

**MANUAL DE CONDUTAS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER  
DE RIBEIRÃO PRETO-MATER  
- CRSM-MATER -**

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

**FUNDAÇÃO DE APOIO AO ENSINO E PESQUISA – FAEPA  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**2014**

## **EDITOR**

### **Silvana Maria Quintana**

Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

Elaine

## **EDITORES ASSOCIADOS**

### **Alessandra Cristina Marcolin**

Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

### **Caio Antonio de Campos Prado**

Médico ginecologista e obstetra da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP da FMRP-USP

### **Elaine Cristhine Dantas Moisés**

Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

### **Ricardo de Carvalho Cavalli**

Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

## **COLABORADORES**

### **Ana Márcia Spanó Nakano**

Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

### **Ana Paula Pereira**

Enfermeira da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA)

### **Adriana Moraes Leite**

Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

### **Alexandre Pavan Garieri**

Médico ginecologista e obstetra. Mestre em Tocoginecologia pela FMRP-USP

### **Antonio Emídio Sorrentino**

Médico ginecologista e obstetra da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA)

### **Caio Antonio de Campos Prado**

Médico ginecologista e obstetra da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP da FMRP-USP

**Carolina Sales Vieira**

Professora Doutora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

**Claudia de Oliveira Baraldi**

Médica ginecologista e obstetra, Doutora em Tocoginecologia pela FMRP-USP

**Conrado Milani Coutinho**

Médico ginecologista e obstetra do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP. Mestre em Tocoginecologia pela FMRP-USP

**Flávia Azevedo Gomes**

Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

**Flávia Raquel Junqueira**

Médica ginecologista. Mestre em Tocoginecologia pela FMRP-USP

**Francisco Javier Alvarez Camayo**

Médico ginecologista e obstetra. Mestre em Tocoginecologia pela FMRP-USP

**Geraldo Duarte**

Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

**Guilherme Luna Martinez**

Médico ginecologista e obstetra da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA). Mestre em Tocoginecologia pela FMRP-USP

**Gustavo Antonio Neppelenbrock**

Médico ginecologista e obstetra. Mestre em Tocoginecologia pela FMRP-USP

**Hermes de Freitas Barbosa**

Professor Doutor do Departamento de Patologia e Medicina Legal da FMRP-USP

**Lécio Rodrigues Ferreira**

Médico Infectologista da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) e Responsável pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater.

**Licia Santos Santana**

Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Mulher pelo e Programa de Pós-graduação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

**Luiz Augusto Beltramin Martins**

Médico ginecologista do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

**Luiz Gustavo de Oliveira Brito**

Médico ginecologista do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP. Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pelo Programa de Pós-graduação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

**Maurício Tsuguo Kobayashi**

Médico ginecologista e obstetra da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA). Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pelo Programa de Pós-graduação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

**Rubineide Barreto Silva Gallo**

Fisioterapeuta. Doutora em Saúde da Mulher pelo e Programa de Pós-graduação do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP

## **ÍNDICE**

- 1. HISTÓRICO**
- 2. MISSÃO, VISÃO E VALORES**
- 3. DEZ PASSOS DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)**
- 4. HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL E RECÉM-NASCIDO - Caio Antônio de Campos Prado**
- 5. PROTOCOLOS DE CONDUTAS ASSISTENCIAIS**
  - 5.1.Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a assistência ao parto: boas práticas em obstetrícia**
  - 5.2.Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetria**
  - 5.3.Atenção Pré-Natal**
    - 5.3.1.Projeto Nascer - Silvana Maria Quintana**
    - 5.3.2.Avaliação nutricional para a gestante de baixo risco - Francisco Javier Alvarez Camayo e Ricardo de Carvalho Cavalli**
  - 5.4. Pré-natal do parceiro - Geraldo Duarte**
  - 5.5. Assistência ao trabalho de parto e parto**
    - 5.5.1.Atendimento à gestante na sala de admissão - Antonio Emídio Sorrentino**
    - 5.5.2.Assistência ao período de dilatação - Alexandre Pavan Garieri**
    - 5.5.3.Recursos fisioterapêuticos no trabalho de parto - Rubneide Barreto Silva Gallo, Licia Santos Santana e Silvana Maria Quintana**
    - 5.5.4.Partograma - Silvana Maria Quintana**
    - 5.5.5.Assistência ao período expulsivo - Alessandra Cristina Marcolin, Caio Antonio de Campos Prado e Silvana Maria Quintana**
    - 5.5.6.Parto vaginal assistido**
      - a) Parto fórcepe - Cláudia de Oliveira Baraldi e Silvana Maria Quintana**
      - b) Vácuo extrator - Silvana Maria Quintana**
    - 5.5.7.Avaliação da vitalidade fetal - Alessandra Cristina Marcolin**
    - 5.5.8.Indução de trabalho de parto - Carolina Sales Vieira e Silvana Maria Quintana**
    - 5.5.9.Assistência ao parto cesárea - Luiz Augusto Beltramin Martins e Ricardo de Carvalho Cavalli**

**5.5.10. Assistência ao 3º e 4º períodos - Alessandra Cristina Marcolin e Silvana Maria Quintana**

**5.6. Assistência ao puerpério ou pós-parto - Silvana Maria Quintana**

**5.7. Alojamento conjunto - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP**

**5.8. Assistência à amamentação - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP**

**5.9. Anticoncepção na alta hospitalar - Carolina Sales Vieira, Antonio Emidio Sorrentino e Silvana Maria Quintana**

**5.10. Alta hospitalar**

**5.11. Retorno de puerpério e do recém-nascido (RN)**

## **6. INTERCORRÊNCIAS DA GESTAÇÃO**

**6.1. Sangramento de 1º trimestre - Silvana Maria Quintana**

**6.2. Crise hipertensiva e eclâmpsia - Silvana Maria Quintana**

**6.3. Corioamniorrexe prematura - Caio Antonio de Campos Prado e Silvana Maria Quintana**

**6.4. Trabalho de parto pré-termo - Caio Antonio de Campos Prado e Silvana Maria Quintana**

**6.5. Síndromes hemorrágicas da 2ª metade da gestação - Mauricio Tsuguo Kobayashi e Silvana Maria Quintana**

**6.6. Distócias - Silvana Maria Quintana**

**6.7. Óbito fetal - Alessandra Cristina Marcolin**

**6.8. Prevenção e correção de tocotraumatismos maternos - Luiz Gustavo de Oliveira Brito e Silvana Maria Quintana**

## **7. INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO**

**7.1. Processos infecciosos - Conrado Milani Coutinho, Lécio Rodrigues Ferreira e Silvana Maria Quintana**

**7.2. Hemorragia pós-parto - Silvana Maria Quintana**

**8. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA SEGURA E GERENCIAMENTO DE SITUAÇÕES DE CRISE - Caio Antonio de Campos Prado e Silvana Maria Quintana**

