadas. A avaliação deverá ser complementada com Cardiotocografia (CTG), se necessário.

Para realização da Cardiotocografia (registro simultâneo da frequência cardíaca, das contrações uterinas e dos movimentos fetais espontâneos) a paciente deverá ser monitorada durante pelo menos 20 minutos. O tempo de jejum da paciente deve ser avaliado e oferecida dieta caso seja necessário. O posicionamento ideal para a realização do exame é em semi-fowler ou decúbito lateral esquerdo. A equipe deverá estar atenta para alterações da linha de base, variabilidade diminuída, ou desacelerações. Caso ocorram, deverá ser realizada a mudança de decúbito da gestante, estimulação mecânica do feto e repetição do exame por mais 20 minutos. Em caso de desacelerações tardias ou variáveis, deverá ser avaliado o risco para sofrimento fetal agudo e a remoção ao hospital de referência deverá ser considerada.

Em relação a avaliação do líquido amniótico, na admissão, a avaliação clínica do líquido é feita por meio da palpação do abdome. Na suspeita de oligoâmnio ou polidrâmnio, a paciente deverá ser encaminhada para avaliação médica no hospital de referência. 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, porém a dilatação cervical estiver avançada e a ausculta for tranquilizadora e/ou CTG normal, o parto na unidade poderá ser considerado na Casa de Parto. Na presença de líquido amniótico meconial e alterações dos padrões citados anteriormente, a gestante deverá ser removida para o hospital de referência.

Observação: a primeira etapa do Check List (anexo 4) do parto seguro, deverá ser preenchida e registrada na admissão da parturiente.

B- Assistência durante o primeiro período do parto (DILATAÇÃO)^{8,10,12}

Nesta fase, o monitoramento da vitalidade do feto, ou seja, ausculta dos batimentos cardíacos fetais deverá ser realizada a cada 30 minutos e em intervalos menores em caso de suspeita de comprometimento da vitalidade fetal e em caso de ruptura da bolsa amniótica. Desse modo, 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;
- Cardiotocografia de padrão não tranquilizador;
- Feto centralizado à avaliação dopplervelocimétrica;
- Oligoâmnio severo (Índice de Líquido Amniótico abaixo de 5).

A avaliação da dinâmica uterina (eficácia das contrações, frequência e intensidade), nesta fase, deverá acontecer a cada 60 minutos,

O toque vaginal poderá ser realizado de 4 em 4 horas, com cuidados de assepsia, de maneira minuciosa a fim de permitir uma boa avaliação e identificação da variedade de posição, altura da apresentação, presença da bolsa de águas e dilatação cervical. O exame poderá ser realizado em intervalos menores se houver alguma preocupação com o progresso do parto (incluindo o toque no momento da rotura de membranas e se houver alteração de frequência cardíaca fetal) ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).

A avaliação da ruptura da bolsa em relação as características do líquido amniótico como a presença de mecônio ou não (mecônio espesso pode ser um indicador de aumento da atividade parassimpática, decorrente de hipóxia) e a presença de sangramento que indique algum risco deverá ser constante nesta fase.

Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto (avaliação do partograma), considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Explicar o procedimento à parturiente e avisar que o procedimento 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 evolução do trabalho de parto e realizar um exame vaginal após 2 horas. Após esse período, 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 hospital de referência.

Observação: a segunda etapa do Check List (anexo 4) do parto seguro, deverá ser preenchida e registrada nesta fase do trabalho de parto.

C- Assistência durante o segundo período do parto (EXPULSIVO)^{8,10,12}

O segundo período do parto é o momento que se inicia com a dilatação total do colo até a expulsão do feto. Neste período, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais deverá ser realizada a cada 05 minutos. A avaliação da dinâmica uterina (frequência e intensidade) deverá ser constante.

Não está indicado condicionar e/ou orientar puxos dirigidos à parturiente e sim incentivar a mulher a adotar a posição que mais lhe proporcione conforto e segurança.

Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto com a intenção de se evitar lacerações. Deve-se considerar aplicação de compressas mornas no períneo nesta fase.

Em relação a falha do progresso do segundo período, considerar para as nulíparas falha se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período ativo. Assim, deve-se realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.

Para as múltiparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos de segundo estágio ativo e realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.

Se as contrações estiverem inadequadas, mesmo após rotura de membranas, considerar o uso de ocitocina. Caso seja confirmada falha no segundo período, a paciente deverá ser removida para o hospital de referência.

Após o nascimento, o RN deverá ser aquecido e secado, e em seguida apresentado e entregue à mãe (após o contato olho no olho entre ambos) para contato pele a pele por no mínimo 1 hora, devendo este ser interrompido apenas com indicação clínica da puérpera ou do bebê, ou a pedido da puérpera. Deve-se incentivar a amamentação neste período.

Deverá ser oferecido ao acompanhante a possibilidade de cortar o cordão umbilical em tempo oportuno, com a finalidade de incentivar sua participação no parto e dar sequência ao vínculo.

D- Assistência durante o terceiro período do parto (DEQUITAÇÃO)^{8,10,12}

O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas. Deve-se proceder a conduta ativa para a prevenção da hemorragia pós-parto com administração de 10 UI de ocitocina intramuscular após desprendimento do bebê, antes do clampeamento e corte do cordão umbilical.

A tração controlada do cordão, após clampeamento oportuno e secção, devem ser realizados em no mínimo 1 minuto e no máximo 5 minutos após o desprendimento do bebê, se RN em boas condições de vitalidade.

Após expulsão da placenta, deve-se examiná-la para identificação de 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, a puérpera deverá ser encaminhada ao hospital de referência.

Observar o sangramento que possa representar risco de instabilidade hemodinâmica é parte importante desta fase. Atenção ao nível de consciência e orientação, além da aferição

da frequência cardíaca e pressão arterial são medidas adotadas para intervenções oportunas em caso de hemorragias.

A Avaliação do canal de parto e a realização de suturas de laceração de trajeto devem ser realizadas sempre que necessárias. Puérperas com lacerações importantes, como as que causam fistulas e/ou comprometimento de esfíncter anal, devem ser removidas ao hospital de referência para avaliação médica.

E- Assistência ao quarto período do parto (GREENBERG)^{8,10,12}

Neste período, deve-se observar o 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, na primeira e na segunda hora de pós-parto imediato, se condições maternas estáveis.

A oferta de dieta à puérpera, o incentivo a movimentação e a deambulação e o banho de aspersão, também devem compor os cuidados deste período. A deambulação da puérpera deverá ser realizada sempre com a supervisão de um membro da equipe.

A inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), no pós-parto imediato, para aquelas puérperas que assim o desejarem e tiverem condições fisiológicas para tal (ver “tópico G”), deve ser realizada neste período, preferencialmente nos 10 primeiros minutos após a dequitação placentária.

Observação: a terceira etapa do Check List (anexo 4) do parto seguro, deverá ser preenchida e registrada nesta fase do trabalho de parto.

F- Assistência ao parto na água¹³

O parto na água trata-se da expulsão do recém-nascido 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 problemas fetais;
- Qualquer condição que exija monitoramento fetal eletrônico contínuo;
- Sangramento vaginal excessivo;
- 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.

Temperatura da água

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 superaquecimento 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 recém-nascido, no momento do nascimento).

Primeiro estágio do parto na água: trabalho de parto e dilatação

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 cardiocografia 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 esterilizá-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 – período expulsivo:

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 – expulsão da placenta

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.

G- Inserção do DIU pós-parto^{10,14,15}

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 pós-parto: 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 e exclusão para inserção do DIU

Critérios de inclusão:

- Puérperas de qualquer idade;

- Desejo da puérpera em utilizar o DIU como método contraceptivo;
- Termo de consentimento informado assinado (anexo 5).

Critérios de exclusão absolutos:

- 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:

Orientações à paciente 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 ciclo menstrual (sangramento aumentado, dismenorréia);

- Revisões pós-procedimento;
- Possibilidade de retirada se necessário ou se a mulher desejar;
- Não proteção contra infecções sexualmente transmissíveis.

Orientações à paciente 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 dispositivo deverá seguir os passos descritos a seguir:

- 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;
- 11) Soltar o DIU da pinça, abrindo-a o máximo possível;
- 12) Girar a pinça cerca de 45 graus e movê-la lateralmente para evitar a retirada do DIU;
- 13) 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 cérvix, 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 na Casa de Parto, com 4 a 6 semanas após o parto. Na consulta na Casa de Parto, 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 unidade básica de saúde para nova inserção após os 40 dias e devem ser prescritos outros métodos contraceptivos;
- Orientar retorno à CPSS 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 ESF 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.

H- Assistência ao binômio no puerpério^{10,12}

A avaliação rotineira do binômio durante a internação permite detectar e intervir oportunamente quando ocorrerem desvios nos limites fisiológicos puerperais e na capacidade de adaptação do RN à vida extrauterina. Para tanto, devem ser realizadas avaliações de enfermagem ao binômio no período da manhã e da noite. Naqueles casos em que houver qualquer alteração da fisiologia, este acompanhamento deve ser realizado com maior frequência, de acordo com a avaliação do enfermeiro.

O incentivo ao aleitamento materno e o estímulo ao fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê devem acontecer durante todo o processo de internação e sempre que oportuno. É importante sempre reforçar as orientações a puérpera e acompanhante quanto às rotinas da Casa de Parto durante todas as avaliações do binômio.

H-1 Avaliação da puérpera^{10,12}

Deve-se realizar um exame clínico minucioso com objetivo de detectar precocemente sinais e sintomas patológicos do puerpério. A atenção ao estado emocional da puérpera também faz parte de sua avaliação. É fundamental observar quadros de tristeza ou de profunda apatia, que podem ser expressos pela dificuldade de cuidados e de estabelecimento de vínculo com o bebê. Portanto, deve-se:

- Identificar e registrar alterações de humor e labilidade emocional;
- Observar a aceitação da maternidade;
- Observar e estimular integração da mãe, do pai/família e do bebê;
- Solicitar avaliação do serviço psicossocial, encaminhando ao hospital de referência, na presença de condições que estejam interferindo no estado emocional da puérpera ou diante de sinais de depressão.

O exame físico da puérpera deve envolver a avaliação dos sinais vitais bem como um exame direcionado em relação à condição de pós-parto que ela se encontra.

Exame físico da puérpera:

- Verificar pulso, temperatura, pressão arterial, estado das mucosas e hidratação a cada 6 horas e registrar no prontuário;
- Avaliar consistência das mamas, integridade dos mamilos, produção de colostro;
- Orientar cuidados e avaliar amamentação e vínculo, reforçando, sempre que oportuno, as orientações da política de aleitamento materno do serviço (10 passos para o aleitamento materno, NBCAL e cuidado amigo da mulher);
- Verificar a coloração ou a descoloração do mamilo, com orientações oportunas sobre a contra-indicação do uso de óleos e cremes durante o período de amamentação e a recomendação do uso do próprio leite para hidratação do mamilo e a exposição solar para cicatrização em caso de fissuras;
- Examinar abdômen, verificando a presença de globo de segurança de Pinard, altura do fundo uterino e presença de dor à palpação;
- Observar a involução uterina;
- Examinar períneo e genitais externos (sinais de infecção, presença de edema, lacerações, suturas, hematoma e deiscências);
- Observar e registrar as condições de higiene da vulva/períneo;
- Orientar a puérpera quanto aos cuidados de higiene íntima;
- Aplicar compressa fria quantas vezes for necessário, por até 20 minutos, em caso de edema e hematoma;
- Observar características do sangramento como odor, coloração e quantidade e atentar para sinais de hipovolemia/choque e infecção (associar com temperatura axilar > 38°C);
- Pesquisar sinais de trombose venosa profunda e sinais flogísticos nos membros inferiores bem como edemas.

H-2 Avaliação do recém-nascido^{10,12}

O atendimento ao RN deve ser feito na presença da mãe ou acompanhante com o objetivo de esclarecer, orientar e dar segurança aos mesmos quanto ao estado de saúde do bebê.

O exame físico do recém-nascido tem como objetivo a avaliação do estado geral do RN com vistas à identificação precoce de sinais de anormalidade. Deve ser realizado após o contato pele a pele, ou seja, após a primeira hora de vida, devendo ser realizado até 6 horas após o nascimento e nas rotinas diárias da unidade, ou seja, pela manhã e pela noite.

Exame físico do recém-nascido:

- Iniciar o exame observando o RN em repouso no leito, despido. Observar simetria geral do corpo, postura e tônus. No momento do clampeamento do cordão umbilical, verificar a presença de artérias e veias;
- Avaliar textura, umidade, cor e anomalias da pele;
- Palpar todas as cadeias ganglionares: cervicais, occipitais, submandibulares, axilares e inguinais;
- Avaliar a cor, umidade e presença de lesões nas mucosas. Na boca, avaliar presença de dentes, tamanho e posição da língua, tumorações, tamanho e proporcionalidade da mandíbula, e fissuras do palato e nos lábios;
- Avaliar força e mobilidade de todos os membros. Avaliar presença de dedos supra numéricos em mãos e pés;
- Palpar o crânio, identificando fontanelas, suturas e anomalias;
- Avaliar a presença de deformidades ósseas, inadequações de mobilidade e dor à palpação de todos os ossos e articulações do RN;
- Avaliar presença de dedos extranumerários e/ou apêndices digitiformes;
- Atentar para lesões do plexo braquial podendo estar associado ao estiramento exagerado ou à fratura de clavícula;
- Realizar manobra de Ortolani;
- Palpar a linha média da coluna vertebral na busca de espinha bífida, meningocele e outros defeitos, especialmente na região sacrolombar;
- Avaliar o padrão respiratório quanto à frequência e amplitude dos movimentos, tiragem, retração xifoídiana, batimentos de asas do nariz, estridor expiratório, gemido;
- Avaliar na ausculta presença de creptos, roncos e diminuição do murmúrio vesicular;
- Avaliar ritmo cardíaco, frequência cardíaca, bulhas e presença de sopro. Avaliar intensidade e simetria dos pulsos nas extremidades (femorais);
- Observar a forma do abdome, verificar presença de ruídos hidroaéreos, escavação acentuada e visceromegalias;
- Inspeccionar as condições do coto umbilical, inclusive quanto a sinais flogísticos periumbilicais;
- Verificar nos recém-nascidos do sexo masculino a presença ou ausência de testículos, que podem ser encontrados nos canais inguinais, hidrocele, hipospádia (localização ventral do meato urinário) ou epispádia (localização dorsal do meato urinário);
- Avaliar conformação vaginal nas meninas, o tamanho dos grandes lábios, o sulco entre os grandes e os pequenos lábios e a perfuração himenal;

- Observar a presença de diurese (costuma ocorrer na sala de parto ou nas primeiras 48h). Pode haver eliminação de urina avermelhada e aspecto de pó, que reflete a presença de cristais de uratos, sendo esse fenômeno normal;
- Avaliar posição, conformação do ânus e permeabilidade (inspeção e eliminação de mecônio);
- Observar a eliminação de mecônio (costuma ocorrer nas primeiras 24 a 36 horas de vida). Observar presença de sangue nas fezes. Orientar a família que após a primeira eliminação podem ocorrer eliminações mais frequentes (várias vezes ao dia, em geral após as mamadas), bem como serem proteladas por um período de até sete dias, estando dentro da normalidade, desde que não haja distensão abdominal, vômitos e outros sinais de obstrução intestinal.

