

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO

PARTO NORMAL

versão resumida



Brasília — DF
2017

DIRETRIZES NACIONAIS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

versão resumida



2017 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 8º andar

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel: (61) 3315-3466

Site: <http://conitec.gov.br/>

E-mail: conitec@saude.gov.br

Supervisão geral:

Clarice Alegre Petramale

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Organização:

Ávila Teixeira Vidal

João Batista Marinho de Castro Lima

Sonia Lansky

Elaboração de textos:

Aline Monte de Mesquita

Bruno Carvalho Cunha de Leão

Felipe de Araujo Bastos Vianna

João Batista Marinho de Castro Lima

Maria Elisa Cabanelas Pazos

Mauro Blini

Melania Maria Ramos de Amorim

Sérgio Hecker Luz

Sérgio Tadeu Martins Marba

Sibylle Emilie Vogt

Layout e diagramação:

Erika Freitas Pacheco Pereira

Normalização:

Luciana Cerqueira Brito – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. 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: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

51 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>

ISBN 978-85-334-2477-7

1. Parto normal. 2. Assistência ao parto. 3. Administração em saúde. I. Título.

CDU 618.4

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0231

Título para indexação:

National Guidelines for Normal Childbirth Care: short version

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DAS DIRETRIZES	4
1 INTRODUÇÃO E CONTEXTO	6
2 ESCOPO E FINALIDADES	8
2.1 Objetivos gerais	8
2.2 Objetivos específicos	8
3 A QUEM ESTAS DIRETRIZES SE DESTINAM	9
3.1 Profissionais/usuários destas diretrizes	10
4 QUEM DESENVOLVEU ESTAS DIRETRIZES	11
5 METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DESTAS DIRETRIZES	12
5.1 Elaboração do escopo	12
5.2 Processo para elaboração das Diretrizes	12
5.3 Das evidências às recomendações	13
5.4 Revisão externa	13
6 SUMÁRIO DE RECOMENDAÇÕES	14
6.1 Local de assistência ao parto	14
6.2 Cuidados gerais durante o trabalho de parto	15
6.3 Alívio da dor no trabalho de parto	17
6.4 Assistência no primeiro período do parto	22
6.5 Assistência no segundo período do parto	25
6.6 Assistência no terceiro período do parto	28
6.7 Cuidados maternos imediatamente após o parto	30
6.8 Assistência ao recém-nascido	33
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	46
Anexo A – Membros do Grupo Elaborador	46
Anexo B – Membros do Comitê Executivo	48
Anexo C – Comitê Consultivo	49

APRESENTAÇÃO DAS DIRETRIZES

O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu bebê. Se por um lado, o avanço da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade, e não como rotineiras. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de parir e nascer. Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu bebê, estão também em busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por elas neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas.

Por isso, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal nasceram de um esforço do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde da Mulher do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGSM/DAPES/ SAS/MS), em conjunto com diversas áreas do Ministério e outras instituições, sociedades e associações de profissionais (médicos e de enfermagem) e das mulheres, no intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil.

Estas Diretrizes foram elaboradas por um grupo multidisciplinar, o Grupo Elaborador das Diretrizes (GED), composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas, convidados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e pela Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM/DAPES/SAS/MS).

O escopo das Diretrizes e as perguntas a serem respondidas foram definidos com a participação de um grupo ampliado de interessados (Grupo Consultivo), entre eles sociedades e associações médicas, de enfermagem e das mulheres, agências reguladoras, pesquisadores, profissionais e conselhos de profissionais da saúde, além de áreas técnicas do Ministério da Saúde e a CONITEC.

O documento resultante do consenso obtido pelo grupo ampliado foi apresentado à CONITEC, em sua 42^a Reunião, realizada nos dias 02 e 03 de dezembro de 2015, na qual os membros dessa Comissão apreciaram a proposta com recomendação preliminar favorável, sendo, então, disponibilizada para Consulta Pública.

Logo, esta versão das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal inclui as modificações que foram realizadas após a Consulta Pública. Esta ficou disponível para contribuições no período de 12 de janeiro de 2016 a 29 de fevereiro de 2016, período estendido por solicitação da Associação Médica Brasileira (AMB).

Foram recebidas 396 contribuições, das quais: 66 de mulheres, 24 de familiares, amigos ou cuidadores, 233 de profissionais da saúde, 63 de interessados no tema e 10 de pessoas jurídicas, incluindo empresas (2), instituição de ensino (1), sociedades médicas (3) e grupos/associação/organização de pacientes (2) e outros (2).

Do total de contribuições, a maioria (84%) foi feita por mulheres. Na avaliação geral, 79% avaliaram as Diretrizes como boas ou muito boas, 7% como regulares e 14% como ruins ou muito ruins.

Todas as contribuições foram analisadas pelo Grupo Elaborador e apresentadas ao Grupo Consultivo, em reunião realizada no dia 17 de março de 2016, em que estiveram presentes representantes de entidades médicas, de enfermagem, de hospitais, de associações em defesa dos direitos das mulheres, de universidades, bem como especialistas em saúde da mulher e gestores da saúde. Nesta reunião, foi discutida amplamente a pertinência da alteração ou não do conteúdo das Diretrizes a partir de cada contribuição, e da discussão surgiram os consensos em torno das alterações pertinentes que poderiam ser feitas, à luz das contribuições da Consulta Pública e das evidências encontradas nas Diretrizes e nas fontes verificadas no processo de adaptação.

Importante ressaltar que só foram feitas alterações que não infringissem a metodologia de adaptação de diretrizes clínicas (ADAPTE) e que não fossem contrárias às evidências encontradas.

O resultado da Consulta Pública, bem como a análise de seu conteúdo, foram apresentados em reunião do plenário da CONITEC no dia 06 de abril de 2016, que aprovou o documento na íntegra, apenas com a ressalva de que fosse alterado o título para Diretrizes Nacionais (no plural) de Assistência ao Parto Normal, e que fossem incluídos no corpo do documento, nominalmente, todos os representantes de entidades de classe que participaram das reuniões do Grupo Consultivo.

Em fevereiro de 2017 a **Portaria nº 353**, de 14 de fevereiro de 2017, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal é publicada.

1 INTRODUÇÃO E CONTEXTO

A cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas, com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados (1,2). Isso significa que, a cada ano, o nascimento influencia parcela significativa da população brasileira, considerando as famílias e o seu meio social.

Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho ou filha. De fato, os avanços da obstetrícia contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. Entretanto, as mulheres e recém-nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, aspiração naso-faringeana, entre outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, são muito comuns, atingindo um grande número de mulheres e seus filhos ou filhas que são assistidas em hospitais no país. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu filho ou filha, estão também em busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas

Como resultado de pressões da opinião pública e consumidores de serviços de saúde, principalmente nos países mais desenvolvidos, assim como o surgimento de novas evidências científicas, a prática obstétrica tem sofrido mudanças significativas nos últimos 20-30 anos, com uma maior ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento (3). Com isso, vários procedimentos hospitalares têm sido questionados pela carência de evidências científicas que os suportem, a existência de evidências que os contra-indiquem e por trazerem desconforto à mulher. Também os ambientes onde o nascimento tem lugar têm sofrido modificações, tornando-se mais acolhedores e com rotinas mais flexíveis, permitindo que a mulher e sua família possam participar e expressar livremente suas expectativas e preferências. Surgem também, como opção, modalidades de assistência em ambientes não hospitalares, como o parto domiciliar e em centros de nascimento dentro ou fora dos hospitais. Questiona-se também o predomínio do profissional médico na assistência, com o fortalecimento das enfermeiras obstétricas e obstetrizas como atores importantes no processo assistencial.

Além do mais, há uma grande diversidade de práticas clínicas nos diversos ambientes de atenção e, frequentemente, também ocorre uma grande variedade de condutas aplicáveis a situações semelhantes. Esta variedade de práticas pode colocar em risco a segurança das parturientes e seus filhos ou filhas já que, em muitos casos, não devem estar recebendo a assistência mais adequada às suas necessidades e de acordo com as melhores evidências derivadas de estudos científicos bem desenhados. Em outros casos também, podem estar sendo submetidas a práticas diagnósticas ou terapêuticas com potencial de provocar danos. Adicionalmente, a enorme expansão do conhecimento científico publicado nos últimos anos dificulta a sua aquisição de forma rápida e eficiente por parte daqueles envolvidos na assistência. Muitos problemas podem ter a sua origem na aplicação inadequada do conhecimento ou mesmo a não aplicação da prática mais eficaz para lidar com situações específicas.

As diretrizes clínicas baseadas em evidências fornecem uma ferramenta adequada de consulta para os profissionais na sua atividade diária já que, se corretamente desenvolvidas, com avaliação sistemática e sintetização da informação científica disponível, são potentes aliadas na tomada de decisões. Nesse processo, as habilidades e experiência clínica do provedor de cuidados associadas às expectativas e necessidades únicas das mulheres e suas famílias, mais a informação derivada da melhor pesquisa científica, formam o tripé que se chama de prática clínica baseada em evidência, uma das regras básicas para uma assistência focada na qualidade.

Em junho de 2011 o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) (4), visando a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses”. No componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha figura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” (5). Seguindo essas determinações, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos e seus respectivos Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas e Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS), solicitou à Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM) e à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) a elaboração de diretrizes para a assistência ao parto normal, para utilização no SUS e Saúde Suplementar no Brasil.