## **9. PROTOCOLO DO CENTRO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

**10. PROTOCOLOS DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH) - Silvia Nunes Szente Fonseca, Silvana Maria Quintana, Gilberto Gaspar e Lécio Rodrigues Ferreira**

**12. ANEXOS**

**12.1. Manual do acompanhante**

**12.2. Cursos oferecidos às gestantes e puérperas**

**12.3. Orientações fornecidas às pacientes do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater**

**12.3.1. Orientações de pré-natal**

**12.3.2. Orientações para as gestantes susceptíveis para toxoplasmose**

**12.3.3. Orientações para gestantes do Projeto Nascer**

**12.3.4. Orientações para gestantes que serão submetidas a indução do trabalho de parto**

**12.3.5. Orientações para gestantes que internarão para cesárea**

**12.3.6. Orientações para alta de puérperas (Pós-parto vaginal ou pós-cesárea)**

**12.3.7. Orientações para a consulta de puerpério de 30 a 40 dias**

**12.4. Termos de consentimento**

**12.4.1. Termo de consentimento pós-informação para uso do Implanon no pós-parto imediato**

**12.4.2. Modelo de termo de responsabilidade para alta a pedido do paciente**

**12.5. Intercorrências clínicas, assistenciais, disciplinares e/ou éticas no CRSM-Mater**

**12.6. Referência de casos graves para unidade de atenção terciária-UE-HCFMRP-USP**

**12.7.1 Saúde Mental: assistência interdisciplinar - situações ambulatoriais que necessitam seguimento na saúde mental durante ciclo grávido puerperal**

**12.7.2. Saúde Mental: assistência interdisciplinar - Situações no alojamento conjunto que necessitam seguimento na saúde mental durante ciclo grávido puerperal**

**13. FLUXOGRAMAS**

**Fluxograma 1- Fatores determinantes da assistência pré-natal de qualidade e humanizada**

**Fluxograma 2- Esquema vacina dupla adulto na gestação**

**Fluxograma 3- Esquema para diagnóstico e seguimento dos quadros de anemia durante a gestação**

**Fluxograma 4 - Roteiro para rastreio e diagnóstico do Diabetes gestacional sem fator de risco**

**Fluxograma 5 - Rastreamento de DMG em pacientes com fatores de risco**

**Fluxograma 6 - Roteiro para rastreio e diagnóstico da sífilis na gravidez**

**Fluxograma 7 - Roteiro para rastreio e diagnóstico da toxoplasmose na gravidez**

**Fluxograma 8 - Roteiro para rastreio e diagnóstico da bacteriúria assintomática na gravidez**

**Fluxograma 9 - Assistência pré-natal estendida ao parceiro: panorama ideal**

**Fluxograma 10 - Oferecimento de contracepção no pós-parto imediato**

**Fluxograma 11 - Oferecimento de contracepção na alta hospitalar**

**Fluxograma 12 - Causas sangramento 1º trimestre gestacional**

**Fluxograma 13 - Abordagem da gestante com crise hipertensiva**

**Fluxograma 14 - Conduta para corioamniorrexe prematura**

**Fluxograma 15 - Profilaxia intra-parto para EGB baseada em fatores de risco**

**Fluxograma 16 - Conduta para corioamniorrexe prematura a termo em relação a profilaxia para EGB**

**Fluxograma 17 - Causas sangramento da 2ª metade da gravidez**

**Fluxograma 18 - Abordagem na hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento**

**Fluxograma 19 - Abordagem racional para indicação dos métodos contraceptivos reversíveis de alto custo**

#### **14. QUADROS**

**Quadro 1- Rotina dos exames solicitados durante a assistência pré-natal de acordo com o trimestre gestacional**

**Quadro 2 - Esquemas terapêutico das principais verminoses durante a gestação**

**Quadro 3 - Ganho de peso materno (Kg) recomendado**

**Quadro 4 - Dieta de 2000 caloria fracionadas em 5 refeições**

**Quadro 5 - Índice de Bishop modificado (1964)**

**Quadro 6 - Diagnóstico diferencial entre falso e verdadeiro trabalho de parto**

**Quadro 7 - Protocolo assistencial utilizando os recursos não farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto**

**Quadro 8 - Definição de período expulsivo prolongado de acordo com o ACOG**

**Quadro 9 - Tipos de fórcepe utilizados**

**Quadro 10 - Classificação da LB da FCF**

**Quadro 11 - Classificação da variabilidade da FCF**

**Quadro 12 - Parâmetros e interpretação do Índice Cardiotocométrico de**  
**Quadro 13 - Pontuação obtida no PBF, sua interpretação obstétrica e conduta**  
**Quadro 14 - Classificação da Frequência Cardíaca Fetal Intraparto (National Institute of Health, 2009)**  
**Quadro 15 - Características dos lóquios**  
**Quadro 16 - Modelos de prescrição para o puerpério**  
**Quadro 17 - Especificações das dietas de acordo com a forma de preparo dos alimentos**  
**Quadro 18 - Tipos de dietas de acordo com o tipo de restrição de substâncias no preparo dos alimentos**  
**Quadro 19 - Vantagens do aleitamento materno para a mulher, para a criança e para a família e sociedade**  
**Quadro 20 - Ações para promoção do aleitamento materno**  
**Quadro 21 - Correlação entre IG, níveis de  $\beta$  HCG e marcadores ultrassonográficos.**  
**Quadro 22 - Diagnóstico diferencial e conduta para os diferentes tipos de aborto**  
**Quadro 23 - Fatores de risco ante e intraparto para rotura uterina**  
**Quadro 24 - Fatores associados às lacerações de terceiro ou quarto grau**  
**Quadro 25 - Pontuação para avaliar risco de tromboembolismo pulmonar**  
**Quadro 26 - Conduta de acordo com a classificação do risco de TVP/TEP**  
**Quadro 27 - Classificação de risco segundo os achados da ultrassonografia morfológica.**

## **15. MNEMÔNICOS**

**Mnemônico ALSO 1 – Parto fórcepe**

**Mnemônico ALSO 2 – Vácuo extrator**

**Mnemônico ALSO 3 - CTG intraparto**

**Mnemônico ALSO 4 – Distócia de ombro**

## **16. FIGURAS**

**Figura 1 - Manobras de Leopold Zweifel (retirada do Manual Técnico Pré-natal e Puerpério-Atenção Qualificada e Humanizada. Ministério da Saúde, 2006)**

**Figura 2 - Carimbo padronizado para evolução das consultas de pré-natal**

**Figura 3 - Gráfico para registro do ganho de peso materno durante a gestação – Curva de Atalah**

**Figura 4 - Gráfico para registro do ganho de peso**

**Figura 5 - Imagens microscópicas de cristalização do líquido amniótico em lâminas**

**Figura 7 - Estreito médio da bacia obstétrica (ponto zero de De LEE)**

**Figura 6 - Estreito superior da bacia obstétrica e avaliação da conjugata obstétrica pelo toque vaginal Retirado de Obstetrícia Fundamental – Rezende & Montenegro, 2003**