Higiene

Todos os cuidados de higiene com o bebê devem ser realizados juntamente com a mãe, objetivando o incentivo à interação mãe-filho e a autoconfiança da mesma. O primeiro banho do bebê pode ser adiado para 6h após o nascimento sempre que possível, exceto para bebês que nasceram contaminados com fezes maternas ou filhos de mães soropositiva para o vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV).

No entanto, a preferência é de que o banho seja realizado próximo ao momento da alta, orientando a mãe e o acompanhante sobre como fazê-lo.

Considerando que o banho tem mais uma função de relaxamento do que de higiene propriamente dita, deve-se orientar os pais quanto à possibilidade do uso de banheiras que imitem o ambiente útero. A trocas de fraldas e a higienização do coto umbilical com álcool a 70%, devem ser orientadas por um membro da equipe. A higienização do coto umbilical deverá ser realizada a cada troca de fralda.

I- Alta^{10,12}

A possibilidade de alta para o binômio deverá ser avaliada após completar 24 horas de pós-parto, realizando o exame físico da mulher e do RN, bem como os testes de triagem neonatal.

I-1 Plano de cuidado materno para alta:

- Realizar exame físico geral e obstétrico;
- Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal aumentado, dor pélvica ou infecção, leucorréia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas. Caso haja a presença de algum desses sintomas, a puérpera deverá ser removida ao hospital de referência;

- Certificar-se que a puérpera foi orientada quanto à amamentação, a ordenha, os sinais de ingurgitamento mamário e sinais de fome do recém-nascido (recomendações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC);
- Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios;
- Estimular a doação de leite humano para o Posto de Coleta de Leite Humano da Casa de Parto;
- Agendar retorno ao Posto de Coleta de Leite Humano para avaliação da amamentação entre 24 a 72h após o parto ou conforme avaliação do enfermeiro. Caso a puérpera apresente dificuldades para amamentar após a alta e o retorno não estiver próximo, orientá-la a procurar sua UBS de referência durante o horário comercial, o Posto de Coleta de Leite Humano da Casa de Parto (de segunda a sexta, de 7h às 19h) ou a Casa de Parto se for noite, finais de semana ou feriado;
- Agendar retorno de avaliação puerperal de 7 a 10 dias após o parto;
- Agendar retorno, além da avaliação puerperal de rotina de 7 a 10 dias, com 4 a 6 semanas de pós-parto, para avaliação e corte do fio do DIU para aquelas que optaram pela inserção do dispositivo.
- Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada;
- Apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário;
- Orientar sobre a loquiação e cuidados com a sutura (quando houver), enfatizando os cuidados com a higiene;
- Esclarecer dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo;
- Orientar seguimento do planejamento reprodutivo e ginecológico na UBS de referência;
- Orientar a puérpera a procurar sua UBS o mais breve possível para a 1ª consulta do recém-nascido (que deve acontecer durante a primeira semana de vida).
- Orientar a puérpera que a certidão de nascimento é o comprovante para que solicite a licença maternidade e, nos casos em que o atestado médico for solicitado pelo seu empregador, orientá-la a procurar o médico que a acompanhou durante o pré-natal a fim de requerer o atestado;
- Fornecer questionário para todas as puérperas com a finalidade de avaliação do serviço prestado para que se torne subsídio para a promoção da melhoria contínua da assistência prestada;
- Prescrever Sulfato Ferroso (40mg) para 90 dias de pós-parto, 01 comprimido por dia;
- Prescrever Paracetamol (500mg), 01 comprimido em caso de dor, até 6/6 horas;

- Prescrever Ibuprofeno (600mg), 01 comprimido a cada 12 horas, se a puérpera tiver optado pela inserção do DIU;
- Solicitar ultrassom caso a puérpera relate sangramento TV aumentado, saída de restos placentários e dor pélvica ou abdominal, até 6 semanas após o parto;
- Entregar o Cartão da Gestante e da Criança após verificar se o campo de informações relativas ao parto e recém-nascido estão preenchidos corretamente, além da página do relatório de alta;
- Entregar o impresso “Orientações de alta” com os devidos agendamentos à puérpera explicando cada um deles e, oportunizando momento para esclarecimento de dúvidas.
- Atentar para o preenchimento adequado e completo do prontuário eletrônico, livro virtual e impressos de alta.
- Observação: a quarta etapa do Check List (anexo 4) do parto seguro, deverá ser preenchida e registrada na alta da parturiente.

I-2 Plano de cuidado neonatal para alta

- Orientar os pais sobre imunização e acompanhar o RN à sala de vacina para realização da BCG (no horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde - UBS). Se alta no final de semana ou feriado, orientar os pais a procurar a sala de vacina da UBS de referência ainda na 1ª semana de vida;
- Observar a interação mãe-bebê (carícias, contato visual, expressões não verbais);
- Realizar exame físico do RN;
- Orientar manejos durante episódios de cólicas, explicar as causas;
- Orientar cuidado com coto umbilical;
- Orientar o banho de sol diário, antes das 10h e após 16h;
- Orientar os pais que a principal causa de febre neonatal é o excesso de roupa do bebê e que, por dificuldades de regulação da temperatura próprias da idade, ele pode sentir muito frio ou muito calor;
- Orientar os pais a buscar o resultado de tipagem sanguínea do RN no laboratório da unidade, antes da primeira consulta do bebê, caso não esteja disponível até o momento da alta.
- Realizar testes de triagem neonatal padronizados na unidade;
- Agendar o teste da Orelhinha após 10 dias de nascimento do bebê, de acordo com calendário previamente estabelecido e entregar formulário específico, reforçando a importância do teste;
- Atentar para o preenchimento adequado e completo do prontuário eletrônico, livro virtual e impressos de alta.

I-3 Testes de Triagem Neonatal¹⁶

Os testes de triagem neonatal fazem parte do Programa de Triagem Neonatal (PNTN) e tem como objetivo geral, identificar distúrbios e doenças no recém-nascido em tempo oportuno para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo, conforme estabelecido nas linhas de cuidado, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida.

I-3.1 Teste do Coraçõzinho (Oximetria de Pulso)^{16,17}

A cardiopatia congênita é a malformação congênita mais comum e ocorre em 1% dos recém-nascidos vivos. As cardiopatias congênitas correspondem a cerca de 10% dos óbitos infantis e há um aumento de 30% da mortalidade nos casos em que a doença não é diagnosticada ao nascimento. Neste sentido, a realização do “Teste do Coraçõzinho” de forma rotineira em recém-nascidos aparentemente saudáveis tem apresentado elevada sensibilidade e especificidade para a detecção precoce desta patologia.

O teste é simples, gratuito e indolor. Consiste em medir a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do recém-nascido com o auxílio de um oxímetro no membro superior direito e em qualquer membro inferior do bebê.

O resultado normal do teste se dá quando a saturação periférica de oxigênio é maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e a diferença entre as duas é menor que 3%. Já o resultado anormal se dá quando qualquer medida da saturação é menor que 95% e/ou quando houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas dos membros. Caso haja alteração no exame, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora. Caso o resultado se confirme, um ecocardiograma deverá ser realizado dentro das 24 horas seguintes, por esse motivo, o RN deverá ser removido ao hospital de referência.

Para tanto, este teste deverá ser realizado em todos os recém-nascidos o mais próximo possível do momento da alta da Casa de Parto. A recomendação é que ele seja feito somente após 24 horas do nascimento e, o ideal é realizá-lo entre 24 a 48 horas de vida, não devendo ser antecipado sem a alta confirmada.

Deve-se orientar os familiares que a triagem negativa não afasta completamente o diagnóstico de cardiopatias, uma vez que algumas cardiopatias congênitas não apresentam hipoxemia. Cerca de 50% dos casos de coarctação de aorta podem não ser diagnosticados. Desse modo, existe a necessidade de enfatizar, na alta, a importância da primeira consulta do RN na UBS e os acompanhamentos de rotina no âmbito da atenção primária.

I-3.2 Teste do Pezinho^{16,18,19}

Através do teste do pezinho é possível rastrear diversas doenças que, quanto mais cedo forem identificadas, melhores são as chances de tratamento. O Distrito Federal é a única unidade da Federação que oferece o teste do pezinho ampliado (30 doenças, enquanto a recomendação do Ministério da Saúde é para seis doenças). Dentre as doenças que o teste pode rastrear estão: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita.

A coleta de sangue para o teste será realizada com uma punção na área do calcâneo (região lateral plantar) ou por punção venosa periférica no dorso da mão do RN. A amostra deverá preencher todos os círculos do cartão de coleta no local indicado do papel-filtro (formulário de coleta). O procedimento será realizado anteriormente à alta, o mais próximo possível da saída do RN da unidade.

O profissional que realizar o exame deverá preencher todos os dados do formulário de coleta e solicitar a assinatura do responsável pelo RN. Deverá ainda orientar o responsável para que busque o resultado do exame na sua UBS de referência após vinte dias da coleta. A paciente também deve ser informada que um profissional do Centro de Referência em Doenças Raras, localizado no Hospital de Apoio de Brasília ligará caso ocorra alguma alteração e seja necessário repetir o exame.

I-3.3 Teste da Orelhinha^{16,20}

O Teste da Orelhinha é um exame de avaliação auditiva feito em recém-nascidos para o diagnóstico precoce de perda auditiva. Trata-se de um exame indolor que dura cerca de 10 minutos. O profissional responsável pela realização do exame é o fonoaudiólogo.

Assim, o teste será realizado na Casa de Parto após 10 dias do nascimento do bebê, com agendamento prévio na alta. Portanto, os pais deverão ser orientados sobre o significado do exame e a importância em realizá-lo bem como da data e horário da realização do teste.

I-3.4 Teste do Olhinho^{16,20}

O “Teste do Olhinho” pode detectar qualquer alteração que cause obstrução no eixo visual, como catarata, glaucoma congênito e outros problemas – cuja identificação precoce pode possibilitar o tratamento no tempo certo e o desenvolvimento normal da visão. É um exame simples, rápido e indolor, que consiste na identificação de um reflexo vermelho, que aparece quando um feixe de luz ilumina o olho do bebê.

O teste dos RNs nascidos na Casa de Parto, serão realizados por profissional médico na primeira semana de vida na UBS de sua referência devido à ausência deste profissional da unidade.

I-3.4 Teste da Linguinha⁴²

A anquiloglossia é uma anomalia congênita caracterizada por um frênulo lingual anormalmente curto ou com inserção próxima ao ápice da língua, limitando, dessa forma, os movimentos linguais, em protrusão e elevação. Caracteriza-se pela permanência de tecido residual o qual não sofreu a apoptose esperada durante o desenvolvimento embrionário.

O Teste da Linguinha tem o objetivo de diagnosticar precocemente, tratar e acompanhar os casos de anquiloglossia pela equipe multidisciplinar. A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido, e para tanto recomenda-se a utilização do Protocolo Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool) por profissional capacitado da equipe de saúde que atenda o binômio mãe e recém-nascido na maternidade. Ele fornece uma medida objetiva e de execução simples da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na seleção dos lactentes que possam se beneficiar com a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento.

Fatores avaliados no teste da linguinha: (1) aparência da ponta da língua; (2) fixação do frênulo na margem gengival inferior; (3) elevação da língua e (4) projeção da língua. As pontuações obtidas para os quatro itens são somadas e podem variar de 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua, como demonstrado no quadro 1.

Quadro 1: Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT):

Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)*

Aspectos avaliados	0	1	2	Escore
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	 Formato de coração	 Ligeira fenda/entalhada	 Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	 Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	 Fixado na face interna da gengiva (atrás)	 Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)?	 Elevação mínima da língua	 Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	 Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	 Ponta da língua fica atrás da gengiva	 Ponta da língua fica sobre a gengiva	 Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

* Tradução do inglês para o português autorizada pela equipe de Bristol. Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond.

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 11/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. 2021. Ministério da Saúde.

Pontuação do Protocolo Bristol (escore)

Deve-se somar as pontuações para os quatro itens, o resultado irá variar de 0 a 8.

Em caso de interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual e escore menor ou igual a 3, sugere-se que uma nova avaliação da mamada e do frênulo lingual sejam realizados antes da alta hospitalar.

Nos casos duvidosos (com escores 4 ou 5), deve-se avaliar a mamada e verificar a possibilidade de problema na amamentação. Pode-se solicitar avaliação do Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) da Casa de parto de São Sebastião e considerar alta com consulta agendada neste setor para reavaliação do teste. Não existindo outros fatores que justifiquem as dificuldades na amamentação e essas sejam atribuídas à alteração do frênulo, considerar como uma boa prática a indicação de procedimento cirúrgico, embora a força de evidência seja baixa/insuficiente quanto à melhoria na amamentação e redução de dor nos mamilos após frenotomia.

O escore resultante da aplicação do Protocolo Bristol deve ser registrado na Caderneta de Saúde da Criança, na seção “Observações”. Esse procedimento é importante para orientar o acompanhamento e evolução da criança após a alta hospitalar.

I-4 Incompatibilidade dos Sistema Rh e ABO^{9,16,21}

A alta nos casos de incompatibilidade dos sistemas ABO e Rh está condicionada a ausência de sinais de icterícia ou presença de icterícia sem necessidade de tratamento no RN após 48h de nascimento.

Orientações claras à mãe para procurar sua unidade básica de saúde de referência imediatamente em caso de coloração amarela do bebê ou agravamento da icterícia, devem fazer parte da alta do binômio com incompatibilidade Rh e/ou ABO (mãe O e RN A ou B).

Para a puérpera com antígeno Rho (D) negativo, com recém-nascido com antígeno Rho(D) positivo, deve-se prescrever a imunoglobulina anti-rho (anti-d) solução injetável de 250 mcg a 300 mcg (1amp) intramuscular. O medicamento deverá ser administrado o mais precocemente possível, não ultrapassando 72 horas do pós-parto.

Serão observados ao longo da internação, em casos de incompatibilidade, sinais de icterícia precoce no RN, podendo ser indicado controle de bilirrubina. Todavia, o aparecimento de icterícia nas primeiras 24 – 36 horas de vida alerta para a presença de doença hemolítica hereditária ou adquirida, o que exige uma atenção redobrada da equipe para uma intervenção oportuna nesses casos.