A proposta desse documento é reunir informações resumidas sobre a elaboração, a metodologia e as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto, no sentido de dar transparência e acesso rápido e fácil para toda a sociedade sobre o resultado desse trabalho. O documento na íntegra, com toda a descrição das evidências que respaldaram as recomendações, bem como as adaptações que foram feitas está disponível em <<http://conitec.gov.br>>.

2 ESCOPO E FINALIDADES

2.1 Objetivos gerais

- Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal

2.2 Objetivos específicos

- Promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal;
- Diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto;
- Reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e consequentemente os seus agravos;
- Difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal; e
- Recomendar determinadas práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais.

3 A QUEM ESTAS DIRETRIZES SE DESTINAM

Estas Diretrizes deverão servir de referência e orientação para a assistência a:

- mulheres em trabalho de parto com parto normal planejado (espontâneo ou induzido) entre 37 e 42 semanas de gestação com feto único, vivo e em apresentação cefálica;
- gestantes com ruptura prematura de membranas no termo ou imediatamente antes do parto;
- parturientes que apresentarem eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto;
- anormalidades ou complicações mais comuns encontradas na assistência ao trabalho de parto e parto em todas as suas fases;
- recém-nascido normal imediatamente após o parto e nas primeiras horas de vida;
- recém-nascido imediatamente após o parto na presença de líquido meconial;
- recém-nascido normal em alojamento conjunto e no momento da alta; e
- aleitamento materno e estímulo à amamentação.

As seguintes situações não estão cobertas por estas Diretrizes:

- mulheres em trabalho de parto prematuro (antes de 37 semanas de gestação);
- conduta em outras anormalidades ou complicações do trabalho de parto e parto não constantes das diretrizes;
- mulheres com diagnóstico de morte fetal ou com complicações da gestação tais como desordens hipertensivas, diabetes, gravidez múltipla, restrição de crescimento fetal, apresentações anômalas, etc.;
- métodos e técnicas de indução do parto;
- técnicas de parto vaginal operatório ou cesariana;
- mulheres que necessitem de cuidados adicionais por infecção pelo HIV, herpes genital, estreptococo do grupo B ou outras infecções;
- tratamento da hemorragia pós-parto.

Nas mulheres em trabalho de parto a termo, espontâneo ou induzido, com complicações da gestação, tais como desordens hipertensivas, diabetes, gravidez múltipla, restrição de crescimento fetal, etc., estas Diretrizes também podem servir de referência já que algumas práticas e intervenções podem ser semelhantes.

Para efeito destas Diretrizes entende-se como parto normal ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções baseadas em evidências, em circunstâncias apropriadas, para facilitar o progresso do parto e um parto vaginal normal, tais como:

- estimulação do trabalho de parto com ocitocina;
- ruptura artificial de membranas;
- alívio farmacológico da dor (peridural, opióides, óxido nitroso);
- alívio não farmacológico da dor; ou
- manobra ativa no terceiro período.

3.1 Profissionais/usuários destas Diretrizes

Audiência primária:

- Todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao parto, tais como: médicos obstetras, pediatras, neonatologistas, anesthesiologistas, generalistas, enfermeiras obstétricas, obstetizes, enfermeiras assistenciais, técnicos de enfermagem, etc.
- Todos os profissionais em processo de treinamento envolvidos diretamente na assistência, tais como: especializando e residentes de enfermagem obstétrica e neonatal, graduandos de obstetrícia e médicos residentes de obstetrícia, neonatologia e anesthesiologia.

Audiência secundária:

- Todos os profissionais envolvidos indiretamente na assistência ao parto como fisioterapeutas, psicólogos, etc.
- Estudantes de graduação na prática de estágio curricular ou extra-curricular envolvidos no processo de assistência ao parto.
- As mulheres, seus familiares ou representantes.
- Doulas, educadores perinatais, etc.

4 QUEM DESENVOLVEU ESTAS DIRETRIZES

Estas Diretrizes foram elaboradas por um grupo multidisciplinar, o Grupo Elaborador das Diretrizes (GED), convidados pela CONITEC e CGSM/DAPES/SAS/MS. O grupo foi composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas. Foi designado como coordenador do GED um médico obstetra. (Anexo I)

Foi criado também um Comitê Executivo (Anexo II) do processo de elaboração das diretrizes, composto por profissionais do DGITS/SCTIE/MS, que é a Secretaria Executiva da CONITEC, e outros indicados pela CGSM/DAPES/SAS/MS. Esse Comitê se responsabilizou pela organização, planejamento e logística das oficinas do Conselho Consultivo e reuniões do GED.

Todos os membros do GED declararam seus potenciais conflitos de interesses em formulário próprio da CONITEC. No formulário, constam interesses relacionados com a indústria da saúde ou qualquer outro interesse, comercial ou financeiro, com as recomendações das diretrizes.

Os recursos para o custeio das atividades do GED, Conselho Consultivo e Comitê Executivo foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A participação de colaboradores da Agência Nacional de Saúde (ANS) foi custeada por esta Agência. Alguns membros do Conselho Consultivo tiveram suas despesas de deslocamento e estadia custeadas pelas suas respectivas entidades. Os órgãos financiadores não influenciaram nas decisões do GED.

5 METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DESTAS DIRETRIZES

5.1 Elaboração do escopo

O escopo das Diretrizes, assim como as questões a serem respondidas, foi elaborado em oficina realizada em Brasília, com a participação de indivíduos e instituições interessadas, convidados pela CGSM/DAPES/SAS/MS, que passou a ser chamado de Conselho Consultivo, cujos membros estão relacionados no Anexo III.

5.2 Processo para elaboração das Diretrizes

Após a listagem e aprovação das questões a serem respondidas, o painel organizador das Diretrizes, com a participação do coordenador do Grupo Elaborador, decidiu inicialmente buscar por diretrizes já elaboradas por outros grupos ou instituições e adaptá-las ao contexto brasileiro, utilizando o instrumento ADAPTE (6).

O processo de busca identificou seis diretrizes disponíveis em texto integral (7,8,9,10,11,12). Após o processo de busca e identificação, as diretrizes foram avaliadas por três avaliadores independentes, utilizando o instrumento AGREE II (13), que ranqueou as diretrizes por ordem de qualidade.

Após essa avaliação inicial, que foi realizada no mês de outubro de 2014, o grupo elaborador das Diretrizes decidiu utilizar, como fontes para a adaptação, as quatro diretrizes mais bem avaliadas, sendo excluídas as duas com piores avaliações. O motivo da exclusão foi porque obtiveram escore menor que 50% na avaliação geral. As duas diretrizes mais bem avaliadas foram escolhidas como referência principal para a adaptação (9,11), que seriam utilizadas para responder às questões clínicas definidas no escopo. Caso nenhuma das duas diretrizes principais abordasse o tópico, as outras duas escolhidas, por ordem decrescente no ranque da avaliação, seriam utilizadas para buscar a resposta.

Porém, após a definição dessa metodologia, o *National Institute for Health Care and Clinical Excellence* (NICE) publicou, em dezembro de 2014, a atualização das suas diretrizes de 2007 (14). As diretrizes de 2014 atualizaram vários dos tópicos das diretrizes de 2007, mas não todos, com pesquisa na literatura até fevereiro de 2014. Após essa publicação, as diretrizes de 2014 do NICE passaram a ser a fonte principal para a adaptação desenvolvida pelo Brasil.

Logo, as diretrizes utilizadas como referência para a adaptação para o Brasil foram:

Care of healthy women and their babies during childbirth - NCCWCH – NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. Intrapartum care London. 2007 e 2014 (11,14).

Guia de Prática Clínica sobre Cuidados com o Parto Normal - Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. 2010 (9).

Guideline relative to low risk birth - Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2010 (10).

Management of labor. Bloomington (MN) - Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). 2013 (7).

5.3 Das evidências às recomendações

As recomendações destas Diretrizes foram formuladas a partir das recomendações das diretrizes-fonte de adaptação, com modificação da linguagem que foi adaptada ao contexto brasileiro, mas relacionando-as explicitamente às evidências que as originaram. Algumas recomendações foram modificadas de acordo com a realidade brasileira, mas mantendo a sua relação com as evidências analisadas nas diretrizes-fonte de adaptação. O motivo das modificações está detalhado no texto que contém as Diretrizes na íntegra. As recomendações iniciais foram decididas através de consenso no Grupo Elaborador. As questões contidas no escopo destas Diretrizes que não foram abordadas por nenhuma das diretrizes consultadas e não foram respondidas, ficarão para a etapa de sua atualização. Outras recomendações foram elaboradas baseadas na legislação brasileira, quando aplicável, e por ausência de evidências que justificassem outra recomendação.

5.4 Revisão externa

Uma versão preliminar destas Diretrizes foi submetida a análise e considerações do Conselho Consultivo, composto por indivíduos e instituições listados no Anexo III. O Conselho Consultivo opinou sobre o texto e principalmente sobre as recomendações, fazendo as modificações necessárias. O texto final da versão preliminar, com suas recomendações, foi aprovado pelo Conselho Consultivo, em oficina realizada em Brasília, a qual contou também com a participação de membros do GED. Após aprovação na oficina foi encaminhado à subcomissão de análise da Subcomissão de PCDT (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas) da CONITEC, e depois encaminhada à plenária da CONITEC para aprovação. Após aprovação na plenária foi colocada em consulta pública para receber contribuições da sociedade. As contribuições foram analisadas pelo GED e pelo painel organizador e, quando factíveis, estas foram incorporadas a estas Diretrizes, desde que mantendo a relação com as evidências contidas nas diretrizes-fonte de adaptação. Após a incorporação das modificações, o texto final foi novamente aprovado em oficina do Conselho Consultivo e na plenária da CONITEC, sendo enviado para publicação.