**Figura 8 - Estreito inferior da bacia obstétrica e ângulo subpúblico**

**Figura 9 - Gráfico das diferentes fases do período de dilatação**

**Figura 10 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente a identificação da parturiente e principais dados clínicos e obstétricos**

**Figura 11 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater**

**Figura 12 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente ao diagnóstico de bossa**

**Figura 13 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente ao número e intensidade das contrações uterinas**

**Figura 14 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente a FCF, a integridade das membranas coriomnióticas e características do LA**

**Figura 15 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater**

**Figura 16 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater**

**Figura 17 - Partograma utilizado no Centro de Referência-Mater com as informações referentes a presença do acompanhante, a conduta obstétrica definida a cada avaliação e os dados do avaliador**

**Figura 18 - Assoalho pélvico**

**Figura 19 - Fórcepe Simpson Braun. Detelhe da articulação Inglesa.**

**Figura 20 - Fórcepe Simpson Braun. Ampla curvatura pélvica na colher acima e curvatura cefálica entre as colheres articuladas abaixo.**

**Figura 21 - “Check List” da pega ideal**

**Figura 22 - Tração suave para desprendimento do pólo cefálico. (Extraído de Willians Obstetrícia – 20ª edição)**

**Figura 23 - Cardiotocografia anteparto evidenciado padrão sinusoidal**

**Figura 24- Desaceleração Precoce**

**Figura 25 - Desaceleração Tardia**

**Figura 26 - Desaceleração variável**

**Figura 27 - Involução normal do útero pós-parto**

**Figura 28 - Níveis de magnésio sérico (mg/dl)**

**Figura 29 - Demonstração da técnica de medida do comprimento do colo uterino ao USTV**

**Figura 30 - Formatos de funis do colo uterino a ultrassonografia transvaginal**

**Figura 31 - Desenho esquemático ilustrando o sangramento no DPPNI**

**Figura 32 - Classificação da Placenta Prévia**

**Figura 33 - Tipos de rotura uterina quanto a localização e direção**

**Figura 34 - Diagnóstico das distócias de acordo com a fase do trabalho de parto**

**Figura 35 - Partograma ilustrando a Distócia fase ativa prolongada**

**Figura 36 - Partograma ilustrando a Distócia parada secundária da dilatação**

**Figura 37 - Partograma ilustrando a Distócia parto taquitócico ou precipitado**

**Figura 38 - Partograma ilustrando a Distócia parada secundária da descida**

**Figura 39 - Partograma ilustrando a Distócia período expulsivo prolongado**

**Figura 40 - Desenho esquemático das manobras internas para a distócia de ombro (ALSO)**

## **16. TABELAS**

**Tabela 1 - Valores do Índice de Líquido Amniótico (ILA) durante a gestação normal**

**Tabela 2 – Valores de Referência para medidas seriadas**

**Tabela 3 – Valores do Índice de Pulsatilidade (IP)**

**Tabela 4 – Condições Potencialmente ameaçadores da vida**

**Tabela 5 – Critérios de near miss materno**

**Tabela 6 – Números de óbitos**

**Tabela 7 – Definições de casos de infecção por *Toxoplasma gondii* em gestantes**

## 1. HISTÓRICO

A história do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater (CRSM-Mater) está ligada à história da Fundação Maternidade Sinhá Junqueira (FMSJ) e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRPUSP) e teve início com as atividades sociais de Theolina de Andrade Junqueira, conhecida como Sinhá Junqueira. Dona Sinhá Junqueira foi herdeira de um grande parque açucareiro da região de Ribeirão e tornou-se conhecida devido aos seus esforços para que a população carente de recursos econômicos, especialmente as mulheres grávidas, recebesse adequada assistência a saúde. Em sua trajetória, Dona Sinhá Junqueira aplicou parte de seus recursos financeiros em um respeitável trabalho de assistência social de amparo às gestantes e crianças carentes, principalmente dentro de um contexto hospitalar.

Dentre suas ações, Dona Sinhá instituiu a Fundação Maternidade Sinhá Junqueira em 1947. Em 1954 esta Fundação iniciou a construção da sua maternidade e, ao término da obra decidiu cedê-la, em regime de comodato, à FMRPUSP. Após vinte anos de cessão do prédio e ao fim do contrato de comodato, o Governo do Estado de São Paulo desapropriou o imóvel. Com os recursos recebidos da desapropriação, a Fundação construiu outra maternidade denominada Maternidade Sinhá Junqueira, direcionada aos usuários da saúde suplementar, que foi inaugurada em 8 de março de 1984.

Em 1988, em consonância com as atividades sociais da sua fundadora, a FMSJ construiu uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no Parque Ribeirão Preto, sendo doada para a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, integrando a rede básica de saúde deste município. Mantendo seu propósito social, a Fundação construiu uma nova maternidade em terreno cedido em regime de comodato pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Situada no Complexo Aeroporto, região com mais de 150.000 habitantes, área identificada como de grande carência médico-hospitalar, a MATER – Maternidade do Complexo Aeroporto foi inaugurada em 8 de março de 1998 com objetivo de atender unicamente pacientes oriundas do SUS. Desde a sua inauguração, a Mater presta assistência de qualidade às gestantes carentes de Ribeirão Preto e região. Para viabilizar a qualidade da assistência de saúde, sua mantenedora, a Fundação Maternidade Sinhá Junqueira, contava com a parceria estabelecida com a FMRPUSP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERPUSP). Entretanto, a dificuldade de manter uma instituição hospitalar unicamente com os recursos provenientes do SUS tornou imperiosa a busca de alternativas para que a Mater não tivesse qualquer redução no

número de atendimentos e na qualidade da assistência. Em dois de março de 2009 o Presidente da FMSJ, Dr João Paulo Musa Pessoa, doou a Mater para a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo repetindo a história referida previamente. A partir desta data, foi ampliada a assistência prestada a população de Ribeirão Preto e região e a Mater foi transformada em Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater.