I-5 Recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG) ou grandes para a idade gestacional (GIG)¹⁶

A liberação da alta desses recém-nascidos deve ser realizada após 48 horas de vida e desde que a amamentação esteja estabelecida de forma satisfatória e os controles dos valores de glicemia não apresentarem alterações.

J- Remoções

A Casa de Parto de São Sebastião foi idealizada e concebida para atendimento aos casos obstétricos de risco habitual. Os serviços de obstetrícia e neonatologia do Hospital da Região Leste (HRL) são referência institucional da unidade para gestantes a partir de 32 semanas de gestação não incluídas nos critérios de admissão e para casos de abortamento e intercorrências clínicas ou ginecológicas em gestantes em qualquer idade gestacional. Para as gestantes com idade gestacional entre 24 semanas e 31s+ 6 dias, o hospital de referência é o Hospital Materno Infantil de Brasília²².

O HRL se encontra a uma distância inferior a 20 minutos da unidade, distância esta que está prevista na portaria GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017 que redefine as diretrizes para os CPN³.

Para o transporte das pacientes para o HRL, a Casa de parto possui uma ambulância e um motorista à disposição 24h por dia, também em conformidade com a portaria. Estes recursos são essenciais para a segurança e adequado funcionamento do serviço³.

A remoção deverá acontecer com responsabilidade e segurança, cabendo aos enfermeiros obstetras avaliar se a gestante está em condição de remoção, tanto no momento de sua solicitação como na ocasião do transporte.

J-1 Indicações de remoção das pacientes para o Hospital de Referência⁸

Na avaliação inicial (antes da admissão):

Pacientes em trabalho de parto que não atendam aos critérios de admissão da Casa de Parto;

- Gestante vítima de trauma;
- Gestante com hipo ou hiperglicemia (Glicemia \leq 70 mg/dL ou \geq 250mg/dL);
- Gestante com Distúrbio Hipertensivo, ou seja, gestante de qualquer idade gestacional com pressão arterial maior ou igual a 140 x 90 mmHg ou com 30% acima da pressão arterial sistólica prévia ou 15 a 20% acima da pressão arterial diastólica prévia, medidas em ambos os membros, por 2 vezes, com intervalo de 20 minutos entre as medidas, tendo a paciente permanecido em decúbito lateral esquerdo;

- Sinais de iminência de eclâmpsia (cefaléia, alterações visuais, epigastralgia, náuseas ou vômitos);
- Sangramento de origem uterina em gestante com idade gestacional acima de 24 semanas;
- Hipertonia ou hiperssistolia;
- Vitalidade fetal potencialmente comprometida;
- Bradicardia fetal persistente (período maior que 3 minutos);
- Taquicardia 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;
- Feto centralizado à avaliação dopplervelocimétrica;
- Oligoâmnio severo (Índice de Líquido Amniótico abaixo de 5);
- Gestação prolongada, ou seja, gestantes com idade gestacional igual ou superior a 41 semanas (exceto as que já se encontrarem em fase ativa do trabalho de parto e se a idade gestacional não ultrapassar 41 semanas e 6 dias);
- Ameaça de trabalho de parto prematuro ou trabalho de parto em gestantes com idade gestacional entre 24 e 36 semanas e 6 dias;
- Prolapso de cordão umbilical;
- Incompetência istmo cervical;
- Placenta prévia;
- Situações clínicas não contempladas neste protocolo, mas que coloquem em risco a integridade do binômio materno fetal;

Intraparto:

- Presença de líquido amniótico meconial espesso;
- Parada de progressão no período de dilatação e expulsão;
- Bolsa amniótica rota sem estimativa de nascimento até 18 horas do rompimento;
- Diagnóstico de anomalia de variedade de posição (transversa persistente, defletidas, assinclíticas persistentes), que comprometam a evolução fisiológica do parto;
- Alteração na cardiotocografia;
- Detecção de crise hipertensiva materna;
- Detecção de hemorragia intraparto;
- Distócia funcional (fase latente prolongada, fase ativa protraída e parada da dilatação, distúrbio de descida, hipertonia ou taquissistolia uterina);

- Presença de anel de Bandell e outras complicações obstétricas (suspeita de ruptura uterina, prolapso de cordão, procedências de partes fetais que comprometam o nascimento);
- Hipertermia com temperatura \geq a 38°C em uma única medida ou \geq a 37,5°C em duas ocasiões com 1 hora de intervalo);

Pós-parto:

- Retenção placentária;
- Hemorragia pós-parto não controlada;
- Suspeita de restos placentários;
- Lacerações de 3º e 4º graus;
- Lacerações de colo;
- Hematomas perineais grandes ou em crescimento;
- Crise hipertensiva e /ou pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Sinais de choque hipovolêmico;
- Hemorragia com sangramento controlado e HB < 8;
- Suspeita de tromboembolismo.

J-2 Puérperas fora dos critérios de admissão, mas que foram internadas devido ao trabalho de parto avançado:

- Teste rápido de HIV ou Sífilis com resultado positivo (quando realizado tardiamente, pelo adiantado do trabalho de parto ou acolhimento em período expulsivo);
- Puérpera com síndrome hipertensiva em uso de medicamento, mesmo com a PA controlada, para avaliação médica e adequação do tratamento;
- Puérpera com diabetes em uso de insulinas ou antidiabéticos orais;
- Puérpera com tratamento incompleto para sífilis na gestação atual;
- Puérpera com quaisquer patologias crônicas ou diagnosticadas na gestação atual, que possam ter afetado o desenvolvimento fetal;
- Puérpera em uso de medicamentos psicotrópicos;
- Múltiparas só serão removidas se apresentarem intercorrências no parto e pós-parto;
- Puérpera com cesárea prévia só serão removidas se apresentarem intercorrências no parto e pós-parto;

Puérperas que não fizeram o pré-natal só serão removidas se apresentarem intercorrências no parto e pós-parto. No entanto, após o parto deverá ser solicitado hemograma completo e tipagem sanguínea para a puérpera. Para o RN deverá ser

administrada a imunoglobulina anti-hepatite b em caso de Hepatite B confirmada na mãe (AgHBs positivas) e imunoglobulina antitetânica em caso de ausência de reforço com as vacinas dTpa ou dT nos últimos 5 anos na mãe. Para mãe e bebê deverá ser prescrita curva térmica durante o período de internação.

J-3 Indicações de remoção do recém-nascido

- RN nascido com índice de Apgar de 1º minuto menor ou igual a 7, que não responde adequadamente às manobras de reanimação;
- RN apresentando desconforto respiratório que não melhora na Casa de Parto após intervenções;
- RN com suspeita de malformação congênita;
- RN com alteração no teste do coraçãozinho;
- RN com icterícia e necessidade de fototerapia;
- RN com peso < 2000 gramas;
- RN pré-termo limítrofe entre 36 e 37 semanas e RN PIG ou baixo peso, com peso entre 2000 g e 2500 g, conforme as condições de nascimento e evolução nas primeiras 48 horas;
- RN pré-termo, abaixo de 36 semanas.
- RN macrossômico (mais de 4.000g), quando apresentar quadro clínico fora dos padrões de normalidade;
- RN apresentando convulsões;
- RN apresentando secreção purulenta nos ouvidos, nos olhos ou no coto umbilical;
- RN com suspeita de fraturas na clavícula ou lesão de plexo;
- RN de mãe dependente química (etilismo, drogas ilícitas e uso nocivo de medicamentos);
- Outras condições patológicas ou de risco não previstas.

Observações: crianças nascidas de mulheres com diagnóstico de sífilis anterior a gestação atual, com histórico documentado de tratamento adequado dessa sífilis anterior à gestação, com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex.: antes 1:16, depois, menor ou igual 1:4), e que durante a gestação atual se mantiveram com títulos de testes não treponemos baixos e estáveis, não são consideradas crianças expostas à sífilis, e não precisarão ser removidas ao hospital de referência para investigação.

J-4 Rotina Operacional I: Remoção da mulher:

- Nos casos de emergência deverá ser feito contato prévio por telefone com o hospital de referência no intuito de comunicar a transferência e possibilitar que a equipe se prepare para receber a paciente;
- Deverá ser feito relatório de remoção indicando o motivo de remoção, quadro clínico apresentado pela paciente no momento do encaminhamento e horário de saída de São Sebastião.
- No caso de transferência do binômio, encaminhar com o Relatório de Remoção, a Caderneta de Saúde da Criança com as páginas 4, 5, 65, 66 e 100 preenchidas corretamente, assim como a Caderneta da Gestante, página 35 (tudo o que for pertinente até o momento da remoção), e a via amarela da Declaração de Nascido Vivo;
- O enfermeiro assistencial é o responsável pela avaliação do risco no encaminhamento da paciente da Casa de Parto, assim como torna-se responsável pela decisão de indicar a remoção com ou sem a sua presença. Para uma avaliação e tomada de decisão criteriosa quanto a necessidade de remoção acompanhada pelo enfermeiro obstetra, que seja comum a toda a equipe, deverá ser utilizado como base as orientações do Score de Malinas adaptado ao serviço (quadro 2).

O enfermeiro assistencial é o responsável pela avaliação do risco no encaminhamento da paciente da Casa de Parto, assim como torna-se responsável pela decisão de indicar a remoção com ou sem a sua presença. Para uma avaliação e tomada de decisão criteriosa quanto a necessidade de remoção acompanhada pelo enfermeiro obstetra, que seja comum a toda a equipe, deverá ser utilizado como base o Score de Malinas.

Quadro 2: Escore de Malinas adaptado para orientação das remoções.

Escore (valor)	0	1	2	Total
Paridade	1	até 3	> 3	
Início das contrações	3h	3h a 5h	> 6h	
Duração das contrações	ausente	20" - 40"	> 40"	
Dinâmica uterina	1/10' ou menos	2/10'	3/10' ou mais	
Dilatação	até 3 cm	4- 6 cm	> ou = 7 cm	
INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS				
– Score < 4: boa margem de tempo: meios próprios ou ambulância, apenas com técnico de enfermagem				
– Score entre 4 e 7: transferência de ambulância com técnico de enfermagem.				
– Score > 7: transferência indicada com a presença do técnico e do enfermeiro obstetra.				

Fonte: Adaptação de "Nota Técnica: Critérios diagnósticos e rotinas para transporte de pacientes de alto risco em unidades de suporte avançado de vida do SAMU/RS".

Observação: o Score de Malinas não deverá ser utilizado de forma isolada.

Condições que isoladamente indicam a transferência com o Enfermeiro Obstetra:

- Trabalho de parto prematuro em fase ativa;
- Perdas sanguíneas acentuadas;
- Síndromes hipertensivas agudas sintomáticas;
- Suspeita de Descolamento Prematuro de Placenta;
- Risco de rotura uterina;
- Alterações importantes do batimento cardíaco fetal;
- E qualquer outra condição, que coloque em risco a vida da mãe e/ou do concepto.

Observação: a gestante/puérpera removida deverá ser transferida com acesso venoso periférico.

J-5 Rotina Operacional II – Remoção do recém-nascido

- O RN da Casa de Parto poderá ser removido para o Alojamento Conjunto (ALCON), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) ou Centro Obstétrico (CO) do hospital de referência, de acordo com sua condição clínica e vagas no Hospital. O caso deve ser discutido sempre com o neonatologista de plantão do hospital de referência, que deverá orientar a equipe da Casa de Parto.
- Nos casos em que seja necessária avaliação médica para internação no ALCON, o enfermeiro deverá entrar em contato com a gestão de leitos e solicitar a vaga para o RN ou o binômio. Após a confirmação de vaga, o binômio deverá ser encaminhado ao hospital de referência e internado diretamente pelo NIA (Núcleo de Internação e Alta). Se não houver vaga no ALCON, o binômio será encaminhado ao hospital de referência e dará entrada através do registro (GAE) para ser admitido e avaliado no Centro Obstétrico.
- Caso haja necessidade de leito de UCIN ou UTIN e não haja vaga, o RN deverá ser encaminhado ao CO, após contato prévio para ciência da equipe do hospital de referência.
- Aos recém-nascidos com quadro de desconforto respiratório e/ou prematuridade com IG abaixo de 34 semanas, deve-se oferecer suporte ventilatório que garanta uma pressão positiva contínua por meio de CPAP facial – com PIP (pressão inspiratória positiva) entre 20 a 25 cm/H2O e PEEP (pressão expiratória final positiva) de 5 cm/H2O, desde a Casa de Parto até o destino final, para que se evite perda da janela terapêutica e colapso de alvéolos. Esse suporte ventilatório pode ser oferecido por meio de CFR ou Baby Puff²⁴.

- Deverá ser feito um relatório de remoção indicando os dados do nascimento, o motivo de remoção e o quadro clínico apresentado pelo RN no momento do encaminhamento e horário de saída de São Sebastião;
- O RN deverá ser transportado em incubadora e devidamente monitorado;
- No caso de transferência do binômio, encaminhar com o Relatório de Remoção, a Caderneta de Saúde da Criança com as páginas 4, 5, 65, 66 e 100 preenchidas corretamente, assim como a Caderneta da Gestante, página 35 (tudo o que for pertinente até o momento da remoção), e a via amarela da Declaração de Nascido Vivo;
- O enfermeiro assistencial é o responsável pela avaliação do risco no encaminhamento do RN da Casa de Parto à unidade neonatal, assim como torna-se responsável pela decisão de indicar a remoção com ou sem a sua presença. Para uma avaliação e tomada de decisão sistematizada quanto a necessidade de remoção acompanhada pelo enfermeiro obstetra, um quadro foi criado para guiar os profissionais (quadro 3).

Quadro 3: Orientações para a remoção do recém-nascido

Remoções que podem ser realizadas apenas com Técnico em Enfermagem	Remoções que deverão ser realizadas com Técnico em Enfermagem e Enfermeiro
<ul style="list-style-type: none"> – RN com suspeita de malformação congênita, mas que se encontre estável; – RN com alteração no teste do coraçãozinho, de acordo com a nota técnica correspondente; – RN com icterícia, de acordo com o protocolo de condutas nas situações especiais; – RN com peso < 2000 gramas que se encontre estável; – RN pré-termo, com idade entre 36 e 37 semanas, RN PIG ou baixo peso com peso entre 2000g e 2500g, conforme as condições de nascimento e evolução nas primeiras 48 horas; – RN macrossômico (mais de 4000g) que evolua com hipoglicemia nas primeiras 48 horas de vida, mesmo já tendo sido tomadas medidas de complementação. – Taquipnéia leve, sem outros sinais de desconforto respiratório; 	<ul style="list-style-type: none"> – RN nascido com índice de Apgar de 1º minuto menor ou igual a 7, que se apresenta instável, em uso de oxigenoterapia; – RN apresentando desconforto respiratório (taquipnéia associada a sinais de agravo); – RN que apresente malformações visíveis ou identificáveis que sejam graves e tragam risco iminente à vida.