6 SUMÁRIO DE RECOMENDAÇÕES

A seguir são apresentadas as recomendações de acordo com as seções das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. As Diretrizes na íntegra, com todas as tabelas, descrições e discussões das evidências, bem como todas as referências bibliográficas, estão disponíveis em <<http://conitec.gov.br>>.

6.1 Local de assistência ao parto

- 1 Informar às gestantes de baixo risco de complicações que o parto normal é geralmente muito seguro tanto para a mulher quanto para a criança.
- 2 Informar às gestantes de baixo risco sobre os riscos e benefícios dos locais de parto (domicílio, Centro de Parto Normal extra, peri ou intra hospitalar, maternidade). Utilizar as tabelas 1, 2, 3 e 4 para tal. Informar também que as evidências são oriundas de outros países, e não necessariamente aplicáveis ao Brasil.
- 3 As mulheres nulíparas ou multíparas que optarem pelo planejamento do parto em Centro de Parto Normal (extra, peri ou intra-hospitalar), se disponível na sua área de abrangência ou próximos dessa, e cientes dos riscos e benefícios desses locais, devem ser apoiadas em sua decisão.
- 4 Informar a todas as gestantes que a assistência ao parto no domicílio não faz parte das políticas atuais de saúde no país.
- 5 Informar às nulíparas de baixo risco de complicações que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado tendo em vista o maior risco de complicações para a criança. Informar também que as evidências são oriundas de outros países e não necessariamente aplicáveis ao Brasil.
- 6 Informar às multíparas de baixo risco de complicações que, tendo em vista o contexto brasileiro, o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não há como recomendar. No entanto, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio, desde que atenda o item 8.
- 7 As mulheres devem receber as seguintes informações sobre o local de parto:
 - acesso à equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria);
 - acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas ou obstetrizas;
 - acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.), analgesia regional e outras substâncias analgésicas;
 - a probabilidade de ser transferida para uma maternidade (se esse não for o local escolhido), as razões porque isso pode acontecer e o tempo necessário para tal.
- 8 Assegurar que todas as mulheres que optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência.

- 9** Utilizar as tabelas 5, 6, 7 e 8 como instrumentos de avaliação das mulheres em relação à escolha do local do parto:
- as tabelas 5 e 6 apresentam condições clínicas e situações onde existe um risco aumentado para a mãe e a criança durante ou imediatamente após o parto e a assistência em uma maternidade poderia reduzir este risco;
 - os fatores listados nas tabelas 7 e 8 são razões para aconselhar as mulheres a planejarem o parto em uma maternidade baseada em hospital, mas indica que outras situações sejam levadas em consideração em relação ao local do parto, tendo em vista a proximidade deste local com a maternidade e as preferências da mulher;
 - discutir os riscos e os cuidados adicionais que podem ser oferecidos em uma maternidade para que as mulheres possam fazer uma escolha informada sobre o local planejado para o parto.

Profissional que assiste o parto

- 10** A assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetriz.
- 11** É recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.

6.2 Cuidados gerais durante o trabalho de parto

Informações e comunicação

- 12** Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação de confiança com as mesmas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.
- 13** Para estabelecer comunicação com a mulher os profissionais devem:
- cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada;
 - manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando à ela que tudo está indo bem;
 - bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo;
 - perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa;
 - se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela, levando-se em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas;
 - verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem português;
 - avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela;
 - encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades;

- solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação;
- mostrar à mulher e aos seus acompanhantes como ajudar e assegurar-lhe que ela o pode fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser. Quando sair do quarto, avisar quando vai retornar;
- envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, tanto quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.

14 Durante o pré-natal informar as mulheres sobre os seguintes assuntos:

- riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, jejum, episiotomia, analgesia farmacológica, etc.);
- a necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes no mesmo momento que a mulher;
- estratégias de controle da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
- organização e indicadores assistenciais do local de atenção ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativos à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas;
- os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas.

Apoio físico e emocional

15 Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar.

16 O apoio por pessoal de fora da equipe hospitalar não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital.

17 Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.

18 As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher (ex. doula).

Dieta durante o trabalho de parto

19 Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água.

20 Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.

21 Os antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de baixo risco para anestesia geral durante o trabalho de parto.

22 As mulheres que receberem opióides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos.

Medidas de assepsia para o parto vaginal

23 A água potável pode ser usada para a limpeza vulvar e perineal se houver necessidade, antes do exame vaginal.

24 Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas únicas não necessariamente estéreis, são apropriadas para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais.

Avaliação do bem-estar fetal

25 A avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto:

Utilizar estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler:

- realizar a ausculta antes, durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única;
- registrar acelerações e desacelerações se ouvidas;
- Palpar o pulso materno se alguma anormalidade for suspeitada para diferenciar os batimentos fetais e da mãe.

6.3 Alívio da dor no trabalho de parto

Experiência e satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto

26 Os profissionais de saúde devem refletir sobre como suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude em lidar com a dor do parto e garantir que os seus cuidados apoiem a escolha da mulher.

Estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto

27 Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto.

28 Os gestores nacionais e locais devem proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto.

29 Se uma mulher escolher técnicas de massagem durante o trabalho de parto que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, ela deve ser apoiada em sua escolha.

30 Se uma mulher escolher técnicas de relaxamento no trabalho de parto, sua escolha deve ser apoiada.

31 A injeção de água estéril não deve ser usada para alívio da dor no parto.

32 A estimulação elétrica transcutânea não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido.

33 A acupuntura pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado e disponível para tal.

34 Apoiar que sejam tocadas as músicas de escolha da mulher durante o trabalho de parto.

- 35** A hipnose pode ser oferecida às mulheres que desejarem usar essa técnica durante o trabalho de parto, se houver profissional habilitado para tal.
- 36** Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se deve coibir as mulheres que desejarem usar audio-analgesia e aromaterapia durante o trabalho de parto.
- 37** Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.

Analgesia inalatória

- 38** O óxido nitroso a 50% em veículo específico pode ser oferecido para alívio da dor no trabalho de parto, quando possível e disponível, mas informar às mulheres que elas podem apresentar náusea, tonteados, vômitos e alteração da memória.

Analgesia intramuscular e endovenosa

- 39** Os opióides não devem ser utilizados de rotina pois estes oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para a mulher (náusea, sonolência e tonteados) e para a criança (depressão respiratória ao nascer e sonolência que pode durar vários dias) assim como interferência negativa no aleitamento materno.
- 40** Diante da administração de opióides (EV ou IM) utilizar concomitantemente um anti-emético.
- 41** Até duas horas após a administração de opióides (EV ou IM) ou se sentirem sonolentas, as mulheres não devem entrar em piscina ou banheira.
- 42** Analgesia com opióides é acompanhada de aumento na complexidade da assistência ao parto, como por exemplo: maior necessidade de monitorização e acesso venoso.
- 43** Uma vez que a segurança da realização de analgesia farmacológica no ambiente extra-hospitalar ainda não foi estabelecida, esta é restrita ao complexo hospitalar, seja bloco cirúrgico ou PPP (sala de pré-parto, parto e pós-parto).

Analgesia regional

- 44** A analgesia regional deve ser previamente discutida com a gestante antes do parto, e seus riscos e benefícios devem ser informados.
- 45** As seguintes informações devem ser oferecidas à mulher:
- a analgesia regional só está disponível no ambiente hospitalar;
 - é mais eficaz para alívio da dor que os opióides;
 - não está associada com aumento na incidência de dor lombar;
 - não está associada com primeiro período do parto mais longo ou aumento na chance de cesariana;
 - está associada com aumento na duração do segundo período do parto e na chance de parto vaginal instrumental;
 - necessita de nível mais elevado de monitoração e a mobilidade pode ser reduzida.
- 46** Uma vez que a segurança da realização de analgesia farmacológica no ambiente extra-hospitalar ainda não foi estabelecida, esta é restrita ao complexo hospitalar, seja bloco cirúrgico ou PPP (sala de pré-parto, parto e pós-parto).

- 47** A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isto inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos.
- 48** A analgesia peridural e a analgesia combinada raqui – peridural (RPC) constituem técnicas igualmente eficazes para alívio da dor de parto. A escolha entre elas será influenciada pela experiência do anestesiológico com a técnica.
- 49** Iniciar a analgesia peridural com as substâncias usuais (bupivacaína, ropivacaína e levobupivacaína) diluídas na dose: volume 13 a 20 ml em concentração de 0,0625% a 0,1%, acrescidos de fentanila (2 mcg/ml), ou opióide lipossolúvel em dose equipotente.
- 50** Quando se pretende fornecer alívio rápido da dor, sem elevação da dose de anestésico, a via intratecal é a técnica de escolha.
- 51** Quando se utilizar a RPC, adequar a dose ao momento do parto:
- fase não avançada do parto (doses próximas a 15 mcg de fentanila intratecal ou outro opióide lipossolúvel em dose equivalente);
 - fase avançada do parto (bupivacaína 1,25 mg intratecal ou outro anestésico em dose equivalente, associada ao opióide lipossolúvel).
- 52** A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser iniciada com a menor concentração efetiva de cada anestésico; como exemplo bupivacaína 0,0625% ou ropivacaína 0,1%, ambos acrescidos de fentanila (2 mcg/ml) ou doses equipotentes de outro opióide lipossolúvel.
- 53** A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser iniciada com volumes próximos a 10 ml/h.
- 54** A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser individualizada, levando em consideração a resposta à solução inicial, assim como particularidades da mulher. Mediante resposta insatisfatória na primeira hora de infusão, deve-se elevar a dose de anestésico, aumentando a taxa de infusão de forma escalonada até no máximo 20 ml/h. Mediante resposta persistentemente insatisfatória deve-se elevar a concentração do anestésico, após revisar posicionamento do cateter.
- 55** A manutenção da analgesia peridural em bolus intermitente ou sob regime de PCA (“analgesia peridural controlada pela paciente”) são os modos preferidos de administração para a manutenção da analgesia peridural.
- 56** A utilização de um ou outro modo dependerá da disponibilidade de recursos locais.
- 57** Não se recomendam rotineiramente altas concentrações de soluções de anestesia local (0,25% ou acima de bupivacaína ou equivalente) para estabelecer ou manter a analgesia peridural.
- 58** Antes da realização da analgesia regional de parto deve haver acesso venoso pré-estabelecido.
- 59** Pré-hidratação não deve ser utilizada de forma rotineira mas apenas em casos selecionados.