## **2. MISSÃO, VISÃO E VALORES**

**MISSÃO:** Prestar assistência às diferentes fases da vida reprodutiva das mulheres de Ribeirão Preto e região com qualidade e profissionalismo, aplicando todos os recursos técnicos, científicos e humanos disponíveis. Valorizar o atendimento humanizado contribuindo para manter ou melhorar a saúde destas mulheres. Colaborar na formação e capacitação de profissionais da área da saúde para a assistência de qualidade à saúde da mulher

**VISÃO:** Tornar a instituição capaz de oferecer assistência integral à saúde das mulheres de Ribeirão Preto e região

**VALORES:** Ética, competência, cordialidade, humanização da assistência; comprometimento institucional, compromisso com a qualidade

### 3. DEZ PASSOS DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

**Passo 1:** Ter norma escrita sobre o aleitamento materno, que deve ser transmitida rotineiramente para toda a equipe.

**Passo 2:** Treinamento da equipe de saúde.

**Passo 3:** Educação no pré-natal (orientar as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno).

**Passo 4:** Início precoce de aleitamento materno (ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na 1ª meia hora após nascimento para parto normal e 1 hora no parto cesárea).

**Passo 5:** Ajudar as mães para aleitamento materno (mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vier a ser separados de seus filhos).

**Passo 6:** Aleitamento exclusivo (não dar ao RN nenhum alimento ou bebida além do leite materno).

**Passo 7:** Alojamento conjunto (permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos 24 horas por dia).

**Passo 8:** Aleitamento materno sob livre demanda.

**Passo 9:** Nenhuma chupeta ou mamadeira.

**Passo 10:** Alta hospitalar (apoio às mães após alta)

#### **4. HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL E RECÉM-NASCIDO**

CAIO

## **5. PROTOCOLOS DE CONDUTAS ASSISTENCIAIS**

### **5.1- Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a assistência ao parto: boas práticas em obstetrícia**

A OMS divide as práticas comuns da assistência obstétrica em quatro grupos e, com base em evidências científicas atuais, recomenda ou não determinadas práticas assistenciais.

#### **A) Condutas que são claramente úteis e que devem ser encorajadas**

#### **B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

#### **C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada**

#### **D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado**

#### **A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas**

1. Plano individual de parto determinando onde e por quem o parto será realizado, realizado em conjunto com a gestante e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família.
2. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
9. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto

e parto.

10. Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de relaxamento.
12. Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.
13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.
14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS.
18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão.
20. Prevenir hipotermia do bebê.
21. Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

**B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas**

1. Uso rotineiro de enema.

2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria radiográfica.
8. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto.
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo.
11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.
12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação.
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

### **C) Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada**

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
2. Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto.
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.

4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
6. Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.

#### **D) Condutas freqüentemente utilizadas de modo inadequado**

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor através de analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal .
5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto.
6. Exames vaginais freqüentes e repetidos especialmente por mais de um prestador de serviços.
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
12. Parto operatório (cesariana).
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14. Exploração manual do útero depois do parto

## 5.2- Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia

Consiste na identificação das prioridades para atendimento, ou seja, atender segundo a necessidade de saúde/gravidade/risco ou vulnerabilidade de cada usuário. A avaliação dos riscos e vulnerabilidade deve considerar tanto o grau de sofrimento físico quanto o psíquico.

Os principais objetivos do acolhimento com classificação de risco são:

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de urgência/emergência dos hospitais.
- Organizar o processo de trabalho e ambiência hospitalar.
- Melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e tempo de espera.
- Classificar, mediante protocolo, as queixas das usuárias que demandam os serviços de urgência/emergência dos hospitais, visando identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato.
- Fomentar a rede de atenção de saúde, articulando a atenção básica e maternidades com vistas à atenção integral.

O acolhimento com classificação de risco deve ser realizado por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários. São consideradas habilidades importantes a capacidade de comunicação, boa interação com os demais profissionais da equipe, usuários e familiares, paciência, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, discrição, ética e solidariedade.

Ao chegar à maternidade demandando necessidade aguda ou de urgência, a usuária é acolhida pelos funcionários da portaria/recepção e encaminhada onde é realizada a abertura da ficha de atendimento. Após, a usuária é encaminhada ao consultório onde serão aferidos os dados vitais pela equipe de enfermagem (devidamente treinada para esta prática), apoiado pelo médico que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica a usuária em:

### 1º Grupo – Prioridade Máxima/Emergência (COR VERMELHA)

- Convulsão em atividade ou pós-ectal
- Hipotensão (PAS  $\leq$  60 mmHg)

- Taquicardia ( $\geq 120$  bpm)
- Bradicardia ( $\leq 45$  bpm)
- Hipertensão (acima de 160 x 110 mmHg)
- Hemorragia genital intensa e/ou aguda ( $\geq 8 / 10$ )
- Pele Fria, palidez acentuada / Perfusão limítrofe, sudorese, pulso fino e síncope postural, cianose.
- Incapacidade de falar / Fala entrecortada e desconexa
- FR  $\leq 10$  ipm
- Respiração Agônica / Dispneia Extrema / Fadiga muscular
- Deiscência com evisceração
- Escala de glasgow menor que 11
- Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem.
- Período expulsivo
- Prolapso de cordão
- Exteriorização de partes fetais
- Febre maior que 40 °C
- BCF < 110 bpm ou >160 bpm

## **2º Grupo – Prioridade I/Urgente (COR LARANJA)**

- Gestante apresentando 2 a 3 contrações em 10 minutos
- Gestante com menos de 37 semanas apresentando contrações rítmicas
- Temperatura oral de 39.0 °C a 39.9 °C
- Perda de líquido
- Níveis pressóricos de 130 x 90mmHg a 149x 99 mmHg com histórico de níveis alterados para mais
- Sangramento e dor abdominal, tipo cólica em gestantes menores de 20 semanas.
- Sangramento genital sem repercussões hemodinâmicas
- Dor ( $\geq 4 / 10$ ) e ( $\leq 8 / 10$ )
- Êmese ou hiperêmese com sinais de desidratação: mucosas e epiderme secas, turgor reduzido, oligúria
- Sinais flogísticos agravados em episiotomia ou FO

- Hematoma evidenciado
- Gestante apresentando contrações esporádicas

### **3º Grupo – Prioridade II/Não Urgente (COR VERDE)**

- Êmese ou hiperêmese sem sinais de desidratação
- Dor abdominal aguda de moderada a leve intensidade (< 4 / 10)
- Temperatura oral de 37,5°C a 39.0°C
- Queixas urinárias: disúria, polaciúria, oligúria, hematúria
- Sintomas gripais
- Ferida operatória (FO) com suspeita de infecção superficial
- Sinais de Bartholinite
- Ingurgitamento mamário
- Dificuldades ligada à amamentação
- Trauma mamilar
- Sinais flogísticos nas mamas
- Corrimento com odor fétido
- Curativo/retirada de pontos
- Trocas ou aquisição de receitas médicas
- Avaliação de exames solicitados
- Solicitação de atestado médico

### **5.3- Atenção Pré-Natal**

**Conceito:** Consiste no conjunto de medidas diagnósticas, preventivas e curativas, que os profissionais de saúde introduzem e/ou recomendam durante a gestação com o objetivo de manter ou melhorar as condições de saúde física e mental da gestante além de proporcionar as melhores condições para o desenvolvimento fetal. Quanto melhor a qualidade da assistência pré-natal, MENOR será a taxa de mortalidade materna e perinatal. O sucesso da atenção pré-natal depende:



### Fluxograma 1- Fatores determinantes da assistência pré-natal de qualidade e humanizada

Felizmente 80 a 85% das gestações são de baixo risco materno e perinatal, ou seja, iniciam, evoluem e terminam sem complicações. Os 15 a 20% restantes são gestações de alto risco materno e/ou perinatal ou por já apresentarem problemas desde seu início ou por desenvolverem doenças durante a evolução da gravidez. Vários autores já tentaram determinar o risco obstétrico da paciente, porém não há fórmula ideal, SENDO O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL A PRINCIPAL FERRAMENTA PARA A DETERMINAÇÃO DO RISCO.