Fonte: elaborado pela equipe da Casa de Parto.

K- Conduta nas situações especiais relacionadas à mulher

K-1 Distúrbios hipertensivos^{9,10,12,21,25}

A Hipertensão gestacional está relacionada ao aumento da pressão arterial que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. A definição de hipertensão na gravidez considera os valores absolutos de PA sistólica > 140 mmHg e/ou diastólica > 90mmHg em, pelo menos, duas avaliações. A Pré-eclâmpsia configura-se com a presença de hipertensão arterial e proteinúria após 20 semanas de gestação, em gestante sem história de hipertensão prévia, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. A Eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato. Desse modo, caso a mulher chegue a Casa de Parto com pico hipertensivo (PAS ≥ 140 e/ou PAD ≥ 90 mmHg), após avaliação clínica obstétrica (envolvendo anamnese completa e exame físico), as seguintes condutas deverão ser tomadas:

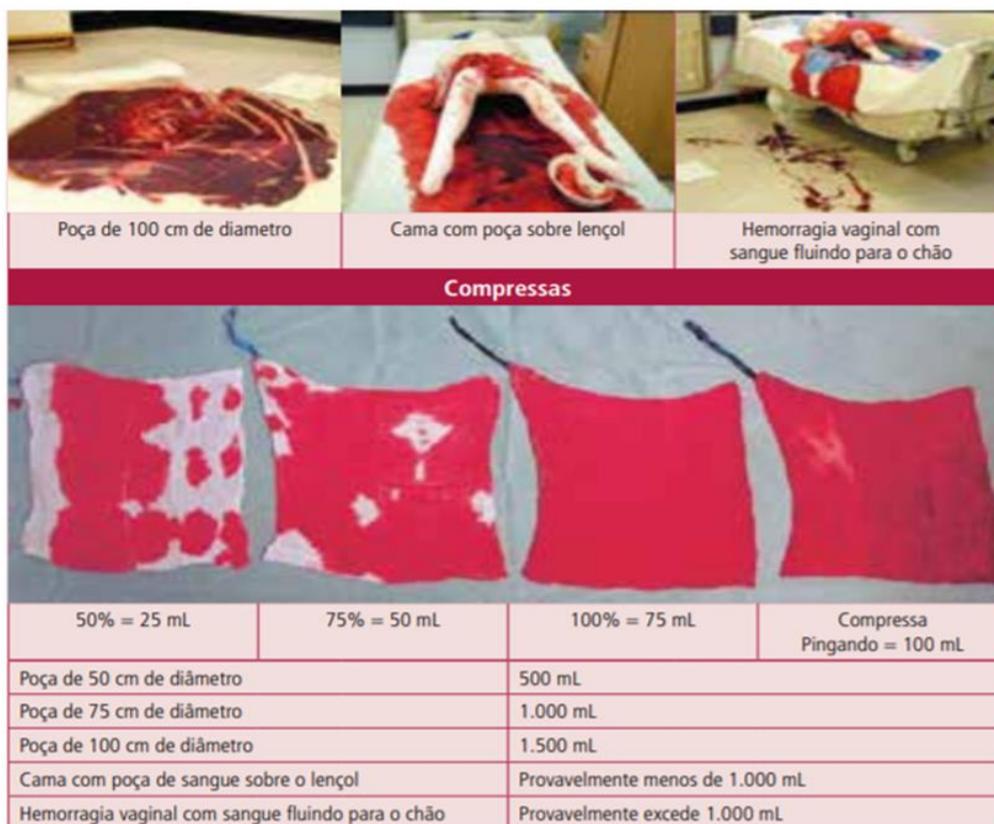
- Avaliar padrão pressórico anterior da gestante no cartão de pré-natal;
- Avaliar presença de sintomatologia: cefaléia, tontura, confusão mental, distúrbios visuais (diplopia, escotomas, visão turva), epigastralgia, dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos, dispneia e/ou dor torácica retroesternal, sangramento vaginal e diminuição do volume urinário;
- Solicitar rotina laboratorial para distúrbios hipertensivos, se considerar necessário;
- Encaminhar a paciente para avaliação médica (emergência ou pré-natal);
- Se pressão arterial sistólica aferida na Casa de Parto for ≥ 160 mmHg e/ou diastólica ≥ 110 mmHg utilizar abordagem medicamentosa com oferta de oxigênio suplementar e instalação de acesso venoso periférico salinizado. Administrar Hidralazina (5 mg) por via endovenosa (EV) e remover a paciente ao hospital de referência com urgência;
- Caso a pressão não seja controlada com Hidralazina (PAS maior ou igual a 160 e PAD maior ou igual a 110) e a paciente ainda estiver na Casa de Parto, após 20 minutos da administração da 1ª dose, repetir a dose recomendada em intervalos de 20 minutos até dose máxima de 20 mg.
- Se sinais de iminência de eclâmpsia (cefaléia intensa persistente, distúrbios visuais ou epigastralgia, náusea, vômitos) e pressão arterial aumentada, remover a gestante ao hospital de referência;
- Se a gestante apresentar eclâmpsia (convulsões tônico-clônicas devido a hipertensão) administrar dose de ataque de Sulfato de Magnésio a 50% (8 ml de sulfato de Magnésio + 12ml de soro fisiológico), 20gotas/min ou 60ml/h, em bomba de infusão

contínua, por via endovenosa, em 20 minutos. Instalar oxigenoterapia, sondagem vesical de demora e encaminhá-la imediatamente ao hospital de referência.

K-2 Hemorragia Puerperal (HPP)^{8,10,12,21,26}

Refere-se a qualquer perda sanguínea acima de 500 ml após parto vaginal ou acima de 1000 ml após parto cesariana nas primeiras 24 horas ou qualquer perda de sangue pelo trato genital capaz de causar instabilidade hemodinâmica. HPP primária é a hemorragia que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto. Pode complicar em 5% a 10% dos partos. As causas mais comuns são atonia uterina, acretismo placentário ou restos intracavitários, inversão uterina, lacerações e hematomas no trajeto do canal do parto e os distúrbios de coagulação congênitos ou adquiridos. HPP secundária é a hemorragia que ocorre após 24 horas, mas até seis semanas após o parto. É mais rara e apresenta causas mais específicas, tais como: infecção puerperal, doença trofoblástica gestacional, retenção de tecidos placentários, distúrbios hereditários de coagulação. Hemorragia pós-parto maciça trata-se do sangramento nas primeiras 24 horas após o parto (por qualquer via) superior a 2000mL ou que necessite da transfusão mínima de 1200mL (4 unidades) de concentrado de hemácias ou que resulte na queda de hemoglobina ≥ 4 g/dL ou em distúrbio de coagulação.

Apesar de não ser muito preciso o diagnóstico, por risco de subestimar o sangramento real da paciente, o método de estimativa visual (Figura 1) pode ser utilizado com a finalidade de diagnosticar rapidamente perdas sanguíneas além dos padrões de normalidade para o período.



Fonte: Adaptado a partir de Bose, Regan & Paterson-Brown, 2006 e Dildy III *et al*, 2004

Figura 1: Estimativa de perda sanguínea no pós-parto²⁶.

Sempre que se suspeitar de sangramento aumentado no puerpério, independentemente, do método de identificação utilizado, a abordagem terapêutica deve ser imediata e focada na causa da hemorragia. Não esperar os sinais clássicos de instabilidade hemodinâmica para o início do tratamento.

O Quadro 4 correlaciona as alterações dos parâmetros clínicos com o grau de choque hipovolêmico e a possibilidade do uso de hemocomponentes. Deve-se ressaltar que o pior parâmetro (o mais alterado) é o que determinará a gravidade do choque hipovolêmico.

Quadro 4: Índice de choque na HPP: valor, interpretação e considerações na abordagem.

ÍNDICE DE CHOQUE = FREQUÊNCIA CARDÍACA/PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		
VALOR	INTERPRETAÇÃO	CONSIDERAR/AVENTAR
≥ 0,9	Risco de Transfusão	Abordagem agressiva/ Transferência Hemotransfusão
≥ 1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de Transfusão maciça
≥ 1,7	Alto Risco de resultado materno adverso	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça

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

A conduta para prevenção da HPP é o manejo ativo com administração de ocitocina 10UI intramuscular na mulher após desprendimento fetal bem como a tração contínua e controlada do cordão. A revisão rigorosa da placenta e membranas ovulares deverá ser realizada em todos os partos. Em todos os casos de HPP, na Casa de Parto, as condutas iniciais consistem em:

1. Chamar ajuda;
2. Instalar 2 acessos venosos calibrosos: 16 ou 14 gauge;
3. Elevar membros inferiores (Trendelemburg);
4. Infundir soro fisiológico ou Ringer lactato (avaliar resposta materna a cada 500ml infundido);
5. Instalar oxigênio a 8 l/min em máscara facial;
6. Prevenir a hipotermia;
7. Avaliar sinais clínicos (PA, FC, Sat. O₂, consciência, sangramento, etc)
8. Avaliar Índice de Choque: > 0,9 significa risco de transfusão maciça,
9. Determinar a causa da hemorragia.

As condutas para tratar a HPP serão direcionadas de acordo com a causa da hemorragia, conforme protocolo da OPAS (Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica).

Cuidados pós hemorragia puerperal:

- Monitorar os sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora. E a cada 30 min na segunda hora. Após a segunda hora, a cada 6 h, conforme rotina da unidade, se puérpera estável;
- Avaliar a altura de fundo de útero e o tônus uterino, o volume e as características do sangramento;
- Observar se há presença de coágulos e sinais de hematoma perineal, distensão da bexiga, número e nível de saturação dos absorventes utilizados;
- Monitorar ingestão de líquidos e débito urinário a cada 6 h;
- Avaliar junto ao serviço de nutrição a possibilidade de dieta hiperférica ao longo da internação;
- Solicitar hemograma para avaliar níveis de hematócrito e hemoglobina em seguida ao episódio hemorrágico e próximo a alta para conduta adequada (necessidade de remoção para provável transfusão de hemoderivados, ou aumento da dose de sulfato ferroso após a alta);

- Remover puérpera ao hospital de referência se não houver recuperação da estabilidade hemodinâmica imediata diante da execução das condutas ou se necessárias outras condutas especializadas.

A Casa de Parto de São Sebastião desenvolveu uma tabela de classificação de risco de HPP para ser preenchida no momento da admissão da paciente, conforme Quadro 5.

Quadro 5: Classificação de Risco de Hemorragia Pós Parto (HPP) adaptado.

BAIXO RISCO ()	MÉDIO RISCO ()	ALTO RISCO ()
<input type="checkbox"/> Ausência de cicatriz uterina <input type="checkbox"/> Gravidez única <input type="checkbox"/> ≤ 3 partos vaginais prévios <input type="checkbox"/> Ausência de distúrbio de coagulação <input type="checkbox"/> Sem história de HPP	<input type="checkbox"/> Cesariana ou cirurgia eletiva prévia <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia leve <input type="checkbox"/> ≥ 4 partos vaginais <input type="checkbox"/> História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica <input type="checkbox"/> Obesidade materna IMC > 35kg/M2	<input type="checkbox"/> Placenta prévia ou inserção baixa <input type="checkbox"/> Pré-eclâmpsia grave <input type="checkbox"/> Hematócrito < 30% + outros fatores de risco <input type="checkbox"/> Sangramento ativo anormal à admissão <input type="checkbox"/> Coagulopatias <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes <input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta <input type="checkbox"/> Anormalidades de implantação de placenta <input type="checkbox"/> Presença de 2 ou mais fatores de médio risco

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

K-3 Procúbito e prolapso do cordão umbilical^{8,9,21}

Ocorre quando o cordão umbilical está situado na frente da apresentação, com as membranas fetais intactas ou rotas.

Em caso de procúbito, ao examinar a paciente o enfermeiro poderá sentir o cordão embaixo ou ao lado da apresentação com as membranas ainda intactas. No caso de rotura das membranas, uma alça do cordão poderá estar visível na vulva.

Um achado da ausculta cardíaca fetal desses casos, são desacelerações variáveis e desacelerações prolongadas dos batimentos cardíacos fetais o que se associa à compressão do cordão umbilical pela apresentação fetal. Desse modo, as seguintes condutas deverão ser tomadas:

1. Convocar auxílio urgente e solicitar ambulância para encaminhamento imediato ao hospital de referência;
2. Avaliar o bem-estar fetal, usando monitoramento fetal eletrônico;
3. Realizar exame vaginal para avaliar o grau de dilatação cervical e identificar a apresentação e a altura a que se encontra;
4. Remover a gestante em posição genupeitoral até o hospital de referência;

5. Comunicar remoção ao hospital de referência para agilizar o preparo da equipe;
6. Em caso de prolapso, se o cordão puder ser palpado e estiver pulsando, deverá ser manipulado o mínimo possível. Caso esteja exteriorizando pela vagina, recolocá-lo delicadamente para manter a temperatura. Aliviar pressão sobre o cordão mantendo os dedos na vagina da mulher sustentando a apresentação, afastada do cordão umbilical, elevando-a, se possível (especialmente durante as contrações). Ajudar a parturiente a mudar de posição para a posição genupeitoral. Uma alternativa de posicionamento nesse caso é o decúbito lateral esquerdo com um coxim ou travesseiro elevando seus quadris (posição de Sims acentuada). Os dedos do enfermeiro deverão permanecer sustentado a apresentação até a conduta médica;
7. Em nenhuma circunstância as membranas devem ser rompidas (se estiverem intactas).

K-4 Descolamento prematuro de Placenta^{8,9,21}

Trata-se da separação da placenta normalmente inserida antes da expulsão do feto, em gestação de 20 ou mais semanas completas. Os sinais e sintomas característicos são dor abdominal de intensidade variável (podendo ser súbita e intensa), sangramento vaginal, dor à palpação do útero e contrações uterinas (taquissistolia ou hipertonia). Caso a gestante, ao chegar à Casa de Parto, apresente esses sintomas, as seguintes condutas deverão ser tomadas:

1. Aferir sinais vitais e verificar permeabilidade de vias aéreas;
2. Instalar O2 sob cateter nasal, 8 l/minuto;
3. Puncionar dois acessos venosos de grosso calibre e instalar 1000 ml de soro fisiológico ou ringer em cada um, à velocidade de 500 ml nos primeiros 10 minutos e manutenção de infusão de 250 ml/h;
4. Avaliar vitalidade fetal;
5. Remover imediatamente ao hospital de referência após cuidados iniciais;
6. Comunicar remoção ao hospital de referência para agilizar preparo da equipe.