- 60** Toda gestante após analgesia regional deve ser avaliada quanto à ocorrência de hipotensão arterial, sendo a necessidade de hidratação ou suporte com substâncias vasoativas avaliada individualmente.
- 61** A manutenção da hidratação deve obedecer a recomendação citada no item dieta no trabalho de parto. Convém ressaltar que, em função da administração de opióides, a oferta de dieta com resíduos é proscriita após anestesia regional.
- 62** A gestante sob analgesia peridural, quando se sentir confortável e segura, deve ser encorajada a deambular e adotar posições mais verticais.
- 63** A administração da solução peridural não deve ser interrompida no intuito de se otimizar desfechos, mas deve obedecer as necessidades e desejo materno, ainda que no período expulsivo.
- 64** O cateter peridural, instalado durante o parto, poderá ser utilizado no terceiro estágio do parto, como, por exemplo, na reparação perineal.
- 65** Após confirmados os 10 cm de dilatação, não se deve incentivar a gestante a realizar puxos, exceto se tardiamente (sugere-se no mínimo após 1 hora de dilatação total) ou quando a cabeça fetal se tornar visível.
- 66** Os puxos devem ser sempre durante a contração.
- 67** Após constatado 10 cm de dilatação, devem ser estabelecidas estratégias para que o nascimento ocorra em até 4 horas, independente da paridade.
- 68** A administração de ocitocina após analgesia regional não é recomendada de rotina e deve obedecer as recomendações referentes ao uso de uterotônicos expostas nas seções específicas.
- 69** A técnica de analgesia no parto deve visar o controle adequado da dor com o menor comprometimento possível das funções sensoriais, motoras e autonômicas. Para isto a iniciação e manutenção da analgesia com baixas concentrações de anestésico local constitui fator fundamental, particularmente importante para que as parturientes se mantenham em movimento.
- 70** Toda gestante submetida a analgesia de parto deverá estar com monitorização básica previamente instalada (Pressão Arterial Não Invasiva - PANI a cada 5 minutos e oximetria de pulso).
- 71** Estando sob monitorização, após 15 minutos da administração do(s) agente(s), a gestante deverá ser avaliada quanto à resposta (nível do bloqueio, sensibilidade perineal, testes de função motora, teste do equilíbrio e de hipotensão postural). Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate “estado de anestesia” (hiposensibilidade e bloqueio motor) a gestante deverá permanecer no leito sob vigilância constante até nova reavaliação. Caso a avaliação seja favorável, somente “estado de analgesia”, a gestante estará sem impedimentos para deambular e assumir a posição que desejar.
- 72** Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate estado de anestesia (hiposensibilidade e bloqueio motor), os quais persistem mesmo após o terceiro estágio, a gestante deverá ser encaminhada a SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica) e permanecer no leito sob vigilância constante até alta pelo médico anestesiológista.

- 73** A rotina de monitoração para iniciação da analgesia de parto deve ser repetida nos momentos de doses de resgate via cateter peridural.
- 74** Se após 30 minutos do início da analgesia ou dose de resgate for constatada inefetividade, o anestesiologista deverá considerar falha técnica ou revisar individualmente as necessidades de alívio da parturiente.
- 75** Uma vez realizada analgesia de parto, ainda que não ocorram doses de resgate, o anestesiologista deverá acompanhar a parturiente, com avaliação horária, até o terceiro período.
- 76** Considerando a possibilidade de complicações, todo cateter peridural deve ser retirado pelo médico anestesiologista. A gestante não poderá receber alta do bloco obstétrico, unidade PPP ou SRPA com cateter instalado, exceto com a autorização do anestesiologista.
- 77** Toda parturiente submetida a início de analgesia regional ou doses adicionais de resgate, seja qual for a técnica, deve sersubmetida a ausculta intermitente da FCF de 5 em 5 minutos por no mínimo 30 minutos. Uma vez alterado deve-se instalar CTG, assim como proceder a cuidados habituais como decúbito lateral esquerdo e avaliar necessidade de otimização das condições respiratórias e circulatórias. Caso não ocorra melhora, seguir diretrizes próprias para conduta no estado fetal não tranquilizador.
- 78** Se ocorrerem anormalidades graves da FCF, não transitórias, considerar outra causa que não analgesia regional e seguir diretrizes próprias para conduta no estado fetal não tranquilizador.

Ruptura prematura de membranas (RPM) no termo

- 79** Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente.
- 80** Se houver dúvida em relação ao diagnóstico de ruptura das membranas realizar um exame especular. Evitar toque vaginal na ausência de contrações.
- 81** Explicar às mulheres com ruptura precoce de membranas no termo que:
- o risco de infecção neonatal grave é de 1%, comparado com 0,5% para mulheres com membranas intactas;
 - 60% das mulheres com ruptura precoce de membranas no termo entrará em trabalho de parto dentro de 24 horas;
 - a indução do trabalho de parto é apropriada dentro das 24 horas após a ruptura precoce das membranas.
- 82** Até que a indução do trabalho de parto seja iniciada ou se a conduta expectante for escolhida pela gestante para além de 24 horas:
- aconselhar a mulher a aguardar em ambiente hospitalar;
 - medir a temperatura a cada 4 horas durante o período de observação e observar qualquer alteração na cor ou cheiro das perdas vaginais;
 - se a mulher optar por aguardar no domicílio manter as mesmas recomendações anteriores e informá-la que tomar banho não está associado com um aumento da infecção, mas ter relações sexuais pode estar.
- 83** Avaliar a movimentação fetal e a frequência cardíaca fetal na consulta inicial e depois a cada 24 horas após a ruptura precoce das membranas, enquanto a mulher não entrar em trabalho de parto, e aconselhá-la a comunicar imediatamente qualquer diminuição nos movimentos fetais.

84 Se o trabalho de parto não se iniciar dentro de 24 horas após a ruptura precoce das membranas, a mulher deve ser aconselhada a ter o parto em uma maternidade baseada em hospital, com serviço de neonatologia.

Eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto

85 Não se aconselha o uso de sistemas de gradação e classificação de mecônio para a conduta na eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto, exceto quando se considerar a amnioinfusão ou como critério de transferência. Ver recomendações 87, 96 e 97.

86 Tanto a monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, como a ausculta fetal intermitente, seguindo técnicas padronizadas, podem ser utilizadas para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto.

87 Considerar a realização de amnioinfusão diante da eliminação de mecônio moderado a espesso durante o trabalho de parto, se não houver disponibilidade de monitoração eletrônica fetal contínua.

88 Não existem evidências para recomendar ou não recomendar a cesariana apenas pela eliminação isolada de mecônio durante o trabalho de parto.

6.4 Assistência no primeiro período do parto

Diagnóstico do início do trabalho de parto e momento de admissão para assistência ou início da assistência no domicílio

89 Incluir o seguinte quando da avaliação precoce ou triagem de trabalho de parto em qualquer local de assistência:

- indagar à mulher como ela está e sobre os seus desejos, expectativas e preocupações;
- indagar sobre os movimentos da criança, incluindo qualquer mudança nos mesmos;
- oferecer informações sobre o que a mulher pode esperar na fase de latência do trabalho de parto e o que fazer se sentir dor;
- oferecer informações sobre o que esperar quando procurar assistência;
- estabelecer um plano de cuidados com a mulher, incluindo orientação de quando e com quem contatar posteriormente;
- oferecer orientação e apoio para o(s) acompanhante(s) da mulher.

90 Se uma mulher busca orientação ou assistência em uma maternidade ou unidade de parto extra, peri ou intra-hospitalar:

- **E não está em trabalho de parto estabelecido (≤ 3 cm de dilatação cervical):**

- ter em mente que a mulher pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição;
- oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário;
- encorajar e aconselhar a mulher a permanecer ou retornar para casa, levando em consideração as suas preocupações, a distância entre a sua casa e o local do parto e o risco deste acontecer sem assistência.

- **Estar em trabalho de parto estabelecido (≥ 4 cm de dilatação cervical):**

- Admitir para assistência

Definição e duração das fases do primeiro período do trabalho de parto

91 Para fins destas Diretrizes, utilizar as seguintes definições de trabalho de parto:

- **Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto – um período não necessariamente contínuo quando:**
 - há contrações uterinas dolorosas **E**
 - há alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm.
- **Trabalho de parto estabelecido – quando:**
 - há contrações uterinas regulares **E**
 - há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.