**ATENÇÃO:** A avaliação de risco materno-fetal NÃO é uma medida a ser realizada em um único momento, mas um procedimento contínuo ao longo da gestação e do trabalho de parto. Complicações podem ocorrer a qualquer momento, determinando a necessidade de encaminhar a gestante para um nível de assistência com maior complexidade.

**Projeto Nascer:** consiste na realização das consultas de pré-natal de baixo risco após a 36ª semana de gestação. As gestantes são referenciadas da Unidade Básica de Saúde (UBS), para o Centro de Referência e o principal objetivo é possibilitar que a gestante conheça o ambiente e as equipes que prestarão a assistência no momento do parto. No Centro de Referência, a gestante poderá participar de cursos de gestantes, conhecer a sala de parto e as equipes que atuam na instituição. A gestante, quando encaminhada para o Projeto Nascer, já deve ter realizado todos os exames da rotina pré-natal. Na falta de algum exame, este deverá ser solicitado pela equipe do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater.

- **CASO NOVO/1ª CONSULTA**

**a) Anamnese:** deve-se obter o maior número de informações e anotar todas as informações na ficha padronizada para este registro.

a1) Identificação da paciente: sempre chamar a paciente pelo nome e calcular a idade cronológica.

a2) Antecedentes familiares: identificar familiares hipertensos, diabéticos, com doenças auto-imunes, cardiopatas, parentes de 1º grau que apresentaram pré-eclâmpsia/eclâmpsia, gemelaridade, distócias no parto e doenças infectocontagiosas (tuberculose, Hepatites B e C, Sida e sífilis).

a3) Antecedentes pessoais: doenças comuns da infância, vacinações, alergias, cirurgias, tratamentos clínicos prévios a gestação e no decorrer desta, doenças psiquiátricas, doenças infecto-contagiosas e hábitos (fumo, álcool e uso de drogas ilícitas)

a4) Antecedentes obstétricos: número de gestações, intervalo entre elas, evolução no pré-natal (diabete, parto pré-termo, restrição de crescimento intra-útero ou baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, anomalias congênitas no recém-nascido, óbito fetal ou neonatal), via do parto e, se cesárea, qual foi a indicação e há quanto tempo foi realizada, tempo do trabalho de parto, condições do recém-nascido e evolução neonatal. Questionar a evolução do puerpério como depressão e infecções e a experiência com a amamentação.

a5) Gestação atual:

- Avaliar a evolução da atenção pré-natal recebida até a chegada ao Centro de Referência-Mater

- Escutar as queixas e avaliar se estão relacionadas com as mudanças fisiológicas da gravidez. Explicar à gestante que estas mudanças são fisiológicas a deixará mais tranqüila, pois ao compreender o processo a paciente aceitará melhor os sintomas.
- Questionar movimentação fetal
- Questionar queixas: digestivas, intestinais, urinárias, perdas vaginais e cólicas.
- Abordar aspectos psicológicos e sociais: gravidez programada ou não, medos e tabus
- Promover aderência às consultas de pré-natal
- Estimular a participação do parceiro ou familiares

## **b) Exame físico: geral, ginecológico e obstétrico**

### b1) Geral:

- Peso e altura, calcular Índice de Massa Corpórea (IMC) e colocar no gráfico existente na ficha de pré-natal
- Mucosas e cavidade oral (dentes e gengivas)
- Pressão arterial e pulso
- Ausculta cardíaca e pulmonar
- Avaliação do estado nutricional
- Avaliação dos membros inferiores (varizes e edema)

**ATENÇÃO:** Medida da Pressão arterial (PA): paciente deve estar sentada há pelo menos 5 minutos (sem compressão da veia cava inferior), antebraço direito apoiado na altura do pré-córdio, manguito dois dedos transversos acima do bordo do cotovelo. De acordo com o National High Blood Education Program (NHBEP), 2000:

-Pressão Arterial Sistólica (PAS): corresponde ao 1º som ou ruído de Korotkoff

-Pressão Arterial Diastólica (PAD): corresponde ao 5º som ou ruído de Korotkoff (desaparecimento das bulhas). Se não houver desaparecimento das bulhas deve-se considerar a PAD como abafamento das bulhas ou 4º ruído.

b2- Exame ginecológico: quando realizado segue o mesmo roteiro das pacientes não grávidas.

- Exame das mamas: inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação dos linfonodos, palpação das glândulas mamárias e expressão. Na gravidez as mamas apresentam importantes modificações como proliferação das glândulas, aumento do volume,

edema, vasodilatação (Rede de Haller), aumento da pigmentação da aréola primária e aparecimento da aréola secundária e hipertrofia das glândulas sebáceas do mamilo (Tubérculos de Montgomery). O profissional de saúde deve avaliar os mamilos e fornecer as orientações para cuidados com as mamas e amamentação (ver capítulo amamentação)

- Exame pélvico: genitais externos, especular, coleta de colpocitologia e toque. A avaliação dos genitais externos e internos evidencia aumento da pigmentação cutânea e coloração arroxeadas das mucosas. O conteúdo vaginal pode estar aumentado. Não há restrição para coleta da citologia endocervical durante a gestação.

b3- Exame obstétrico: abdômen: inspeção, palpação, mensuração da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

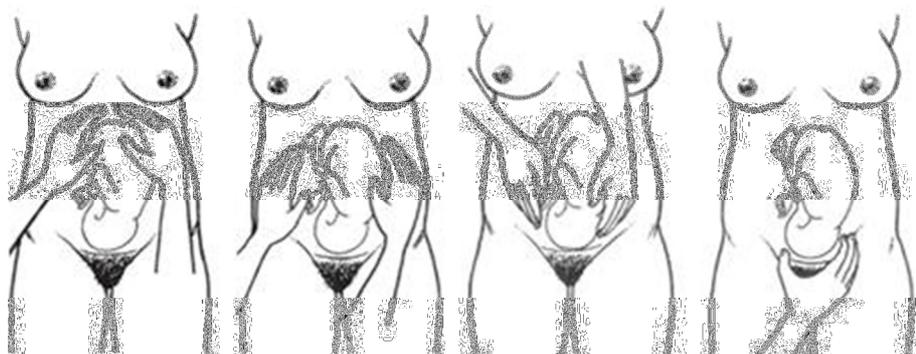
- Inspeção: cicatrizes, estrias, *linha nigra*, alterações na cicatriz umbilical e tensão abdominal
- Palpação: Devem ser realizadas as manobras de Leopold-Zweifel para definição da estática fetal (atitude, situação, posição e apresentação fetal), conforme demonstradas na Figura 1.