K-5 Distócia de Ombro²⁷

Corresponde a impactação do ombro anterior contra a sínfise púbica materna após a exteriorização da cabeça, não havendo outros fatores que impeçam seu desprendimento. Diante desse cenário, a equipe da Casa de Parto deverá seguir os seguintes passos até extração do feto:

- 1- Chamar ajuda e informar a paciente quanto a necessidade de manobras para extração fetal;

- 2- Fazer hiperflexão e abdução das coxas da paciente, posicionando-as sobre o abdome (manobra de Mc Roberts);
- 3- Se não houver êxito, um assistente que estiver no lado onde se encontra o dorso fetal, deve fazer pressão suprapúbica (Manobra de Rubin 1), sendo por 30 segundos de forma contínua e os próximos 30 segundos intermitente, associada à manobra de Mc Roberts;
- 4- Considerar episiotomia;
- 5- Palpar braço posterior até a dobra do cotovelo, fletir o braço no cotovelo, deslizar o braço anteriormente através do tórax fetal. Agarrar a mão e puxá-la para fora pode causar fraturas;
- 6- Alcançar por trás o ombro anterior do feto, aplicar pressão na escápula para pôr o ombro mais acessível em adução e girar para posição oblíqua. (Manobra de Rubin 2);
- 7- Alcançar pela frente o ombro posterior do feto, delicadamente girar o ombro em direção à sínfise (manobra de Woods). Combinar com a manobra de Rubin 2;
- 8- Alcançar por trás o ombro posterior, girar o bebê na direção oposta às manobras de Rubin ou Woods (Manobra reversa de Woods);
- 9- Gentilmente levantar a cabeça do feto, fletir 4 ou 5 dedos de cada mão e pressionar contra o períneo, ambos dedos médios deverão ser colocados na axila do feto tracionando para baixo e após para cima acompanhando a curvatura pélvica (Manobra de Sling Posterior);
- 10- Alterar a posição da paciente para quatro apoios (Gaskin) e repetir manobras internas.

K-6 Parto pélvico²⁷

O diagnóstico da apresentação pélvica é feito por palpação abdominal e/ou toque vaginal. Durante as manobras de Leopold, a forma arredondada e a consistência firme podem ser sentidas no fundo do útero. No exame vaginal é possível sentir partes pequenas ou a pelve do feto. Diante desse quadro na Casa de Parto, as seguintes orientações devem ser seguidas:

- 1- Chamar ajuda;
- 2- Remover a paciente ao hospital de referência após contato prévio;
- 3- Em caso de período expulsivo deve-se manter a paciente em “quatro apoios”, promovendo assim a ampliação do espaço na pelve materna e permitir que a pelve do bebê desça espontaneamente (somente apoiar e receber). A mãe deve fazer puxos fortes, mas controlados. A tração fetal antes da saída do umbigo pode promover a extensão da cabeça ou colocação nugal dos braços. Desta forma, NÃO

PUXE o feto até o umbigo sair e, mesmo assim, a tração não é necessária se o parto continuar a progredir espontaneamente. Depois da exteriorização do umbigo pode-se delicadamente puxar alguns centímetros de cordão para baixo (melhor perfusão). Em geral, as pernas se exteriorizarão espontaneamente. Se necessário, deve-se proceder a Manobra Mauriceau Smellie Veit modificada para provocar a flexão da cabeça²⁷. Tal manobra é realizada com dedos indicador e médio da mão dominante do assistente sobre maldares fetais, e mão contralateral (dedos indicador, médio e anelar) no occipício, forçando a flexão da cabeça, enquanto empurrada contra o pube materno (Figura 2)²⁸.



Figura 2: Parto em apresentação pélvica²⁸.

K-7 Rotura prematura das membranas^{8,29}

Refere-se à rotura espontânea das membranas amnióticas antes do início do trabalho de parto. O diagnóstico é feito com a visualização da perda líqüida vaginal de forma direta ou através de exame vaginal com especulo estéril. Nesses casos, a equipe da Casa de Parto deve seguir algumas orientações:

- Paciente com bolsa rota e gravidez a termo deverá ficar em observação na Casa de Parto para aguardar início de fase ativa;
- Realizar testes rápidos para detecção de HIV e Sífilis;
- Para a permanência da gestante na Casa de Parto, o líquido amniótico deve estar claro e o feto deve estar bem à avaliação de BCF e vitalidade. Caso contrário, encaminhar imediatamente ao hospital de referência;
- Caso não evolua espontaneamente ou não haja previsão do parto num período de 18 horas após o rompimento das membranas, encaminhar para o hospital de referência.

K-8 Parturiente HIV positivo³⁰

O teste rápido para detecção do HIV deve ser realizado em todas as pacientes internadas, as que estiverem em observação e, no consultório, naquelas que não tiverem registro da realização do teste no cartão de pré-natal. Se o resultado for positivo, a mulher deverá ser encaminhada ao hospital de referência. O parto de uma mulher com HIV positivo só ocorrerá na Casa de Parto caso ela esteja em trabalho de parto período expulsivo e não haja tempo hábil para transferência ao Hospital da Região Leste. Desta forma, para essas parturientes com diagnóstico de HIV, será realizada a quimioprofilaxia da transmissão vertical do vírus, iniciando com o AZT (Zidovudina) intravenoso logo que a parturiente chegar ao serviço e manter a infusão até o clampeamento do cordão umbilical.. A dose de ataque na primeira hora é de 2 mg/kg, seguida de manutenção com infusão contínua de 1 mg/kg, diluído em 100mL de soro glicosado a 5%. A concentração não deve exceder 4 mg/mL. Se for possível a remoção, esta deve ser realizada somente após a instalação da quimioprofilaxia. O Quadro 6 representa como deve ser a administração da dose de ataque de AZT.

Quadro 6: Esquema posológico do AZT injetável no parto para a gestante vivendo com HIV

Dose de ataque (2 mg/kg) na primeira hora		
Peso	Quantidade de zidovudina	Número gotas/min
40 kg	8mL	36
50 kg	10mL	37
60 kg	12mL	37
70 kg	14mL	38
80 kg	16mL	39
90 kg	18mL	39
Manutenção (1 mg/kg/hora) em infusão contínua		
40 kg	4mL	35
50 kg	5mL	35
60 kg	6mL	35
70 kg	7mL	36
80 kg	8mL	36
90 kg	9mL	36

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2019.

Caso a mulher chegue a Casa de Parto em período expulsivo e já estiver em TARV (terapia antirretroviral), os ARV (antirretrovirais) devem ser mantidos nos horários habituais,

via oral, com um pouco de água, mesmo durante o trabalho de parto em concomitância com a quimioprofilaxia endovenosa.

Durante o parto de bebês expostos ao HIV, algumas medidas deverão ser seguidas, tais como:

- Sempre que possível, realizar o parto empelcado, com a retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras;
- A amniotomia artificial deve ser evitada, a menos que extremamente necessária;
- A episiotomia só será realizada após avaliação cautelosa de sua necessidade. Sendo realizada, deverá ser protegida por compressas umedecidas com degermante (o mesmo utilizado para degermar a vagina e períneo durante o parto). Um auxiliar deve manter a episiotomia coberta pela compressa umedecida até o desprendimento completo do bebê;
- Clampear imediatamente o cordão após o nascimento, sem qualquer ordenha;
- Limpar com compressas macias todo sangue e secreções visíveis no RN, imediatamente após o nascimento e realizar o banho usando preferencialmente chuveirinho, torneira ou qualquer fonte de água corrente;
- Aspirar delicadamente as vias aéreas do RN, evitando traumatismos em mucosas;
- Aspirar, delicadamente com sonda oral, o conteúdo gástrico de líquido amniótico. Se houver sangue, realizar lavado gástrico com soro fisiológico;
- Colocar o RN em contato físico com a mãe o mais breve possível, garantindo a humanização do parto e vínculo mãe-filho;
- A amamentação é contraindicada nesses casos. Assim que possível, proceder o enfaixamento das mamas;
- Garantir a remoção do binômio o mais breve possível ao hospital de referência;
- Todos os recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV devem receber profilaxia com ARV (antirretroviral).

A quimioprofilaxia com AZT solução oral, para o RN, deverá ser administrada, de preferência, imediatamente após o nascimento (nas 4 primeiras horas de vida) e a indicação da associação com a Nevirapina, com início nas primeiras 48 horas de vida, deve ser avaliada conforme os cenários descritos a seguir:

1. Uso de ARV no pré-natal e peri-parto, com carga viral documentada < 1000 cópias/mL no 3º trimestre (Quadro 7):

Quadro 7: Indicação de ARV para profilaxia da transmissão vertical do HIV

ANTIRRETROVIRAL	POSOLOGIA	DURAÇÃO
ZIDOVUDINA (AZT) (solução oral)	RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 4mg/kg/dose, 12 em 12h. RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia. RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, 12 em 12h	4 semanas

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2019.

2. Não utilização de ARV durante a gestação, independente do uso de AZT peri-parto ou uso de ARV na gestação, mas carga viral desconhecida ou acima de 1.000 cópias/mL no 3º trimestre, ou histórico de má adesão mesmo com CV < 1000 cópias/mL no 3º trimestre, ou mãe com IST, especialmente sífilis, ou parturiente com resultado reagente no momento do parto (Quadro 8):

Quadro 8: Indicação de ARV para profilaxia da transmissão vertical do HIV

ANTIRRETROVIRAL	POSOLOGIA	DURAÇÃO
ZIDOVUDINA (AZT) (solução oral)	RN nascido com IG 35 semanas ou mais: 4mg/kg/dose, 12 em 12h. RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12/12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia.	04 semanas
+ NEVIRAPINA (NVP) (solução oral)	RN < 30 semanas de IG: 2mg/kg/dose, 12 em 12h Peso de nascimento > 2 kg: 12mg/dose (1,2ml) Peso de nascimento 1,5 a 2 kg: 8mg/dose (0,8ml). Peso de nascimento < 1,5kg: não usar NVP	

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília, 2019.

K-9 Parada respiratória (PR)³¹

Paciente irresponsiva ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, com pulso central palpável. Se for o caso, a equipe da Casa de Parto deverá seguir os seguintes passos:

1. Checar responsividade (tocar os ombros e chamar a paciente em voz alta) e checar a presença de respiração;
2. Se não responsiva e respiração ausente ou gasping, posicionar a paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca;
3. Chamar ajuda e solicitar o DEA;
4. Checar pulso central em 10 segundos;
5. Pedir a outro membro da equipe para deslocar o útero da paciente para sua posição original para descomprimir a veia cava inferior;
6. Pedir a um terceiro membro da equipe para monitorizar a paciente;
7. Se pulso presente: abrir via aérea e aplicar 1 insuflação com bolsa valva-máscara. Na persistência da PR, realizar 1 insuflação de boa qualidade a cada 5 a 6 segundos (10 a 12/min). Verificar a presença de pulso a cada 2 minutos. Na ausência de pulso iniciar RCP.

K-10 Parada cardiorespiratória (PCR)³¹

Paciente irresponsiva ao estímulo, com respiração agônica ou ausente, sem pulso central palpável. Se for o caso, a equipe da Casa de Parto deverá seguir os seguintes passos:

1. Checar responsividade (tocar os ombros e chamar a paciente em voz alta);
2. Se não responsiva, verificar a respiração e o pulso simultaneamente. **ATENÇÃO:** Checar pulso central (carotídeo) em até 10 segundos;
3. Chamar ajuda e solicitar o DEA;
4. Posicionar a paciente em decúbito dorsal em superfície plana, rígida e seca.
5. Pedir a outro membro da equipe para deslocar o útero da paciente para sua posição original para descomprimir a veia cava inferior;
6. Pulso AUSENTE: iniciar ciclos de ressuscitação cardiopulmonar (RCP);
7. Iniciar RCP pelas compressões torácicas, mantendo compressões eficientes (na frequência de 100 a 120/min, deprimindo o tórax em 5cm com completo retorno);
8. Pedir a um terceiro membro da equipe que assuma o posicionamento para realizar as insuflações;
9. As insuflações devem ser realizadas a cada 6 segundos. Devem ser eficientes (de 1 segundo cada e com visível elevação do tórax), inicialmente com bolsa valvamáscara. Não há necessidade de interrupção das compressões torácicas para realizar a ventilação;

10. Se ventilação ineficiente com bolsa valva-máscara, considerar máscara laríngea, se disponível e equipe devidamente treinada;
11. Pedir a um quarto membro da equipe para operar o DEA;
12. Assim que o DEA estiver disponível, posicionar as placas de adulto do desfibrilador no tórax desnudo e seco da paciente (observar se o gel das placas não está danificado).
ATENÇÃO A POSIÇÃO DAS PLACAS;
13. Interromper as compressões torácicas para a análise do ritmo;
14. Se ritmo CHOCÁVEL (fibrilação ventricular FV/ taquicardia ventricular sem pulso TVSP) se afaste e solicite que todos se afastem do contato com a paciente;
15. Carregar e Disparar o choque;
16. Reiniciar imediatamente a RCP após o choque;
17. Após 2 minutos de compressões e insuflações, checar novamente o ritmo. Se persistir a FV/TVSP, disparar novamente o choque;
18. Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegada de unidade avançada ou até a chegada ao hospital;
19. Ritmo NÃO CHOCÁVEL (assistolia, atividade elétrica sem pulso), reiniciar RCP imediatamente e checar rítmico a cada 2 minutos;
20. Manter os ciclos de RCP ininterruptamente até chegada de Unidade Móvel de Suporte Avançado.

L - Condutas nas situações especiais relacionadas ao RN

L1 - Desconforto respiratório^{12,24}

Para RN com alteração do padrão respiratório (taquipnéia) e/ou presença de esforço respiratório (batimento de asa de nariz, gemido expiratório, retrações torácicas) na Casa de Parto, devem ser seguidas as seguintes condutas:

- Se esforço respiratório e/ou frequência respiratória > 60 irpm, em RN com boa ingesta e adequadamente aquecido, iniciar a ventilação por pressão positiva (VPP) em ar ambiente (com oxigênio a 21% ou superior se necessário), em berço aquecido;
- Manter oximetria de pulso durante a oxigenoterapia;
- Reavaliar a cada 30 minutos ou sempre que necessário, realizando o desmame do oxigênio de acordo com a melhora do quadro (diminuição do esforço e melhora ou manutenção da saturação de oxigênio). Retirar o oxigênio e observar resposta por 30 minutos;
- Caso haja estabilização do quadro, devolver o RN para a mãe e manter observação constante. Observar padrão respiratório durante e após as mamadas;

- Caso não haja estabilização do quadro após 2 horas de oxigenoterapia, porém o recém-nascido estiver apresentando melhora progressiva do quadro, o tempo de oxigenoterapia pode ser prorrogado para 4 horas, mantendo a observação.
- Caso não haja melhora após 2h de oxigenoterapia ou não haja estabilização do quadro após 4 h, remover o RN ao hospital de referência após contato prévio;
- Se o RN apresentar agravamento do quadro ou outro sinal de risco, independentemente do tempo, remover ao hospital de referência após contato prévio;
- Para classificação do quadro de desconforto respiratório, utilizar o Boletim de Silverman-Andersen conforme Quadro 9.