92 A duração do trabalho de parto ativo pode variar:

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

Observações e monitoração no primeiro período do parto

93 Registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:

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

94 Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto, modelo da OMS ou equivalente.

95 Transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital ou solicitar assistência de médico obstetra, se o mesmo não for o profissional assistente, se qualquer uma das seguintes condições forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios.

• Observações da mulher:

- pulso > 120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
- PA sistólica ≥ 160 mmHg **OU** PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida;
- PA sistólica ≥ 140 mmHg **OU** diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- proteinúria de fita 2+ + ou mais **E** uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg;
- temperatura de 38°C ou mais em uma única medida **OU** $37,5^{\circ}\text{C}$ ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo ;
- qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão;
- presença de mecônio significativo;
- dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
- progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto;
- solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional;
- emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada.

• **Observações fetais:**

- qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão;
- situação transversa ou oblíqua;
- apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara;
- suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia;
- suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio;
- frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;
- desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

96 Se mecônio significativo (verde escuro ou preto, grosso, tenaz, contendo grumos) estiver presente assegurar que:

- profissionais treinados em suporte avançado de vida neonatal estejam presentes no momento do parto.

97 Se mecônio significativo estiver presente, transferir a mulher para uma maternidade baseada em hospital de forma segura desde que seja improvável que o parto ocorra antes da transferência se completar.

Intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto

98 O enema não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto.

99 A tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto.

100 A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.

101 As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto.

Falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto

102 Se houver suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto levar em consideração:

- o ambiente onde a mulher está sendo assistida;
- a atitude da mulher, se postura mais ativa ou não;
- estado emocional da mulher;
- o tipo de apoio e suporte físico e emocional que a mulher estiver recebendo;
- paridade;
- dilatação e mudanças cervicais;
- contrações uterinas;
- altura e posição da apresentação;
- necessidade de referência ou solicitação de assistência profissional apropriada.

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

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

- 104** Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Explicar o procedimento e avisar que o mesmo irá diminuir o trabalho de parto por cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações.
- 105** Se a amniotomia for ou não realizada, realizar um exame vaginal após 2 horas e confirmar falha de progresso se a dilatação progredir menos que 1 cm.
- 106** Se for confirmada falha de progresso no primeiro estágio do parto:
- A mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados. O mesmo deverá realizar uma revisão e diagnosticar a falha de progresso e decidir sobre as opções de conduta, incluindo o uso de ocitocina.
 - Explicar que o uso de ocitocina após a ruptura das membranas irá diminuir o tempo para o parto mas não influenciará no tipo de parto ou outros desfechos.
- 107** Se as membranas estiverem íntegras e o diagnóstico de falha de progresso for confirmado, aconselhar à mulher a ser submetida a uma amniotomia e repetir o exame vaginal 2 horas após, independente do estado das membranas.
- 108** Oferecer apoio e controle efetivo da dor a todas as mulheres com falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto.
- 109** Informar às mulheres que a ocitocina irá aumentar a frequência e intensidade das contrações e que a criança deverá ser monitorada continuamente ou com mais frequência.
- 110** Oferecer analgesia peridural, se disponível, se for indicado o uso de ocitocina.
- 111** Se a ocitocina for utilizada assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos. Aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos.
- 112** Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina:
- se a dilatação cervical aumentou menos que 2 cm após 4 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana;
 - Se a dilatação cervical aumentou 2 cm ou mais após 4 horas, continuar observação do progresso do parto.

6.5 Assistência no segundo período do parto

Ambiente de assistência, posições e imersão em água

- 113** Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios
- 114** Informar às mulheres que há insuficiência de evidências de alta qualidade, tanto para apoiar como para desencorajar o parto na água.

Puxos e manobra de Kristeller

- 115** Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.
- 116** Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.
- 117** Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, o puxo deve ser adiado por pelo menos 1 hora ou mais, se a mulher o desejar, exceto se a mulher quiser realizar o puxo ou a cabeça do bebê estiver visível. Após 1 hora a mulher deve ser incentivada ativamente para realizar o puxo durante as contrações.
- 118** A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto.

Definição e duração do segundo período do trabalho de parto

- 119** Para fins destas Diretrizes, o segundo período do parto deverá ser definido como:

- **fase inicial ou passiva:** dilatação total do colo sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve;
- **fase ativa:** dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero, na ausência das contrações de expulsão.

- 120** Se a dilatação completa do colo uterino for confirmada em uma mulher sem analgesia regional e não for identificado puxo, uma nova avaliação mais aprofundada deverá ser realizada em 1 hora para identificação da fase do segundo período.
- 121** A distribuição dos limites de tempo encontrados nos estudos para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto é a seguinte:

- **primíparas:** cerca de 0,5–2,5 horas sem peridural e 1–3 horas com peridural.
- **multíparas:** até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural.

- 122** Para a conduta na falha de progresso do segundo período deve-se considerar a paridade, da seguinte maneira:

- **Nulíparas:**
 - na maioria das mulheres o parto deve ocorrer no prazo de 3 horas após o início da fase ativa do segundo período;
 - a confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 2 horas e a mulher deve ser encaminhada, ou assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório, se o nascimento não for iminente.
- **Multíparas:**
 - na maioria das mulheres o parto deve ocorrer no prazo de 2 horas após o início da fase ativa do segundo período;
 - A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 1 hora e a mulher

deve ser encaminhada, ou assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório, se o nascimento não for iminente.

Falha de progresso no segundo período do parto

- 123** Se houver prolongamento do segundo período do trabalho de parto, ou se a mulher estiver excessivamente estressada, promover medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.
- 124** Se as contrações forem inadequadas no início do segundo período, considerar o uso de ocitocina e realização de analgesia regional.
- 125** Para as nulíparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.
- 126** Para as multíparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos de segundo estágio ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.
- 127** Um médico obstetra deve avaliar a mulher com prolongamento confirmado do segundo período do parto antes do uso de ocitocina.
- 128** Após a avaliação obstétrica inicial, manter a revisão a cada 15-30 minutos.
- 129** Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período.
- 130** Reconhecer que, em algumas ocasiões, a necessidade de ajuda por parte da mulher no segundo estágio pode ser uma indicação para o parto vaginal assistido quando o apoio falhar.
- 131** A escolha do instrumento para o parto instrumental dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional.
- 132** Por ser um procedimento operatório, uma anestesia efetiva deve ser oferecida para a realização de um parto vaginal instrumental.
- 133** Se a mulher recusar anestesia ou a mesma não estiver disponível, realizar um bloqueio de pudendo combinado com anestesia local do períneo durante o parto instrumental.
- 134** Mesmo se houver preocupação com o bem-estar fetal, uma anestesia efetiva pode ser realizada mas, se o tempo não permitir, realizar um bloqueio de pudendo combinado com anestesia local do períneo durante o parto instrumental.
- 135** Orientar a mulher e realizar uma cesariana se o parto vaginal não for possível.

Cuidados com o períneo

- 136** Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto.

- 137** Considerar aplicação de compressas mornas no períneo no segundo período do parto.
- 138** Não se recomenda a aplicação de spray de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto.
- 139** Tanto a técnica de ‘mãos sobre’ (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de ‘mãos prontas’ (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.
- 140** Se a técnica de ‘mãos sobre’ for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar à mulher para não empurrar nesse momento.
- 141** Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo.
- 142** Se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.
- 143** Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia.

6.6 Assistência no terceiro período do parto

- 144** Reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. Assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho.
- 145** Para efeito destas Diretrizes, utilizar as seguintes definições:
O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas.
- **A conduta ativa no terceiro período envolve um conjunto de intervenções com os seguintes componentes:**
 - uso rotineiro de substâncias uterotônicas;
 - clampeamento e secção precoce do cordão umbilical; e
 - tração controlada do cordão após sinais de separação placentária.
 - **A conduta fisiológica no terceiro período do parto envolve um conjunto de cuidados que inclui os seguintes componentes:**
 - sem uso rotineiro de uterotônicos;
 - clampamento do cordão após parar a pulsação;
 - expulsão da placenta por esforço materno.
- 146** Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos. Seguir recomendações 164-172 no caso de placenta retida.
- 147** Manter observação rigorosa da mulher, com as seguintes avaliações:
- condição física geral, através da coloração de pele e mucosas, respiração e sensação de bem-estar;
 - perda sanguínea

148 Se houver hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher:

- solicitar assistência de médico obstetra para assumir o caso, se este não for o profissional assistente no momento;
- instalar acesso venoso calibroso e informar a puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos;
- se o parto ocorreu em domicílio ou unidade de parto extra ou peri-hospitalar, a puérpera deve ser transferida imediatamente para uma maternidade baseada em hospital.

149 Explicar à mulher, antes do parto, as opções de conduta no terceiro período, com os riscos e benefícios de cada uma.

150 Explicar à mulher que a conduta ativa:

- encurta o terceiro período em comparação com a conduta fisiológica;
- está associado a náusea e vômitos em cerca de 100 mulheres em 1.000;
- está associado com um risco aproximado de 13 mulheres em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro; e
- está associada com um risco aproximado de 14 em 1.000 de uma transfusão de sangue.

151 Explicar à mulher que a conduta fisiológica:

- está associada a náusea e vômitos em cerca de 50 mulheres em 1.000;
- está associada com um risco aproximado de 29 mulheres em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro; e
- está associada com um risco aproximado de 40 mulheres em 1.000 de uma transfusão de sangue.