-1ª manobra: visa determinar a altura do fundo uterino. O profissional está de frente para a gestante e com o bordo cubital de ambas as mãos, determina a curvatura do fundo uterino

-2ª manobra: permite identificar a situação e posição fetais. Profissional está de frente para a gestante e desliza as mãos do fundo uterino palpando as laterais do órgão em direção ao pube da paciente para sentir o dorso e as pequenas partes fetais.

-3ª manobra: permite diagnosticar a apresentação fetal e sua altura em relação ao estreito superior da bacia materna. Profissional está de frente para a gestante e com os dedos médio/indicador e polegar da mão direita apreende o pólo fetal realizando movimentos de lateralidade.

-4ª manobra: avalia se a escava materna está preenchida pela apresentação fetal. O profissional se posiciona de costas para a gestante e com as extremidades dos dedos tenta elevar a apresentação fetal.



**Figura 1 - Manobras de Leopold Zweifel (retirada do Manual Técnico Pré-natal e Puerpério-Atenção Qualificada e Humanizada. Ministério da Saúde, 2006)**

- Mensuração da altura uterina (AU): método propedêutico fácil, barato e acessível. Quando realizada de forma seriada pelo mesmo examinador retrata o desenvolvimento fetal intra-útero. Deve ser realizada após a 16<sup>a</sup>-18<sup>a</sup> semana de gestação com a paciente em decúbito dorsal, útero na linha média e a bexiga vazia. A fita métrica será estendida do bordo superior da sínfise púbica até o fundo uterino delimitado pela borda cubital da mão esquerda (sem comprimir o fundo uterino). Entre 18 e 32 semanas existe boa associação entre a medida da AU e a IG e neste período espera-se que a altura uterina aumente 1cm por semana (4cm/mês). A anotação das medidas da AU em gráfico proporciona uma visão do desenvolvimento fetal nas curvas dos percentis 10, 50 e 90.
- Ausculta Batimentos Cardíacos Fetais (BCF): com o sonnar doppler é possível auscultar os BCF a partir da 12<sup>a</sup> semana de gravidez (exceto em obesas). Os BCF são assíncronos com os maternos e variam entre 110 e 160 batimentos por minuto.

**c) Exames laboratoriais na assistência pré-natal:** ao chegar para o Projeto Nascer a gestante já deve ter realizado os exames de rotina para a atenção pré-natal que estão expostos a seguir.

**c1) Primeira consulta de pré-natal no Projeto Nascer:** checar a realização e os resultados dos seguintes exames e que deveriam ter sido realizados no início do pré-natal:

1. Tipo sanguíneo e fator Rh (Complementar com Coombs indireto se Rh negativo)
2. Urina tipo I
3. Urocultura e antibiograma

4. Hemograma
5. Glicemia de jejum
6. Exame parasitológico de fezes
7. Colpocitologia (rastreamento do Câncer do colo uterino)
8. Sorologia para sífilis (VDRL)
9. Sorologia ELISA anti-HIV
10. Sorologia para Hepatite B (HBsAg)
11. Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM)
12. Ultrassom de 1º trimestre

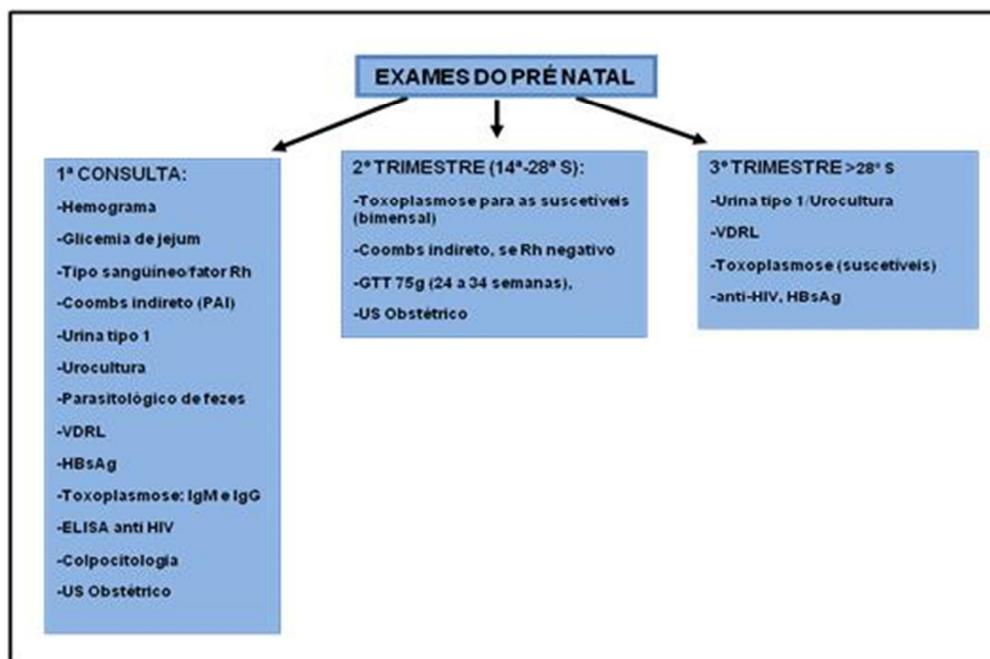
- **Realizados entre 24 a 28 semanas (até 34 semanas)**

- Teste de tolerância com sobrecarga oral (TOTG) de 75g de glicose (dextrosol)
- Pesquisa de anticorpos irregulares/Coombs indireto nas gestantes Rh negativo

- **Realizados no 3º trimestre:** Caso a paciente não tenha realizado, solicitar:

- Urocultura;
- Sorologia para sífilis (VDRL), HIV e HBsAg;
- Pesquisa de anticorpos irregulares/Coombs indireto nas gestantes Rh negativo que não receberam a Imunoglobulina anti-D

**ATENÇÃO:** Nas pacientes susceptíveis para toxoplasmose, a sorologia deve ser repetida a cada dois (02) ou três (03) meses.