Quadro 9: Classificação do quadro de desconforto respiratório - Boletim de Silverman-Andersen:

Parâmetros	0	1	2
Gemência	Ausente	Audível com esteto	Audível sem esteto
Batimento de asa de nariz	Ausente	Discreto	Acentuado
Tiragem costal inferior	Ausente	3 últimas intercostais leve	+ de 3 intercostais intensa
Retração esternal/xifóide	Ausente	Discreta	Acentuada
Movimento de tórax e abdome	Ausente	Discreto/declínio inspiratório	Acentuado/Balancim

Fonte: Guia de Enfermagem na Atenção ao Parto e Nascimento. SES/DF, 2020.

Observação: valores entre 1 e 5 indicam desconforto respiratório moderado e acima de 6, grave.

L2- Reanimação neonatal^{12,24}

O RN deverá ser encaminhado à mesa de reanimação caso a resposta seja “não” a qualquer um dos questionamentos abaixo:

- Gestação a termo?
- Respiração ou choro presente?
- Tônus muscular em flexão?

Na mesa de reanimação, os primeiros passos serão os seguintes (devem durar no máximo 30 segundos):

1. Prover calor
2. Posicionar a cabeça com leve extensão do pescoço
3. Aspirar primeiro a boca e depois as narinas, se necessário
4. Secar e desprezar campos úmidos
5. Reposicionar a cabeça do RN, mantendo a extensão do pescoço
6. Avaliar a frequência cardíaca e a respiração. As decisões quanto à estabilização/reanimação dependem da avaliação simultânea da respiração e da FC. Prosseguir conduta de acordo com o fluxograma de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (anexo 6).

Observações:

- Se o RN não responder ao suporte básico de reanimação deverá ser acionada a Unidade de Suporte Avançado em Neonatologia (USANEO) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
- A contagem da frequência cardíaca deve ser feita em 6 segundos e o resultado multiplicado por 10. Após a avaliação, se a frequência estiver acima de 100 bpm e a respiração estiver rítmica e regular, o RN está com boa vitalidade e não necessita de procedimentos de reanimação.
- Nos casos de presença de líquido meconial fluido ou espesso após avaliação, se o RN estiver com boa vitalidade (respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão), prosseguir com os cuidados junto a mãe.
- Todos os recém-nascidos que, após os passos iniciais da reanimação, apresentarem frequência cardíaca inferior a 100bpm ou respiração irregular necessitarão de monitorização da saturação de oxigênio.
- A ventilação por pressão positiva em recém-nascidos a termo deve ser iniciada com concentração de oxigênio a 21% (ar ambiente). Se não houver melhora ou não alcançar os valores desejáveis de saturação de O₂, recomenda-se o uso de oxigênio suplementar, ajustando-o conforme o quadro do RN.
- Caso o RN não melhore e/ou não atinja os valores desejáveis de SatO₂ com a VPP em ar ambiente, recomenda-se sempre verificar e corrigir a técnica da ventilação antes de oferecer oxigênio suplementar. Assim, sugere-se, nos pacientes em que há esta necessidade, fazer incrementos de 20% e aguardar cerca de 30 segundos para verificar a SatO₂ e indicar novos incrementos, ressaltando-se que a VPP com a técnica correta é fundamental para a melhora do paciente;

Valores desejáveis de saturação de oxigênio, segundo a idade em minutos estão descritos no Quadro 10.

Quadro 10: Valores desejáveis de saturação de oxigênio de acordo com o tempo de vida

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

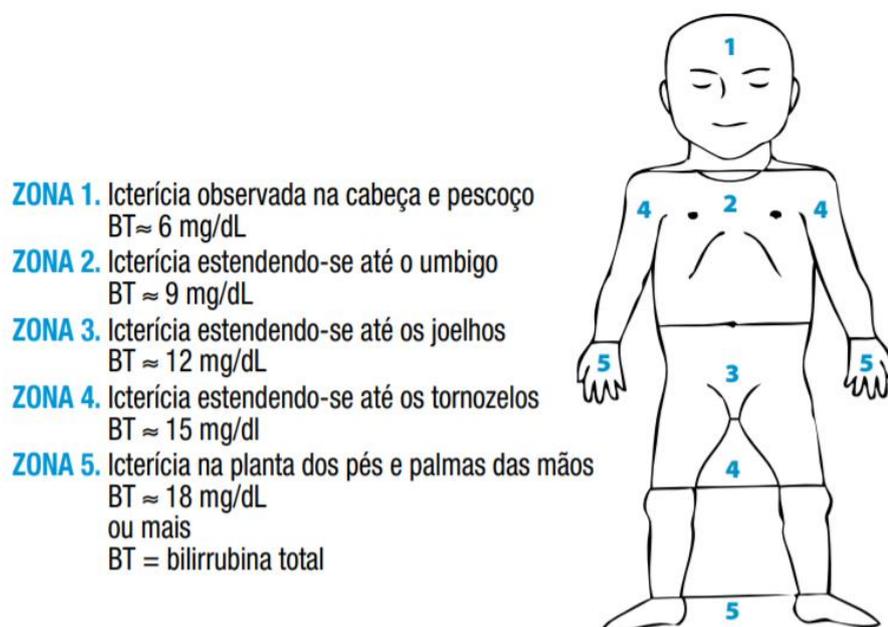
Fonte: Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016.

L3 - Icterícia¹⁶

Na Casa de Parto, os recém-nascidos deverão ser avaliados em relação a coloração amarelada da pele, mucosas e escleróticas, principalmente aqueles com incompatibilidade do sistema ABO e/ou Rh. O Início da icterícia nas primeiras 24 horas de vida é um sinal de alerta, neste caso, um acompanhamento com mais periodicidade deverá ser realizado.

A avaliação poderá ser feita de acordo com a intensidade (expressa em cruces) e a abrangência (Zona de Kramer) conforme figura 3.

Figura 3: Zonas de icterícia de Kramer



Fonte: Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Ministério da Saúde, 2014.

A dosagem de bilirrubina total e frações será indicada caso o RN apresente icterícia e esses valores definirão a conduta. O Quadro 11 contém as indicações de fototerapia para RN termo saudável e sem doença hemolítica.

Quadro 11: Indicações de fototerapia em recém-nascidos segundo os valores de bilirrubina total e as horas de vida.

Idade Gestacional \geq 38 Semanas		Idade Gestacional entre 35 e 37 Semanas	
Horas de vida	Bilirrubina total	Horas de vida	Bilirrubina total
24	10mg/dl	24	8mg/dl
36	11.5mg/dl	36	9,5mg/dl
48	13mg/dl	48	11mg/dl
72	15mg/dl	72	13mg/dl
96	16mg/dl	96	14mg/dl
5 a 7 dias	17mg/dl	5 a 7 dias	15mg/dl

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de neonatologia. SBP, 2012.

Observação: Quando houver incompatibilidade ABO, RH ou COOMBS (+) diminuir 2 pontos no valor de Bilirrubina Total.

Assim, na presença de icterícia, a equipe deverá solicitar dosagem de Bilirrubina Total e Frações, Coombs Direto e Hemograma Completo. Se resultados limítrofes ou fatores de risco associados à icterícia, o RN deverá ser mantido internado para observação rigorosa do quadro. Havendo progressão da zona de Kramer, a dosagem de bilirrubina e hematócrito, após 06 a 12 horas, deverá ser repetida.

Se não houver indicação de tratamento com fototerapia, a alta será possível com orientações aos pais quanto a realização de banho de sol 2x ao dia, nos horários indicados (até 10:00 e a partir de 16:00), com RN despido, protegendo a face da irradiação solar, por 20 a 30 minutos. Deve-se também reforçar a importância da primeira consulta na UBS de referência e que caso percebam aumento da coloração amarelada no RN devem procurar a mesma UBS ou o hospital de referência (finais de semana e feriado).

Caso o RN apresente na internação resultado de Bilirrubina Total compatível com necessidade de fototerapia, deverá ser removido ao hospital de referência após contato prévio com neonatologista.

L4 - Prevenção da Hipoglicemia^{16,33}

Níveis de glicose plasmática inferiores a 45 mg/dl são considerados hipoglicemia no recém-nascidos. Os RNs podem apresentar-se assintomáticos com níveis glicêmicos baixos, ou sintomáticos, com tremores, hipotonia, irritabilidade, torpor, crises de apneia, bradicardia e cianose, taquipneia, sucção débil ou ausente, hipotermia e até crises convulsivas. Desse

modo, a prevenção deste quadro é importante para evitar danos neurológicos grave e a equipe da Casa de Parto deverá seguir algumas recomendações:

- Incentivar início da amamentação precocemente na primeira hora de vida;
- Auxiliar e estímulo à amamentação em livre demanda;
- Observar dos sinais de alerta no RN;
- Deve ser realizada a triagem de hipoglicemia apenas em RN de risco, como RN Pré-termo, PIG e GIG. Não é necessário dosar em RN saudável, exceto se apresentar-se sintomático.

A decisão da terapêutica será baseada nos sintomas e na glicemia capilar, que deverá ser dosada nos seguintes horários para RN Pré-termo, PIG e GIG: com 3, 6, 12 e 24 horas de vida.

Se o bebê estiver sintomático e apresentar hipoglicemia (<45 mg/dL), deve-se oferecer leite materno ordenhado (LMO), se for de fácil extração manual, ou leite humano pasteurizado (LHP) e entrar em contato com o Hospital de Referência para discussão do caso e possível remoção.

Se o bebê estiver assintomático, a conduta dependerá do valor de glicemia capilar:

- Se glicemia < 35 mg/dL, oferecer leite materno ordenhado (LMO) ou leite humano pasteurizado (LHP) e entrar em contato com o Hospital de Referência para remoção;
- Se glicemia entre 35 e 45 mg/dL, avaliar o binômio, se a mãe conseguir extrair manualmente leite suficiente para alimentar o bebê, visto que o leite da própria mãe é o mais adequado, oferecê-lo e reavaliar glicemia após 30 a 60 minutos;
- Se a glicemia permanecer <45 mg/dL, após reavaliação, oferecer leite humano pasteurizado e reavaliar glicemia após 30 a 60 minutos. Se ainda assim a glicemia permanecer <45 mg/dL, manter leite humano pasteurizado e entrar em contato com o Hospital de Referência para provável remoção;
- Se a glicemia estiver >45 mg/dL, manter acompanhamento clínico, estimular e apoiar a amamentação.

A prescrição do leite humano pasteurizado deve ser feita no volume de 10 ml, e ser única e não de horário (3/3h ou 4/4h por exemplo). O binômio deve ser reavaliado antes de cada prescrição de LHP. A administração deve ser preferencialmente por translactação ou no copinho, com técnica adequada.

A “técnica do copinho” consiste em colocar o bebê na posição sentada, e apoiar gentilmente o copinho no lábio inferior, tocando o lábio superior externamente. O copo deve ser então inclinado levemente, para que o leite toque os lábios e a língua do bebê. Deste

modo, o bebê busca o alimento com movimentos ativos da língua e deglute na quantidade e frequência que desejar.

A desvantagem da técnica é em relação ao “desempoderamento” da mãe, podendo provocar nela um sentimento de não conseguir alimentar o bebê o que colabora para a manutenção do mito de “leite fraco” e “pouco leite”.

Sem a sucção na mama, não ocorre a produção dos hormônios necessários para a produção e ejeção do leite, retardando a apojadura e atrapalhando a amamentação. Assim, existe a necessidade de que a equipe apoie a sucção do bebê ao seio materno para favorecer a manutenção do aleitamento materno prolongado.

Para sistematizar a conduta da equipe da Casa de Parto em relação a prevenção de hipoglicemia do RN, um fluxograma foi criado e encontra-se em anexo a esse protocolo.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Estão previstas neste protocolo as terapias integrativas (naturais) 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;
- Acupuntura;
- Compressas quentes e frias;
- Utilização de óleo vegetal ou gel obstétrico no períneo;
- Uso da bola de fisioterapia;

Uso do “cavalinho”.

8.3 Tratamento Farmacológico

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)

- 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
- 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
- MS25302 Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) solução injetável 100UI ampola ou frasco - Farmácia do Componente Especializado
- Imunoglobulina antitetânica (IGHAT) solução injetável 250UI ampola ou frasco
- 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)
- Z MSE90066 Zidovudina solução oral 10 mg/ml frasco 200 ml – HIV - Policlínicas, Farmácia Escola HUB, Hospital Dia e uso Hospitalar (maternidades)

Observações: Prescrição de medicamentos pelo enfermeiro

Os enfermeiros da Casa de Parto de São Sebastião estão aptos a prescrever e administrar alguns medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde do Brasil e Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, com base nas seguintes normativas:

- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem) em seu artigo 11, inciso II, alínea c34, bem como o Decreto 94.406/87, artigo 8º, inciso II, alínea c, dispõem sobre as atividades do Enfermeiro³⁵, como integrante da equipe de saúde, e entre elas encontra-se a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pelas instituições de saúde;
- Resolução – RDC nº 20, DE 05 DE MAIO DE 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, devendo ser prescritas por profissionais habilitados³⁶;
- Portaria SES/DF nº 218, de 16 de outubro de 2012 que 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-DF³⁷;
- Portaria GM/MS nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica que afirma que entre as atribuições dos enfermeiros estão: realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão³⁸;

- Protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que lista os fármacos que podem ser prescritos pelo enfermeiro obstetra¹⁰.

Também, cabe ressaltar que a atenção secundária complementa e amplia a resolutividade na atenção primária e que a boa relação entre todos os níveis de atenção é um dos fatores condicionantes para uma assistência integral em saúde.

Assim, tendo em vista as normativas acima citadas e as eventuais ocorrências de urgências/emergências obstétricas, foram listadas abaixo os medicamentos a serem utilizadas na Casa de Parto, de acordo com suas respectivas indicações:

Ácido Tranexâmico^{10,12,26}

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.

Cefalexina⁹

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^{9,10,12,21,25}

Indicação: utilizado como medida de urgência para distúrbio hipertensivo, quando pressão sistólica \geq 160mmHg e/ou arterial diastólica \geq 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)¹²

Indicação: anestésico para uso em rafia 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%.

Colírio de nitrato de prata a 1%^{12,16}

Indicação: prevenção da oftalmia gonocócica.

Prescrição: uma gota em cada olho do recém-nascido após a primeira hora de vida.