152 A conduta ativa é recomendada na assistência ao terceiro período do parto pois está associada com menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea.

153 Se uma mulher com baixo risco de hemorragia pós-parto solicitar conduta expectante, apoiá-la em sua escolha.

154 Para a conduta ativa, administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão. A ocitocina é preferível, pois está associada com menos efeitos colaterais do que a ocitocina associada à ergometrina.

155 Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão.

- Não realizar a secção do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal.
- Pinçar o cordão antes de 5 minutos após o nascimento para realizar a tração controlada do cordão como parte da conduta ativa.
- Se uma mulher solicitar o clampeamento e secção do cordão após 5 minutos, apoiá-la em sua escolha.

156 Após a secção do cordão realizar tração controlada do mesmo.

157 A tração controlada do cordão, como parte da conduta ativa, só deve ser realizada após administração de ocitocina e sinais de separação da placenta.

- 158** Documentar o momento do clampeamento do cordão tanto na conduta ativa quanto na conduta expectante.
- 159** Mudar da conduta expectante para a conduta ativa se ocorrer:
- hemorragia;
 - a placenta não dequitou 1 hora após o parto.
- 160** Oferecer a conduta ativa, quando a mulher prefere encurtar o terceiro estágio do trabalho de parto.
- 161** Não usar injeção de ocitocina na veia umbilical rotineiramente.
- 162** As mulheres que apresentarem fatores de risco para hemorragia pós-parto devem ser orientadas a ter o parto em uma maternidade baseada em hospital, onde existem mais opções de tratamentos emergenciais;
- 163** Se uma mulher apresentar fatores de risco para hemorragia pós-parto, isso deve ser registrado no seu prontuário e cartão de pré-natal, para que um plano de assistência no terceiro período do parto seja realizado.

Retenção placentária

- 164** Explicar para a mulher o que está acontecendo e quais serão os procedimentos necessários
- 165** Providenciar um acesso venoso calibroso.
- 166** Não usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta.
- 167** Usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta, se houver hemorragia.
- 168** Realizar exame vaginal minucioso. Oferecer analgesia para este procedimento e providenciar, se a mulher demandar.
- 169** Providenciar transferência antes da exploração uterina, se o parto ocorreu em uma modalidade extra-hospitalar.
- 170** Não realizar remoção manual ou cirúrgica sem analgesia adequada.

6.7 Cuidados maternos imediatamente após o parto

Observação e monitoração da mulher imediatamente após o parto

- 171** Realizar as seguintes observações da mulher logo após o parto:
- temperatura, pulso e pressão arterial;
 - lóquios e contrações uterinas;
 - examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais;
 - avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto;
 - micção bem sucedida.
 - Transferir a mulher ou solicitar assistência de médico obstetra, se este não for o profissional responsável, se qualquer das seguintes situações forem atingidas, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios:
 - pulso > 120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;

- PA sistólica ≥ 160 mmHg **OU** PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida;
- PA sistólica ≥ 140 mmHg **OU** diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- proteinúria de fita 2+ + ou mais **E** uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg;
- temperatura de 38°C ou mais em uma única medida **OU** $37,5^{\circ}\text{C}$ ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
- bexiga palpável e ausência de micção 6 horas após o parto;
- emergência obstétrica – hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno;
- placenta retida ou incompleta;
- lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado.

Cuidados com o períneo

172 O trauma perineal ou genital deve ser definido como aquele provocado por episiotomia ou lacerações, da seguinte maneira:

- **Primeiro grau** – lesão apenas da pele e mucosas
- **Segundo grau** – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal
- **Terceiro grau** – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal:
 - 3a – laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal
 - 3b – laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal
 - 3c – laceração do esfíncter anal interno.
- **Quarto grau** – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal.

173 Antes de avaliar o trauma genital:

- explicar à mulher o que será realizado e o porquê;
- ofereça analgesia adequada;
- assegurar boa iluminação;
- posicionar a mulher de maneira confortável e com boa exposição das estruturas genitais.

174 Realizar o exame inicial de maneira gentil e sensível. Isto pode ser feito imediatamente após o parto.

175 Se for identificado trauma perineal, uma avaliação sistemática do mesmo deve ser realizada.

176 Na avaliação sistemática do trauma genital:

- explicar novamente o que será realizado e porque;
- providenciar analgesia local ou regional efetiva;
- avaliar visualmente toda a extensão do trauma, incluindo as estruturas envolvidas, o ápice da lesão e o sangramento;
- na suspeita de qualquer lesão da musculatura perineal, realizar exame retal para verificar se ocorreu algum dano ao esfíncter anal externo e interno.

- 177** Assegurar que o momento para essa avaliação sistemática não interfira na relação mãe-filho exceto se houver sangramento que requeira medidas de urgência.
- 178** Ajudar a mulher a adotar uma posição que permita uma visualização adequada do grau do trauma e para o reparo. Manter essa posição apenas pelo tempo necessário para a avaliação sistemática e reparo do períneo. Se não for possível uma avaliação adequada do trauma, a mulher deverá ser assistida por médico obstetra, se esse não for o profissional que assistiu o parto. Se o parto ocorreu fora do hospital, a mesma deverá ser transferida para uma maternidade baseada em hospital.
- 179** Solicitar avaliação de um profissional mais experiente se houver incerteza quanto à natureza e extensão do trauma. Transferir a mulher (com a criança) para uma maternidade baseada em hospital, se o parto ocorreu fora da mesma e se o reparo necessitar de avaliação cirúrgica ou anestésica especializada.
- 180** Documentar a avaliação sistemática e os seus resultados.
- 181** Tanto as enfermeiras obstétricas ou obstetrizas, como os médicos obstetras envolvidos na assistência ao parto devem estar adequadamente treinados na avaliação e reparo do trauma genital, certificando-se que essas habilidades sejam mantidas.
- 182** Aconselhar a mulher que, no caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem apostas.
- 183** Aconselhar a mulher que, no caso de um trauma de segundo grau, o músculo deve ser suturado, a fim de melhorar a cicatrização.
- 184** Durante o reparo perineal:
- assegurar analgesia efetiva com a infiltração de até 20 ml de lidocaína 1% ou equivalente ou;
 - realizar nova dose de anestésico peridural se a mulher estiver com catéter, ou realizar uma anestesia espinal.
- 185** Se a mulher relatar alívio inadequado da dor, a qualquer momento, levar isso em consideração imediatamente e providenciar método mais eficaz de alívio.
- 186** Não há necessidade de sutura da pele se as suas bordas se apõem após a sutura do músculo, em trauma de segundo grau ou episiotomia.
- 187** Se houver necessidade de sutura da pele, utilizar uma técnica subcutânea contínua .
- 188** Realizar a reparação perineal usando uma técnica de sutura contínua para a camada de parede vaginal e músculo.
- 189** Recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para suturar o períneo.
- 190** Observar os princípios básicos seguintes ao realizar reparos perineais.
- Realize a reparação do trauma perineal utilizando técnicas assépticas.
 - Verifique os equipamentos e conte as compressas, gazes e agulhas antes e depois do procedimento.

- Uma boa iluminação é essencial para identificar as estruturas envolvidas.
- O trauma de difícil reparação deve ser reparado por um médico experiente sob anestesia local ou geral.
- Inserir um cateter vesical permanente por 24 horas para evitar retenção urinária.
- Certifique-se de que um bom alinhamento anatômico da ferida foi alcançado e que se dê atenção aos resultados estéticos.
- Realizar exame retal após a conclusão do reparo em casos de trauma de difícil abordagem ou de 3o ou 4o graus, para garantir que o material de sutura não foi acidentalmente inserido através da mucosa retal.
- Após a conclusão do reparo, documentar detalhadamente a extensão do trauma, o método de reparação e os materiais usados.
- Dar a informação à mulher sobre a extensão do trauma, o alívio da dor, dieta, higiene e a importância dos exercícios do assoalho pélvico.

191 Recomenda-se oferecer supositórios retais de anti-inflamatórios não esteróides rotineiramente após o reparo do trauma perineal de primeiro e de segundo grau, desde que esses medicamentos não sejam contraindicados.

6.8 Assistência ao recém-nascido

Assistência imediatamente após o parto

- 192** O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetiz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.
- 193** É recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em todos os passos da reanimação neonatal.
- 194** Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.
- 195** Os estabelecimentos de saúde que mantenham profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal no momento do parto, deverá possuir em sua equipe de retaguarda, durante 24 horas, ao menos um médico que tenha realizado treinamento teórico-prático em reanimação neonatal.
- 196** Realizar o índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida, rotineiramente.
- 197** Coletar sangue de cordão para análise de pH em recém-nascidos com alterações clínicas, tais como respiração irregular e tônus diminuído. Não fazer a coleta de maneira rotineira e universal.
- 198** Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável.
- 199** Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.