**Quadro 1- Rotina dos exames solicitados durante a assistência pré-natal de acordo com o trimestre gestacional**

**d) Orientações:** Realizada a anamnese, o exame físico e solicitados os exames de rotina, o profissional deverá fazer as orientações para manter ou melhorar a saúde da gestante:

- Orientações alimentares: A alimentação deve ser saudável e balanceada estimulando a ingestão de água e fibras. A gestante deve comer frutas, verduras e legumes, tomar leite que contém nutrientes importantes para o crescimento fetal. A gestação requer um aumento de 15% na ingestão calórica.
- Ganho de peso: Se a grávida estiver no peso ideal, ela deverá ganhar de 10 a 16 Kg. Vários são os cálculos para o ganho de peso ideal (ver capítulo de orientação dietética para gestante). Para as gestantes com IMC adequado, utilizamos a recomendação de 300 a 500 gramas por semana distribuídos ao longo da gestação. Até o final da fase anabólica que ocorre em torno da 26<sup>a</sup>/27<sup>a</sup> semana, 70% do peso adquirido é da gestante e 30% do produto conceptual. Esta relação se inverte a partir da 28<sup>a</sup> semana, na chamada fase catabólica materna, onde 70% do peso adquirido é do produto conceptual e 30% da mãe.

## ATENÇÃO

- ❖ O médico deve orientar a gestante do maior risco de desenvolver doenças associadas com o aumento excessivo de peso como, por exemplo, diabetes.

- ❖ Nos casos de necessidade de restrição de açúcares, o aspartame e os adoçantes naturais como sucralose ou stévia podem ser utilizados. Orientações nutricionais (quanto à qualidade e quantidade dos alimentos) prevenindo o ganho excessivo de peso são fundamentais durante o pré-natal.
- Cuidados com as mamas: usar soutien que proporcione sustentação (pode tirar para dormir), colocar as mamas no sol para evitar rachaduras nos mamilos. Bastam 20 minutos antes das 10 e após as 16 horas. Evitar cremes nos mamilos.
- Evitar estrias: após o banho, massagear o corpo com creme hidratante fazendo movimentos circulares principalmente nas mamas, abdômen, nádegas e coxas por aproximadamente 10 minutos. A predisposição genética é o fator predisponente mais importante, porém as massagens e o ganho adequado de peso podem evitar o aparecimento das estrias.
- Usar meia elástica: fundamental nas gestantes que já apresentam varizes, mas deve ser recomendada para todas as grávidas. O ideal é iniciar com a média compressão e vestir a meia ao acordar, antes de levantar da cama. Caso não seja possível, após levantar da cama, a gestante deve deitar novamente, elevar as pernas por 10 a 15 minutos e vestir a meia.
- Hábitos da paciente: proibir o uso de álcool mesmo que ocasional, orientar a abandonar o tabagismo e uso de drogas ilícitas, orientar sobre os malefícios da restrição calórica excessiva e atividade física exaustiva
- Atividade profissional: em princípio deve ser mantida, entretanto quando a gestante necessita ficar muito tempo em posição ortostática, esforço físico intenso e exposição profissional a agentes químicos, físicos e tóxicos deve-se recomendar que seja designada para outra função.
- Atividade física: os exercícios podem ser recomendados em gestantes e a escolha da atividade física deve levar em consideração a preferência da gestante. As atividades físicas orientadas são as caminhadas, natação ou hidroginástica. Os exercícios de alto impacto proporcionam maiores riscos de lesões articulares.
- Atividade sexual pode ser mantida durante a gestação. O repouso sexual só será recomendado se houver intercorrência como sangramento ou trabalho de parto pré-termo.
- Higiene corporal não difere da paciente não grávida. Não se recomenda a prática de duchas vaginais
- Cuidados com dentes e gengivas: estimular a escovação e o uso do fio dental. Se houver necessidade a grávida será avaliada pelo dentista e, na necessidade de

procedimentos, as recomendações são a utilização de anestésico local sem vasoconstritor e RX com proteção do avental de chumbo

- Evitar ingerir medicamentos sem prescrição médica
- Cosmiatria
  - Usar protetor solar diariamente: A grávida pode apresentar manchas hiperocrômicas principalmente na face (melasma) que poderão permanecer após o término da gestação se não forem protegidas. A maioria dos protetores solares utiliza o filtro químico (fator de proteção solar-FPS), sendo recomendado o FPS 30. Atualmente existem os bloqueadores físicos que contém titânio para bloquear a ação da radiação ultravioleta. O filtro solar deve ser reaplicado a cada 2 horas.
  - Pinturas de cabelo: após o 1º trimestre são liberadas as colorações que não contém chumbo nem amônia.
  - Depilação com cera: não há evidência de prejuízo durante a gestação
  - Isotretinoína e ácido retinóico estão PROIBIDOS na gestação
  - Drenagem linfática pode ser realizada
- Viagens: permitidas com a orientação de movimentação frequente dos membros inferiores para evitar trombozes. Viagens aéreas podem ser liberadas até a 34ª semana de gestação.
- Dirigir automóveis: não há proibição, mas o uso correto do cinto de segurança deve ser estimulado

**ATENÇÃO:** Estas orientações estão formuladas em linguagem adequada para a paciente no 13.3.1

- Imunizações: Solicitar ou revisar a carteira de vacinação da gestante.
  - Vacinação Antitetânica: É realizada para a prevenção do tétano no RN e para a proteção da gestante, com a vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, com o toxóide tetânico (TT). Após a 36ª semana, possivelmente não será realizada a dT, pois é necessário o intervalo de 21 dias entre a aplicação e o parto para garantir a proteção neonatal.

Cenários quanto a vacinação antitetânica:

**a) Gestante com esquema vacinal não conhecido:** recomenda-se realizar esquema básico: três doses, podendo ser adotado um dos seguintes esquemas:

1ª Dose	2ª Dose *	3ª Dose
---------	-----------	---------

Precoce	30-60 dias depois da 1ª dose	180 dias após a 2ª dose
Precoce	60 dias depois da 1ª dose	60 dias após a 2ª dose

\* Segunda dose deve ser aplicada até 21 dias, no máximo, antes da data provável do parto.

**b) Gestante com esquema vacinal incompleto:** completar o esquema vacinal (1 ou 2 doses)

Na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano (DPT, DT, dT ou TT), deverão ser aplicadas mais duas ou uma dose da vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, do toxóide tetânico (TT) para se completar o esquema básico de três doses.