Orientações: afastar as pálpebras e instilar uma gota de nitrato de prata a 1% no fundo do saco lacrimal inferior de cada olho. A seguir, massagear suavemente as pálpebras deslizando-as sobre o globo ocular para fazer com que o nitrato de prata banhe toda a conjuntiva. Se o nitrato cair fora do globo ocular ou se houver dúvida, repetir o procedimento. Limpar com gaze seca o excesso que ficar na pele das pálpebras.

Dimenidrinato + Cloridrato de Piridoxina⁹

Indicação: prevenção ou tratamento de náuseas e vômitos decorrentes das alterações hormonais na gestação.

Prescrição: Dimenidrinato 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^{10,12,41}

Indicação: tratamento das hipocalcemia 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.

Ibuprofeno⁹

Indicação: alívio da febre e da dor leve a moderada.

Prescrição: 1cp 600 mg 8/8 h, se necessário.

Orientações: administrar após procedimento de inserção de DIU, se necessário.

Imunoglobulina anti-Rh⁹

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.

Imunoglobulina antitetânica (IGHAT)³⁹

Indicação: RN de mãe com esquema vacinal incompleto e sem histórico de reforço contra tétano nos últimos 5 anos (registrado no cartão de pré-natal ou de vacinação) ou em casos que haja risco potencial para tétano neonatal.

Prescrição: 250UI, via intramuscular, no vasto lateral da coxa do RN.

Orientações: deve ser conservada entre 2 e 8°C e não deve ser congelada.

Imunoglobulina anti-hepatite B (IGHAHB)³⁹

Indicação: RN de mãe com diagnóstico de hepatite B feito no pré-natal ou após testagem rápida positiva.

Prescrição: 0,5ml, via intramuscular, no vasto lateral da coxa esquerda do RN, em região anatômica diferente da aplicação da vitamina K.

Orientações: Deve ser feita preferencialmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida para recém-nascidos de qualquer peso ou idade gestacional. Quando administrada simultaneamente com a vacina Hepatite B, a aplicação deve ser feita em grupo muscular diferente. Deve ser conservada entre +2 e +8 °C, não pode ser congelada.

Metilergometrina^{10,12,26}

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.

Metronidazol⁹

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.

Miconazol⁹

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.

Nitrofurantoína⁹

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.

Ocitocina^{10,12,26}

Indicação: manejo ativo (prevenção de hemorragia por atonia) do 3º período do parto, hemorragia pós-parto e período expulsivo prolongado.

Prescrição: para o manejo ativo do 3º período do parto administrar 10UI de ocitocina via intramuscular após a saída do bebê. Nos casos de hemorragia pós-parto seguir as orientações deste protocolo inseridas no item “8.11.2.1”. Em caso de período expulsivo prolongado diluir 05UI de ocitocina em 500ml de solução glicosada a 5% e controlar o gotejamento de 08 a 12 gotas por minuto.

Orientações: explicar a parturiente, em caso de período expulsivo prolongado, que o uso de ocitocina após a ruptura das membranas poderá diminuir o tempo para o parto. Manter a avaliação obstétrica a cada 15-30 minutos.

Paracetamol⁹

Indicação: analgesia para gestantes e puérperas com queixas de lombalgia, dor abdominal, mal estar geral, cefaleia e hipertermia, após avaliação clínica e exames laboratoriais, se necessário.

Prescrição: 500 mg de paracetamol via oral (comprimido ou gotas).

Orientações: manter intervalo mínimo de 6 horas entre as doses.

Simeticona⁹

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.

Solução Fisiológica 0,9%^{10,12}

Indicação: reposição volêmica e diluição de medicamentos (ocitocina nos casos de hemorragia pós-parto).

Prescrição: de acordo com a avaliação do quadro.

Orientações: em casos de hemorragia pós-parto, consultar item “8.11.2” deste protocolo.

Solução Glicosada 5%^{10,12}

Indicação: situações de lipotimia e diluição de medicamentos (ocitocina nos casos de hemorragia pós-parto).

Prescrição: de acordo com a avaliação do quadro.

Orientações: em caso de uso na diluição de ocitocina, acompanhar rigorosamente o gotejamento.

Solução de Ringer/Ringer Lactato^{10,12}

Indicação: nos casos de hemorragia pós-parto, se necessário segundo acesso venoso, ou para situações de transporte de pacientes com risco de instabilidade hemodinâmica.

Prescrição: de acordo com a avaliação do quadro.

Orientações: em casos de hemorragia pós-parto, consultar item “8.11.2” deste protocolo.

Sulfato Ferroso⁹

Indicação: prevenção e tratamento de anemia leve a moderada, diagnosticada através do hemograma (hemoglobina entre 8-11mg/dL).

Prescrição: a dose profilática de suplementação deverá ser de 01 comprimido (40 mg) via oral 01 hora antes do almoço ou jantar, de preferência com sucos de frutas cítricas e ser mantida durante toda a gestação até 90 dias pós-parto. A dose de tratamento para anemia leve a moderada (gestantes ou puérperas sintomáticas ou com hemograma evidenciando anemia) deverá ser de 200 mg diárias, uma hora antes das refeições (2 comprimidos antes do café, 2 comprimidos antes do almoço e 1 comprimido antes do jantar) de preferência com suco de frutas cítricas.

Orientações: verificar nos procedimentos de alta, se consta prescrição de medicamento para a puérpera e o período de uso.

Sulfato de magnésio a 50%^{9,10,12,21,25}

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.

Vacina anti-hepatite B^{12,16}

Indicação: imunização do RN para hepatite B.

Prescrição: 0,5 ml, via intramuscular (vasto lateral da coxa direita),

Orientações: administrar preferencialmente nas 12 primeiras horas de vida.

Vitamina K^{12,16}

Indicação: prevenção da hemorragia do recém-nascido (dose profilática).

Prescrição: 0,1 ml (1 mg) via intramuscular, vasto lateral da coxa esquerda.

Orientações: administrar após primeira hora de vida.

Zidovudina³⁰

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

A Casa de Parto de São Sebastião realiza atendimento de gestantes, parturientes e puérperas em consultório por demanda de urgência e emergência. Em alguns casos, conforme quadro clínico, atribuições do enfermeiro obstetra e protocolos já aprovados pela SES/DF^{10,12}, 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 em consultório. Da mesma forma, um exame de imagem (ecografia transvaginal ou obstétrica) poderá ser solicitado pelo enfermeiro de acordo com a queixa clínica da gestante.

Para as mulheres e recém-nascidos internados foram definidas as seguintes prescrições padrões, que poderão sofrer alteração se necessário (Quadros 12,13,14 e 15).

Quadro 12: 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 13: 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 14: 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 15: 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.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

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 desconforto⁹.

Demais critérios de interrupção foram citados no tópico “orientações” de cada medicamento do item 8.3.1.

Por fim, as pacientes deverão ser acompanhadas na atenção primária para conduta em relação ao tempo de tratamento, interrupção ou continuidade deste.

9- Benefícios Esperados

Com a publicação do protocolo espera-se otimizar e sistematizar a assistência de enfermagem na Casa de Parto, bem como contribuir para a continuidade de uma assistência segura, humana e respeitosa à mulher e ao recém-nascido. 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^{10,40}.

Outro benefício esperado é a diminuição da incidência de hemorragia pós-parto e contribuição para a redução do óbito materno nacional por esta causa. Para isso, a Casa de Parto adota a recomendação atual da profilaxia com ocitocina IM após o parto em todas as parturientes, mesmo de risco habitual. Com o uso do medicamento a dequitação é mais rápida, a quantidade de sangramento é menor e o útero se contrai e involui mais rapidamente^{8,10,26}.

Por fim, espera-se também, com 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 nascidos na Casa de Parto.

E para as mulheres, mesmo partindo do pressuposto de que existe um sangramento fisiológico durante e após o parto, muitas delas desenvolvem anemia. Assim, para a prevenção deste quadro, a puérpera sai da unidade com prescrição de sulfato ferroso por 3 meses⁹. Cabe salientar que o sulfato ferroso (comprimido e solução oral) é padronizado também para Atenção Básica, disponibilizado nas Unidades Básicas de Saúde da SES-DF.

10- Monitorização

As puérperas e recém-nascidos assistidos pela equipe de enfermagem deverão ser avaliados duas vezes por dia, no período matutino e noturno. As condições físicas e emocionais da mulher devem ser avaliadas e registradas, bem como o nível de satisfação da mulher e de sua família.

Os critérios de avaliação da eficácia da conduta e efeitos adversos significativos foram abordados no item 8.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Na alta, para acompanhamento do pós-parto, é realizado um agendamento de consulta de retorno para a puérpera. Este retorno deverá acontecer de 7 a 10 dias após o

parto. Além disso, as pacientes que colocaram DIU deverão retornar também com 40 dias após o parto para avaliação. Após as consultas de retorno, as puérperas serão acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde.

Para o recém-nascido a continuidade do acompanhamento é realizada conforme a rotina das Unidades Básicas de Saúde. Exceto o teste da orelhinha que será realizado após a alta, na Casa de Parto, por fonoaudiólogo, com agendamento prévio e com intervalo de pelo menos 10 dias após o nascimento.

Em relação a amamentação, as puérperas e os recém-nascidos são acompanhados pelos profissionais do Posto de Coleta de Leite Humano da unidade durante toda a internação. Um retorno em 72hrs, ou antes, a critério da equipe, é agendado na alta para reavaliação da amamentação.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Anexos 3 e 5.

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^{3,6}:

- Número total dos partos normais
- Número total de cesárea
- Número de partos realizados por enfermeiros obstetras
- Percentual de partos realizados por enfermeiro obstetra
- Percentual de partos em adolescentes
- Percentual de partos em posição vertical
- 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 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 transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência.

O acompanhamento será realizado pela Gerência de Enfermagem mensalmente.

14- Referências Bibliográficas

1. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, NakamuraPereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública 2014; 30 (1): 7-47.
2. 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.
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. Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Institui o Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 1999.
5. 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.
6. Brasil. Portaria de consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2017.
7. Brasil. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no sistema único de saúde. Diário Oficial da União 2014.
8. 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.
9. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. 2016.
10. 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. [acesso em 30 jul 2020] Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/Protocolo-de-Assist%C3%Aancia-de-EnfermagemObst%C3%A9trica-Atua%C3%A7%C3%A3o-nos-Centros-Obst%C3%A9tricos-dosHospitais-da-Secretaria-de-Estado-de-Sa%C3%BAde-do-Distrito-Federal.pdf>.

11. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde - Segurança do Paciente: identificação do usuário. [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/3.-Seguranca-doPacientehigienizacao-das-maos-nos-servicos-de-saude.pdf>.
12. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde - Guia de enfermagem na atenção ao parto e nascimento. [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Guia-deEnfermagem-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-ao-Parto-e-Nascimento.pdf>.
13. Cluett, R, Ethel B e Anna C. "Imersão em água durante o trabalho de parto e nascimento." Cochrane Database of Systematic Reviews 5 (2018).
14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380ª. 2018.
15. 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/principais-questoes-sobre-insercao-do-diude-cobre/>.
16. 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.
17. Ministério da Saúde. Nota técnica nº 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS. Orientações para profissionais de saúde quanto à sistematização e padronização do teste de triagem neonatal para Cardiopatia Congênita Crítica (Teste do coraçãozinho). [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/12/SEI-MS-2937931Nota-Tecnica.pdf>.
18. Brasil. Portaria nº 187, de 3 de fevereiro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Base de Dados do Programa Nacional de Triagem Neonatal.
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. 2016.
20. Ministério da Saúde. [homepage na internet]. Exames da Triagem Neonatal. [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/823assuntos/saude-para-voce/40773-exames-da-triagem-neonatal>.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco. 5. ed. 2012.

22. Brasil. Portaria nº 1321, de 14 de dezembro de 2018. Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial da União 2018.
23. Brasil. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 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.
24. Sociedade Brasileira de Pediatria. [homepage na internet]. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria 26 de janeiro de 2016. [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf.
25. 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: <http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/6.Sindromes-Hipertensivas-na-Gestacao-Manejo-naEmergencia.pdf>.
26. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018.
27. Also Brasil. Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) – Manual e Programa de Estudos: São Paulo: Sarvier Editora, 2016.
28. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. [homepage na internet]. Parto pélvico. [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/430-parto-em-apresentacao-pelvica>.
29. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde - Rotura prematura de membranas. [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/5.Rotura-prematura-demembranas.pdf>.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2019.
31. Sociedade Brasileira de Cardiologia. [homepage na internet]. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2019/v11303/pdf/11303025.pdf>.

32. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Neonatologia. Documento científico (elaborado em 11/11/2012). [homepage na internet]. Icterícia no recém-nascido com idade gestacional > 35 semanas. [acesso em 30 jul 2020]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Ictericia_semDeptoNeoSBP-11nov12.pdf.
33. 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. Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. 2014.
34. Brasil. Lei nº. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.
38. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017.
39. Ministério da Saúde. Manual Dos Centros de Referência Para Imunobiológicos Especiais. 2019.
40. 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.
41. http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_74_administracao_de_sulfato_de_magnesio_a_50.pdf.
42. Ministério da Saúde (Brasil). NOTA TÉCNICA Nº 11/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. 2021.

ANEXO 1



AVISOS IMPORTANTES:

- **Fotos só poderão ser feitas com prévia autorização da equipe;**
- Durante o período de internação, a paciente fica submetida ao cumprimento das normas e rotinas da Casa de Parto de São Sebastião;
- Quando houver necessidade de remoção da paciente e/ou do seu bebê, estes serão levados ao Hospital da Região Leste – HRL (antigo Hospital do Paranoá), quando não for possível, irão para outro serviço de saúde com condições de recebê-los;
- A paciente tem direito a 01 (um) acompanhante, de sua escolha, durante o período de internação. Um segundo acompanhante, poderá ser autorizado pelo enfermeiro de plantão durante o trabalho de parto e parto, se for do desejo da paciente e não causar transtornos ao serviço;
- O acompanhante deve ter condições de acompanhar a gestante/puérpera sem provocar transtornos ao trabalho da equipe e/ou ao bem-estar da paciente;
- Após o parto, a paciente tem direito a 01 (um) acompanhante maior de 18 anos;
- Durante o trabalho de parto a paciente receberá alimentação fornecida pelo serviço;
- Em relação à alimentação, a paciente tem direito a 05 (cinco) refeições diárias que são desjejum, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia, além da colação, pela manhã;
- Durante o período de internação, a paciente e seu recém-nascido usarão as roupas fornecidas pela equipe da Casa de Parto;
- Após o parto, será permitida a entrada de apenas uma bolsa transparente com os objetos de higiene pessoal, chinelos e roupa íntima para a paciente, e para o recém-nascido, touca, luva e meia. Caso sejam necessários outros itens, estes deverão ser autorizados pela equipe;
- A entrada de materiais/objetos poderá ser feita mediante preenchimento em duas vias (uma ficará retida no prontuário até a alta e a outra entregue na portaria pelo portador do objeto) do formulário próprio da Secretaria de Estado de Saúde pelo enfermeiro do plantão;
- Não será permitida a entrada de bolsas com roupas, exceto no momento da alta;
- **O horário de visita é das 10h00 às 18h00 horas;**
- Será permitida a entrada de dois visitantes por vez, evitando assim o cansaço desnecessário da paciente e de seu recém-nascido;
- A previsão da alta é de 24 a 48 horas após o parto, podendo ser adiada de acordo com a avaliação da equipe;
- **O Núcleo de segurança do paciente informa:**
- Após o parto só se levante se estiver alimentada; e não se levante sozinha, pois existe risco de **QUEDA**;
- Caso sinta tontura, fraqueza, não se levante. Comunique a equipe e solicite **AJUDA**;
- Não deixe o bebê sozinho na cama pois existe risco de **QUEDA**;
- Quando for dormir, coloque o bebê no berço pois existe risco de **SUFOCAMENTO**.
- Não retire sua pulseira de identificação, e nem a de seu bebê. Caso a pulseira se perca, comunique a **EQUIPE**;
- Não coloque alimentos no **BERÇO**;
- Para prevenir doenças lave as **MÃOS**
- **LEMBRE-SE:** Sua segurança e de seu filho, depende de cuidados essenciais, que algumas vezes, somente você e sua família podem oferecer.