- 200** Realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal.
- 201** A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido.
- 202** O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento.
- 203** Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina.
- 204** Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica.
- 205** A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade.
- 206** Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses.
- 207** A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia.
- 208** Para recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena.
- 209** Ao nascimento, avaliar as condições do recém-nascido — especificamente a respiração, frequência cardíaca e tônus — no sentido de determinar se a ressuscitação é necessária de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal.
- 210** Todos os profissionais que prestam cuidados diretos no nascimento devem ser treinados em reanimação neonatal de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal.
- 211** Em todas os locais de parto:
- planejar o cuidado e ter em mente que pode ser necessário chamar por ajuda se o recém-nascido precisar de ressuscitação;
 - assegurar que existam recursos para ressuscitação e para transferência do recém-nascido para outro local se necessário;
 - desenvolver fluxogramas de referência de emergência e implementá-los se necessário.
- 212** Se o recém-nascido necessitar de ressuscitação básica, iniciar com ar ambiente.
- 213** Minimizar a separação do recém-nascido e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas.
- 214** Se houver mecônio significativo e o recém-nascido não apresentar respiração, frequência cardíaca e tônus normais o

mesmo deve ser assistido segundo diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal, incluindo realização precoce de laringoscopia e sucção sob visão direta.

- 215** Se houver mecônio significativo e a criança estiver saudável, a mesma deve ser observada em uma unidade com acesso imediato a um neonatologista. Essas observações devem ser realizadas com 1 e 2 horas de vida e depois de 2 em 2 horas por 12 horas.
- 216** Se não houver mecônio significativo, observar o recém-nascido com 1 e 2 horas de vida em todos os locais de parto.
- 217** Se qualquer um dos seguintes sinais forem observados, com qualquer grau de mecônio, o recém-nascido deve ser avaliado por um neonatologista/pediatra (o recém-nascido e a mãe devem ser transferidos se não estiverem em uma maternidade):
- frequência respiratória > 60 ipm;
 - presença de gemidos;
 - frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm;
 - enchimento capilar acima de 3 segundos;
 - temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $37,5^{\circ}\text{C}$ em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
 - saturação de oxigênio $< 95\%$ (a medida da saturação de oxigênio é opcional após mecônio não significativo);
 - presença de cianose central confirmada pela Oximetria de pulso se disponível.
- 218** Explicar os achados para a mulher e informá-la sobre o que procurar e com quem falar se tiver qualquer preocupação.
- 219** Estimular as mulheres a terem contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento.
- 220** Cobrir a criança com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele.
- 221** Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido.
- 222** Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida.
- 223** Registrar a circunferência cefálica, temperatura corporal e peso após a primeira hora de vida.
- 224** Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer transferência.
- 225** Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento.

Tabela 1

Taxas de parto vaginal espontâneo, transferência para uma maternidade baseada em hospital e intervenções obstétricas para cada local planejado para o parto: múltiparas de baixo risco (16, 17)

Eventos	Número de incidências por 1.000 múltiparas que dão à luz			
	Domicílio	Centro de Parto Normal extra-hospitalar	Centro de Parto Normal peri ou intra hospitalar	Maternidade baseada em hospital
Parto vaginal espontâneo	984*	980	967	927*
Transferência para maternidade baseada em hospital	115*	94	125	10**
Analgesia regional (peridural ou raquidiana***)	28*	40	60	121*
Episiotomia	15*	23	35	56*
Cesariana	7*	8	10	35*
Parto instrumental (fórceps ou ventosa)	9*	12	23	38*
Transfusão de sangue	4	4	5	8

*Números oriundos de Birthplace, 2011 e Blix et al., 2012 (todos os outros de Birthplace, 2011).

**Transferência de uma maternidade baseada em hospital para outra devido a baixa capacidade ou resolutividade.

***Blix relatou analgesia peridural e Birthplace relatou peridural ou raquidiana.

Tabela 2

Resultados para o recém-nascido para cada local planejado de parto: múltiparas de baixo risco (16)

	Número de incidências por 1.000 múltiparas que dão à luz			
	Domicílio	Centro de Parto Normal extra-hospitalar	Centro de Parto Normal peri ou intra hospitalar	Maternidade baseada em hospital
Recém-nascidos sem problemas graves	997	997	998	997
Recém-nascidos com problemas graves*	3	3	2	3

*Os problemas graves foram combinados no estudo: encefalopatia neonatal e síndrome de aspiração de mecônio foram os eventos adversos mais comuns, juntos representaram 75% do total. As mortes fetais após o início do cuidado no trabalho de parto e morte neonatal na primeira semana de vida representaram 13% dos eventos. Fratura de úmero e clavícula foram eventos incomuns (menos de 4% dos eventos adversos).

Tabela 3

Taxas de parto vaginal espontâneo, transferência para uma maternidade baseada em hospital e intervenções obstétricas para cada local planejado para o parto: nulíparas de baixo risco (16,17)

	Número de incidências por 1.000 nulíparas que dão à luz			
	Domicílio	Centro de Parto Normal extra-hospitalar	Centro de Parto Normal peri ou intra hospitalar	Maternidade baseada em hospital
Parto vaginal espontâneo	794*	813	765	688*
Transferência para maternidade baseada em hospital	450*	363	402	10**
Analgesia regional (peridural ou raquidiana***	218*	200	240	349
Episiotomia	165*	165	216	242*
Cesariana	80*	69	76	121*
Parto instrumental (fórceps ou ventosa)	126*	118	159	191*
Transfusão de sangue	12	8	11	16

*Números oriundos de Birthplace, 2011 e Blix et al., 2012 (todos os outros de Birthplace, 2011).

**Transferência de uma maternidade baseada em hospital para outra devido a baixa capacidade ou resolutividade.

***Blix relatou analgesia peridural e Birthplace relatou peridural ou raquidiana.

Tabela 4

Resultados para o recém-nascido para cada local planejado de parto: nulíparas de baixo risco (16)

	Número de recém-nascidos por 1.000 nascimentos			
	Domicílio	Centro de Parto Normal extra-hospitalar	Centro de Parto Normal peri ou intra hospitalar	Maternidade baseada em hospital
Recém-nascidos sem problemas graves	991	995	995	995
Recém-nascidos com problemas graves*	9	5	5	5

*Os problemas graves foram combinados no estudo: encefalopatia neonatal e síndrome de aspiração de mecônio foram os eventos adversos mais comuns, juntos representaram 75% do total. As mortes fetais após o início do cuidado no trabalho de parto e morte neonatal na primeira semana de vida representaram 13% dos eventos. Fratura de úmero e clavícula foram eventos incomuns (menos de 4% dos eventos adversos).

Quadro 1

Condições clínicas de alto risco indicando o planejamento do parto em uma maternidade

Área	Número de recém-nascidos por 1.000 nascimentos
Cardiovascular	- Cardiopatia confirmada - Hipertensão
Respiratória	- Asma que necessita aumento do tratamento ou tratamento hospitalar - Fibrose Cística
Hematológica	- Hemoglobinopatias – anemia falciforme, beta-talassemia major - História de doença tromboembólica - Púrpura trombocitopênica imune ou outro distúrbio plaquetário ou contagem de plaquetas < 100.000/mL - Doença de Von Willebrand - Distúrbio hemorrágico materno ou fetal - Anticorpos atípicos que carregam o risco de doença hemolítica do recém-nascido
Endócrino	- Diabetes - Hipertireoidismo
Infecçiosa	- Fatores de risco para estreptococo do grupo B com necessidade de uso de antibióticos durante o trabalho de parto - Hepatite B/C com testes de função hepática anormais - Portadora ou infecção pelo HIV - Toxoplasmose – recebendo tratamento - Varicela/Rubéola/Herpes genital atual na mãe ou feto - Tuberculose em tratamento
Imune	- Lúpus eritematoso sistêmico - Esclerodermia
Renal	- Função renal anormal - Nefropatia necessitando supervisão de especialista
Neurológica	- Epilepsia - Miastenia Gravis - Acidente vascular cerebral prévio
Gastrointestinal	Hepatopatia com testes de função hepática anormais
Psiquiátrica	Doença psiquiátrica necessitando internação

Fonte: Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, disponível em www.conitec.gov.br

*Os problemas graves foram combinados no estudo: encefalopatia neonatal e síndrome de aspiração de mecônio foram os eventos adversos mais comuns, juntos representaram 75% do total. As mortes fetais após o início do cuidado no trabalho de parto e morte neonatal na primeira semana de vida representaram 13% dos eventos. Fratura de úmero e clavícula foram eventos incomuns (menos de 4% dos eventos adversos).

Quadro 2

Outros fatores de alto risco indicando o planejamento do parto em uma maternidade

Fator	Informação adicional
Complicações prévias	- Morte fetal/neonatal inexplicada ou morte prévia relacionada a dificuldades intraparto. - Recém-nascido prévio com encefalopatia neonatal. - Pré-eclâmpsia necessitando parto prematuro. - Descolamento prematuro de placenta com resultado adverso. - Eclâmpsia. - Ruptura uterina. - Hemorragia pós-parto primária necessitando tratamento adicional ou transfusão de sangue. - Placenta retida necessitando extração manual em sala cirúrgica. - Cesariana. - Distócia de ombro.
Gravidez atual	- Gestação múltipla. - Placenta prévia. - Pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional. - Trabalho de parto prematuro ou rotura prematura de membranas pré-termo. - Descolamento prematuro de placenta. - Anemia – hemoglobina < 8,5 g/dL no início do trabalho de parto. - Morte fetal. - Indução do parto. - Uso de drogas ilícitas. - Dependência de álcool necessitando avaliação ou tratamento. - Diabetes gestacional. - Apresentação anômala – pélvico ou transverso. - IMC no início do pré-natal > 35 kg/m². - Hemorragia anteparto recorrente. - Pequeno para a idade gestacional nessa gravidez (< percentil 5 ou velocidade de crescimento reduzida ao ultrassom). - Frequência Cardíaca Fetal anormal/Doppler anormal. - Oligohidrânio ou polihidrânio ao ultrassom.
História ginecológica prévia	- Miomectomia. - Histerotomia.

Fonte: Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, disponível em <www.conitec.gov.br>.

Quadro 3

Condições clínicas que indicam uma avaliação individual em relação ao planejamento do local do parto

Área	Condição Clínica
Cardiovascular	- Cardiopatia sem implicações para o parto
Hematológica	- Anticorpos atípicos sem risco de doença hemolítica do recém-nascido. - Traço falciforme. - Traço de talassemia. - Anemia – hemoglobina 8,5–10,5 g/dL no início do trabalho de parto.
Endócrino	- Hipotireoidismo instável necessitando mudança no tratamento.
Infeciosa	- Hepatite B/C com testes de função hepática normais.
Imune	- Doenças não específicas do tecido conjuntivo.
Esquelética/Neurológica	- Anormalidade da coluna. - Déficit neurológico.
Gastrointestinal	- Hepatopatia com testes de função hepática normais. - Doença de Crohn. - Colite ulcerativa.

Fonte: Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, disponível em <www.conitec.gov.br>.

Quadro 4

Outros fatores indicando avaliação individual em relação ao planejamento do local do parto

Fator	Informação adicional
Complicações prévias	- Morte fetal/neonatal com causa conhecida e não recorrente. - Pré-eclâmpsia no termo. - Descolamento prematuro de placenta com bom resultado. - Eclâmpsia. - História de recém-nascido prévio com peso > 4,5 Kg. - Laceração vaginal ou cervical extensa ou trauma perineal de terceiro ou quarto grau. - Recém-nascido prévio no termo com icterícia necessitando exsanguíneotransfusão.

Fonte: Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, disponível em <www.conitec.gov.br>.

REFERÊNCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet**: Nascidos vivos – Brasil. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.deff>>. Acesso em: 7 mar. 2017.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **PND 2006** – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Brasília, 2008. 583 p.
- 3 EXPERT MATERNITY GROUP. **Changing Childbirth**. London: HMSO, 1993.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109.
- 5 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 2000. 93 p.
- 6 The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. 2009. Disponível em: <<http://www.g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>> Acesso em: 7 mar. 2017.
- 7 CREEDON, D. et al. **Management of labor**. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement, 2013. 66 p.
- 8 FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência ao trabalho de parto**. [S.l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2001 . (Projeto Diretrizes).
- 9 GRUPO DE TRABALHO DO GUIA DE PRÁTICA CLÍNICA SOBRE CUIDADOS COM O PARTO NORMAL. **Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal**: Plano de Qualidade para o Sistema Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e Política Social. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2010. 316 p.
- 10 MAMBOURG, F.; GAILLY, J.; ZHANG, W. **Guideline relative to low risk birth**. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre, 2010. 186 p.
- 11 NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. **Intrapartum care**: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press., 2007. 332 p.
- 12 QUEENSLAND MATERNITY AND NEONATAL CLINICAL GUIDELINES PROGRAM. **Normal Birth**. Brisbane: State of Queensland (Queensland Health), 2012.
- 13 BROUWERS, M. et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. **Canadian Medical Association Journal**, [S.l.], v. 182, n. 18, Dec. 2010, p. E839-842. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001530/>>. Acesso em: 7 mar. 2017. <doi: 10.1503/cmaj.090449>.

- 14 NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. **Intrapartum care**: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press., 2014. 839 p.
- 15 GRADE WORKING GROUP. **[Site]**. 2017. Disponível em: <<http://www.gradeworkinggroup.org/>>. Acesso em: 7 mar. 2017.
- 16 BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. **BMJ**, [S.l.], v. 343, p. d7400, 2011.
- 17 BLIX, E. et al. Outcomes of planned home births and planned hospital births in low-risk women in Norway between 1990 and 2007: a retrospective cohort study. **Sexual and Reproductive Healthcare**, [S.l.], v. 3, n. 4, p. 147-153, 2012.

ANEXOS

Anexo A

MEMBROS DO GRUPO ELABORADOR

João Batista Marinho de Castro Lima (Coordenador do Grupo Elaborador)

Médico Ginecologista e Obstetra. Diretor Clínico do Hospital Sofia Feldman

Aline Monte de Mesquita

Especialista em Regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Coordenadora de Gestão de Tecnologias em Saúde da Gerência de Assistência à Saúde da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS. Mestre em Gestão de Tecnologias em Saúde na Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Instituto de Medicina Social

Bruno Carvalho Cunha de Leão

Médico Anestesiologista. Mestre em Saúde da Mulher (UFMG). Coordenador da residência de anestesia Maternidade Odete Valadares (Fhemig)

Felipe de Araujo Bastos Vianna

Interno de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Estagiário de nível superior da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Maria Elisa Cabanelas Pazos

Graduada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense, especialista em Pediatria, Neonatologia e Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Formação complementar em Qualidade / Acreditação e Medicina Baseada em Evidência. Pesquisadora do Núcleo de Prática Clínica Baseada em Evidência da Amil, tutora e membro do grupo organizador do workshop Prática Clínica Baseada em Evidência da McMaster no Rio de Janeiro

Mauro Blini

Médico Ginecologista Obstetra. Superintendente de Qualidade da Regulação da Bradesco Saúde. Membro da Comissão de Assuntos Assistenciais da FenaSaúde. Representante da FenaSaúde no Grupo Elaborador das Diretrizes

Melania Maria Ramos de Amorim

Professora Doutora de Ginecologia e Obstetrícia da UFCG. Professora da Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil do IMIP

Sérgio Tadeu Martins Marba

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Diretor da Divisão de Neonatologia do Hospital da Mulher / UNICAMP. Consultor Nacional Neonatal e do Método Canguru da Coordenação Geral da Saúde da Criança e do Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/DAPES/MS). Assessor de Políticas Públicas da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Membro do Departamento de Neonatologia da SBP e da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP). Membro do Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da SBP

Sérgio Hecker Luz

Professor Adjunto da Faculdade de Medicina na PUCRS

Sibylle Emilie Vogt

Enfermeira obstétrica do Hospital Sofia Feldman. Mestre de Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.

Anexo B

MEMBROS DO COMITÊ EXECUTIVO

Ávila Teixeira Vidal

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde – Ministério da Saúde – Secretaria Executiva da CONITEC

Sonia Lansky

Coordenação-Geral da Saúde da Mulher - Ministério da Saúde

Anexo C

COMITÊ CONSULTIVO

Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras - ABENFO

Kelly Cristina Almeida Borgonove

Kleyde Ventura de Souza

Valdercy Herdy

Virginia Leismann Moretto

Agência Nacional de Saúde - ANS

Jacqueline Torres

Karla S. Coelho

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Eduardo André Viana Alves

Maria Ângela da Paz

Benafran J. Bezerra

ARTEMIS

Raquel Almeida Marques

Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn

Iraci do Carmo de França

Associação Médica Brasileira - AMB

Antônio Jorge Salomão

Centro Cochrane do Brasil

Maria Regina Torloni

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC

Clarice Alegre Petramale

Conselho Federal de Enfermagem – Cofen

Maria do Rosário de Fátima B. Sampaio

Conselho Federal de Medicina – CFM

Almerindo Brasil de Sousa

Antonio Jorge Salomão

Roberto Magliano de Moraes

Conselho Nacional de Saúde - CNS

Maria do Espírito Santo dos Santos

Coordenação-Geral de Saúde do Adolescente – Ministério da Saúde

Maria da Guia

Coordenação-Geral de Saúde das Crianças e Aleitamento Materno – Ministério da Saúde

Ana Paula da Cruz

Mariane Curado Borges

Paulo V. Bonilha Almeida

Tatyana Coimbra

Coordenação-Geral de Saúde dos Homens - Ministério da Saúde

Michelle Leite da Silva

Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres - Ministério da Saúde

Amanda F. de Vico

Camilla Schneck

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Sonia Lansky

Departamento de Ciência e Tecnologia – Ministério da Saúde

Betânia Leite

Dayane Gabriele A. Silveira

Nathan Mendes

Departamento de Gestão da Incorporação de Tecnologias em Saúde – Ministério da Saúde

Ana Carolina de F. Lopes

Aline S. Silva

Ávila Teixeira Vidal

Jorgiany Emerick Ebeidalla

Roberta Buarque Rabelo

Tacila Pires

Vania C. Canuto Santos

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO

Etelvino de Souza Trindade

Federação Brasileira de Hospitais - FBH

Eduardo de Oliveira

João Henrique Araujo Fernandes

Walter Lyrio do Valle

Federação Nacional de Saúde Suplementar - FENASAÚDE

Vera Queiros Sampaio de Souza

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Ensp/Fiocruz

Maria da Guia Leal

Maria Helena Bastos

GEAP - Fundação de Seguridade Social

Fernando Santos

Luciana Rodriguez Teixeira

Silvana Souza Lima da Silva

Hospital Israelita Albert Einstein

Eduardo Cordioli

Instituto Fernandes Figueiras – IFF/Fiocruz

Maria do Carmo Leal

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS

Rodolfo Gomes

Parto do Princípio

Denise Yoshie Niy

Deborah Rachel A. Delage Silva

Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - REHUNA

Daphne Rattner

Ricardo H. Jones

Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP

Dennis Burns

Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico - UNIMED

Amilcar José Ribeiro Carvalho

Jeyner Valério Junior

Paulo Tarcísio Pinheiro da Silva

ISBN 978-85-334-2477-7



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

<http://conitec.gov.br/>