ANEXO 2



ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHANTE NA CASA DE PARTO

DIREITOS DO ACOMPANHANTE:

- Conhecer rotinas e estrutura física da unidade;
- Ser tratado com cordialidade pelos servidores da instituição e funcionários das firmas prestadoras de serviço;
- Acompanhar a paciente durante o trabalho de parto, parto e puerpério;
- Acompanhar a paciente após o parto, sendo maior de 18 anos.
- O acompanhante terá direito as seguintes refeições: desjejum, almoço e jantar, podendo se ausentar para se alimentar fora da Casa de Parto, com prévio aviso a equipe.

DEVERES DO ACOMPANHANTE:

- Seguir as normas e rotinas da unidade quanto aos horários de visita e troca de acompanhante, bem como uso do telefone, entrada de alimentos e outros;
- Permanecer sempre ao lado da paciente, exceto nos momentos em que for solicitado pela equipe de saúde que se retire. Evitar transitar em outras enfermarias e dependências da Casa de Parto desnecessariamente;
- Comunicar à equipe de saúde quando houver necessidade de se ausentar;
- Assegurar que a cama e o berço sejam de uso exclusivo da paciente internada e de seu recém-nascido sendo proibido que outras pessoas, inclusive o acompanhante, se sentem, deitem e coloquem objetos sobre os mesmos;
- Jogar no lixo do banheiro fraldas descartáveis, absorventes e papel higiênico usados;
- Jogar no Hamper (sacos grandes em frente às portas das salas) toda roupa suja da paciente internada e de seu recém-nascido;
- Evitar a manipulação de soros e frascos ligados à paciente;
- Evitar o uso de short, mini-blusa e minissaia e evitar ficar sem camisa;
- Preservar a segurança e bem-estar da paciente e do Recém-nascido mantendo um tom de voz baixo e um ambiente o mais agradável possível;
- Zelar pelo bem público, manuseando adequadamente móveis e utensílios da unidade;
- Não movimentar móveis de um quarto para o outro ou da recepção para o quarto;
- Tratar com respeito, dignidade e cordialidade os servidores da instituição bem como funcionários das firmas prestadoras de serviços e demais acompanhantes da unidade;
- Submeter-se à rotina da unidade quanto à conferência de bolsas e sacolas no ato da saída, certificando-se de não portar materiais pertencentes à Casa de Parto;
- Lavar as mãos antes e depois de manusear a mãe e a criança;
- Evitar pegar recém-nascidos de outras pacientes;
- Providenciar chinelos, roupa íntima, material de higiene pessoal para a paciente, e toalha de banho, se desejar;
- Providenciar sabonete, luvas e meias nos dias frios, para o recém-nascido;
- Usar o telefone celular de forma criteriosa mantendo-o com toque em volume baixo, e, ao atender, manter o tom de voz baixo visando não prejudicar o repouso das pacientes e dos seus bebês;
- Não fumar nas dependências da Casa de Parto;
- Não retirar a paciente da Casa de Parto sem a confirmação da alta, podendo o ato refletir em penalidades jurídicas.

OBSERVAÇÕES:

- Não é permitido visitas e acompanhantes em estado de embriaguez;
- O acompanhante deverá estar em boas condições de saúde.

ANEXO 3

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA PARTO NORMAL

Este Termo de Esclarecimento e Responsabilidade se refere a assistência ao parto normal (vaginal) a que a senhora será submetida, e tem por finalidade elucidar/explicar a natureza desta assistência, suas consequências e riscos, bem como, após a compreensão de todos os termos e ciência, autorizar que sejam realizados os procedimentos que se fizerem necessários durante o mesmo.

Eu, _____,

RG _____ Telefone _____

Residente _____

Declaro que estou ciente sobre os riscos e benefícios do parto vaginal em centro de parto normal e que:

1. Entendi que por estar gestante e para que meu (s) filho (s) ou filha (s) possa (m) nascer devo me submeter a um procedimento de parto por via vaginal ou cesárea. Em caso de parto vaginal de risco habitual e que atenda aos critérios do protocolo da instituição, serei assistida pela equipe de enfermagem obstétrica da Casa de Parto de São Sebastião. Estou ciente que não existe procedimento na área obstétrica isento de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas assistenciais.
2. E, em caso de alguma situação que contraindique ou impossibilite o parto em centro de parto normal, serei removida ao Hospital da Região Leste e serei assistida por equipe médica e de enfermagem da referida unidade de saúde. O trabalho de parto se caracteriza pelas seguintes condições: contrações uterinas regulares (no mínimo 2 contrações a cada 10 minutos), colo uterino apagado e com 4 cm ou mais de dilatação e na condição das contrações uterinas serem frequentes e efetivas, elas serão capazes de dilatar o colo do útero, além de promover a descida do feto (bebê) pelo trajeto de parto, o que culmina no nascimento através da vagina materna.
Fui informada que entre o início do trabalho de parto e o nascimento transcorrerão, em média, 12 a 16 horas, porém esse tempo poderá ser menor ou maior conforme evolução individual de cada parturiente. Durante todo este tempo tenho direito a contar com a presença de um acompanhante de minha livre escolha, inclusive no momento do parto e após o mesmo. Estou ciente que para avaliar a progressão do trabalho de parto, meu bem-estar e do bebê, a equipe de enfermagem obstétrica necessitará realizar avaliações periódicas, entre elas: ausculta dos batimentos cardíaco-fetais, avaliação da dinâmica uterina, avaliação da dilatação do colo uterino, além dos sinais vitais da mãe (pressão arterial, pulso, frequência respiratória). Cabe ressaltar que o exame de toque obstétrico é extremamente importante para avaliação adequada da evolução do trabalho de parto e apenas será realizado quando houver indicação. A equipe de enfermeiros obstetras, pode indicar, se necessário, a avaliação do bem-estar fetal através de um exame chamado cardiotocografia, que será realizado dentro da unidade, além da ausculta rotineira dos batimentos cardíacos fetais.
3. Durante o período expulsivo pode ser indicado, pelo enfermeiro obstetra que estiver prestando atendimento ao parto, o uso da ocitocina sintética como medida de corrigir a frequência e a intensidade das contrações uterinas neste período, somente em pacientes que necessitem de tal medida.

4. Se houver laceração de trajeto (Cortes espontâneos na genitália feminina), pode ser necessário rafia (costura) das estruturas que se mostrarem lesionadas, com prévia informação à paciente e anestesia local. Fui informada ainda que, se houver necessidade, e apenas em casos previstos nas literaturas mais atuais, será indicada a episiotomia (corte em vagina e vulva), durante a fase de expulsão do feto e que serei informada quanto a indicação do procedimento e receberei anestesia local, antes da realização do mesmo. Esses procedimentos poderão eventualmente apresentar complicações como sangramentos, hematomas, pontos inflamados com recuperação dolorosa ou infecção que, na grande maioria dos casos, são solucionados após o tratamento.
5. Durante o parto normal, em casos raros poderá ocorrer a fratura de clavícula do recém-nascido e/ou lesão de plexo braquial, em ocorrências onde a extração fetal é difícil e que, na grande maioria dessas, o recém-nascido se restabelece em poucos dias apenas com imobilização local e, via de regra, sem deixar sequelas.
6. As complicações mais comuns do parto, seja ele vaginal ou através da cirurgia cesariana são a hemorragia e a infecção, ocasionados por diversos fatores, que na maioria das vezes, não podem ser previstos.
7. Em situações de emergência a equipe da casa de parto é treinada a prestar assistência de maneira adequada e eficiente, porém em alguns casos pode ser necessária a remoção para o hospital de referência para seguimento da assistência prestada, tanto para a genitora quanto para o recém-nascido.
8. Mesmo com todos os cuidados de assepsia (Uso de materiais esterilizados) e antissepsia (Higienização das mãos dos profissionais) infecções podem ocorrer. Nesses casos, existe a possibilidade de remoção da paciente ao hospital de referência para continuidade da assistência.
9. A placenta, as membranas e o cordão umbilical, serão examinados e desprezados após o nascimento do feto. A paciente poderá solicitar a equipe disponibilização dos mesmos para fins de interesse da família.
10. Complicações com o recém-nascido, mesmo que raras, também podem estar presentes na assistência ao pós-parto e, por vezes, pode ser necessária a transferência para o hospital de referência, a fim de dar continuidade a assistência e realizar tratamentos específicos.
11. As complicações citadas acima podem ocorrer tanto num ambiente hospitalar, quanto no ambiente de Centro de Parto Normal.
12. Estou ciente de que deverei adotar, durante o período de internação e após a alta hospitalar, todas as recomendações e prescrições de enfermagem, sob pena de provocar danos à minha saúde e de meu (minha) filho (a) em especial as relacionadas a cuidados de higiene, uso de medicamentos, cuidados com o recém-nascido e de atividades de vida diária.
13. Alguns medicamentos são administrados como rotina do serviço por estarem descritos em políticas públicas de saúde do Brasil, portanto serão realizados em todos os pacientes atendidos na Casa de Parto. São eles: ocitocina intramuscular no pós-parto imediato, para prevenção de hemorragia; vitamina K no RN ao nascer, para profilaxia da doença hemorrágica no bebê; e vacina contra hepatite B, que faz parte do Programa Nacional de Imunização.
14. Em caso de surgimento de qualquer sintoma de complicações relacionado ao parto deverei buscar atendimento na Casa de Parto de São Sebastião ou outra unidade de saúde mais próxima a minha residência.

Após a leitura cuidadosa deste documento tive a oportunidade de perguntar e esclarecer todas as minhas dúvidas em relação ao procedimento e suas intercorrências, as quais me foram esclarecidas. Declaro ainda que fui sincera e exata na declaração de meus antecedentes de

saúde, autorizando assim a realização dos procedimentos necessários a assistência ao meu trabalho de parto, parto e puerpério, incluindo remoções quando for o caso.

Assinatura

Assinatura do responsável e/ou
acompanhante (quando houver)

RG

Nome legível/ RG

Carimbo e assinatura do profissional

Grau de parentesco

Brasília, ____/____/____

ANEXO 4

CHECK LIST DO PARTO SEGURO – CASA DE PARTO DE SÃO SEBASTIÃO

NOME: _____

SES: _____ DATA: _____

ADMISSÃO	ANTES DO PARTO.	APÓS O NASCIMENTO	ANTES DA ALTA
<p>1. Gestante atende ao protocolo: () Sim () Não</p> <p>2. Tem acompanhante? () Sim () Não</p> <p>3. Identificação confirmada e realizada? () Sim () Não</p> <p>4. Partograma foi aberto? () Sim () Não</p> <p>5. Checar esquema completo de vacinas dTPa e Hepatite: () Completo () Incompleto</p> <p>_____</p> <p>() Não realizado ou sem informação</p> <p>6. A gestante foi informada sobre as rotinas e recursos facilitadores do TP parto? () Sim () Não</p> <p>7. Os testes rápidos foram realizados? () Sim () Não</p> <p>Ass. do profissional: _____</p>	<p>8. A equipe de atendimento ao parto foi completamente apresentada? () Sim () Não</p> <p>9. Paciente deseja colocar DIU no pós parto imediato? () Sim () Não</p> <p>10. Os materiais e medicamentos para o parto estão completos para a assistência à mulher e bebê? () Sim () Não, falta _____</p> <p>_____</p> <p>11. Bandeja de parto/RN dentro da validade de esterilização? () Sim () Não</p> <p>Ass. do profissional: _____</p>	<p>12. Realizada administração de Ocitocina profilática? () Sim () Não</p> <p>13. Pulseira de identificação colocada no RN e na Mãe? () Sim () Não</p> <p>14. A puérpera apresenta sangramento: () Fisiológico () Aumentado, pedir ajuda e iniciar protocolo HPP</p> <p>15. Involução uterina: () Abaixo da cicatriz umbilical () Na altura da cicatriz umbilical () Acima da cicatriz umbilical.</p> <p>16. Puérpera e acompanhante foram orientados quanto aos sinais de hemorragia, hipotensão? () Sim () Não</p> <p>17. O RN necessita de cuidados especiais e/ou acompanhamento nas primeiras horas? () Sim () Não</p> <p>18. O RN precisa ser transferido? () Sim. Em caso afirmativo, fazer contato prévio e verificar se a documentação está completa. () Não</p> <p>19. Colocado DIU? () Sim () Não</p> <p>Ass. do profissional: _____</p>	<p>20. Pressão arterial da puérpera: () Normotensa () Hipotensa. Se hipotensa, adiar a alta () Hipertensa. Se hipertensa encaminhar</p> <p>21. A puérpera apresenta sangramento: () Fisiológico () Aumentado</p> <p>22. Os medicamentos prescritos foram administrados e checados no TrakCare? () Sim () Não</p> <p>23. O registro de nascimento do RN foi feito no cartório? () Sim, registrar no prontuário() Não</p> <p>24. Cuidados para o RN na alta: () Rn necessita ser removido. Vericar se documentação está completa () Teste do pezinho () Teste do coraçãozinho () documentação completa.</p> <p>25. A documentação da puérpera está completa e organizada para a alta? () Sim () Não. Lembrar do relatório de alta no cartão.</p> <p>26. Puérpera e acompanhante receberam orientações de alta, retornos, cuidados com o RN e sinais de infecção puerperal. () Sim () Não.</p> <p>Ass. do profissional: _____</p>

ANEXO 5

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 cada 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 método, 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 visualizá-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, ____/____/____