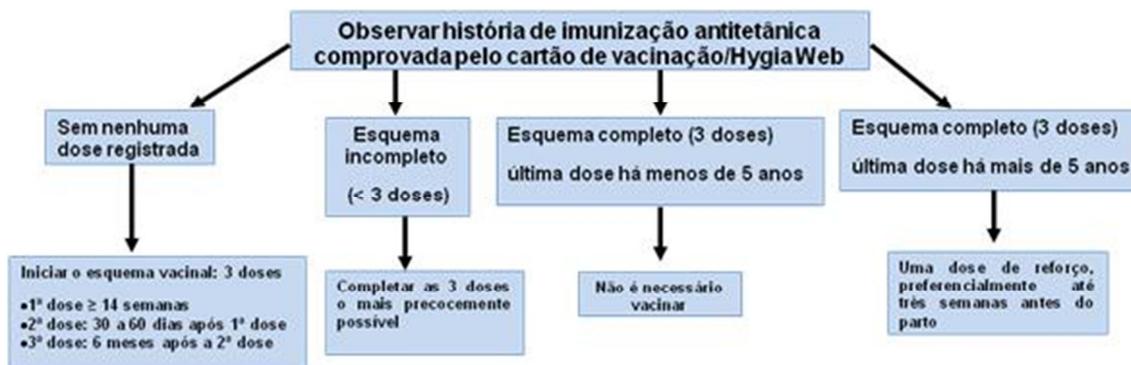
**c) Gestante com esquema vacinal completo:** Indicar dose de reforço durante a gravidez se a última dose tem tempo maior ou igual há 5 anos. A dose de reforço deve ser aplicada pelo menos três semanas antes do parto.

**Efeitos adversos mais comuns da vacina antitetânica:** Dor, calor, vermelhidão e endureção local, e febre.

**Contra-indicações:** A única contra-indicação é o relato, muito raro, de reação anafilática seguindo-se à aplicação de dose anterior.

## ATENÇÃO

- ❖ Durante o pré-natal, o médico e todos os profissionais envolvidos (enfermagem, assistente social, nutricionista, psicólogo, anestesista, pediatra, dentista, fisioterapeuta), devem oferecer a complementação das informações em curso para gestantes, facilitando que as pacientes possam tirar dúvidas sobre aleitamento, puerpério e cuidados com recém-nascidos.
- ❖ O preenchimento atualizado e legível do cartão de pré-natal, com todas as informações e exames realizados, facilita a assistência adequada no momento do parto ou em consultas de urgência.



**Fluxograma 2- Esquema vacina dupla adulto na gestação**

### • CONSULTAS DE RETORNO

A partir da 36ª semana a gestante será avaliada semanalmente ou com intervalo mais curto se a equipe julgar necessário. A cada retorno as queixas e dúvidas da paciente devem ser escutadas e valorizadas, o risco gestacional deve ser reavaliado, o exame físico obstétrico repetido, os exames laboratoriais avaliados e interpretados, o prontuário e cartão de pré-natal preenchidos adequadamente, a conduta estabelecida e discutida com a paciente e o retorno agendado. No retorno de pré-natal será utilizado, como cabeçalho da consulta, o carimbo padronizado no Centro de Referência (figura 2).

DATA: ___/___/___		CENTRO REFERÊNCIA SAÚDE DA MULHER-MATER	
NOME: _____		MATER: _____	
IDM: _____		Compartilhado: ___/___/___	
1ª US: ___/___/___		VAT: ___/___/___	
IG US corr: _____		GTT: ___/___/___	
Ganho peso: _____		Serologias: ___/___/___	
H. DIAGNÓSTICA:		MEDICACOES:	
1) _____		1) _____	
2) _____		2) _____	
3) _____		3) _____	
4) _____		4) _____	

**Figura 2 - Carimbo padronizado para evolução das consultas de pré-natal**

- O principal objetivo deste carimbo é a padronizar a evolução das anotações, visto que o Centro de Referência participa como campo de estágio para os médicos residentes do Hospital das Clínicas e alunos da graduação da Faculdade de

Medicina de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- O ganho de peso deve ser anotado em relação ao peso da última consulta, por exemplo, aumentou 1Kg em 4 semanas. O ganho de peso em relação ao peso pré-gestacional deve ser calculado e anotado no gráfico do impresso próprio.

## ATENÇÃO

- ❖ O profissional deve estimular a gestante e acompanhante a participarem do curso de gestante
- ❖ De acordo com os resultados de exames ou com a avaliação clínica que culmine com diagnóstico de mudança de risco, isto é, a gestante passe a ser considerada de alto risco, será necessário a referência para o Ambulatório de Gestação de Alto Risco do Hospital das Clínicas da FMRPUSP. O profissional responsável pelo encaminhamento deve preencher a ficha de referência com letra legível e com todos os dados necessários para a equipe que receberá a paciente.
- ❖ **Licença gestante:** Para as gestantes que não apresentam intercorrências, a lei brasileira orienta o fornecimento da licença gestante a partir da 36ª semana por um período de 120 dias. Caso o médico julgue necessário ele poderá afastar a gestante de suas atividades em qualquer idade gestacional, porém não são permitidos atestados além de 24 horas após a 36ª semana, visto que nesta idade gestacional a lei orienta afastar a gestante de suas atividades.

### e) Interpretação e conduta frente aos resultados dos exames de pré-natal

**e1)Tipo sanguíneo e fator Rh:** A realização da tipagem sanguínea e fator Rh visa a prevenção da Doença Hemolítica Perinatal (DHPN). Esta doença está associada à incompatibilidade sanguínea mãe/feto, mas NÃO É EXCLUSIVA do antígeno Rh, ainda que este seja o principal responsável. A DHPN também pode ocorrer por anticorpos contra quaisquer outros antígenos do grupo sanguíneo.

**Cenário 1:** gestante com tipo sanguíneo Rh negativo: solicitar o exame de Coombs Indireto (CI) ou, conforme nomenclatura atual, Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI).

- CI positivo: o grupo sanguíneo específico do anticorpo deve ser identificado e, de acordo com este resultado, a paciente deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.
- Gestantes com fator Rh D e D<sup>u</sup> negativos, com CI negativo: este exame deve ser realizado na 1<sup>a</sup> consulta e repetido com 24 a 28 semanas. As pacientes Rh negativas com CI negativo que receberam a imunoglobulina anti D durante a gestação (28<sup>a</sup> a 32<sup>a</sup> semana) no início do 3<sup>o</sup> trimestre não repetirão o teste de Coombs indireto até o parto.

**ATENÇÃO:** Tipagem sanguínea da gestante com resultado D parcial ou D fraco: D parcial é diferente do D fraco, pois enquanto o primeiro difere quantitativamente do antígeno normal, o segundo difere qualitativamente. O D fraco apresenta menor número de sítios antigênicos, causando uma reação de aglutinação mais fraca; neste caso, não ocorre sensibilização pelo antígeno Rh (D fraco=Rh positivo). Já o D parcial apresenta número normal de sítios antigênicos, mas faltam alguns epítomos causando reações de aglutinações variadas. Neste caso pode haver sensibilização pelo antígeno Rh, isso porque indivíduos em que falta parte do antígeno D, quando expostos ao antígeno D completo, podem desenvolver anticorpos contra os epítomos ausentes. Logo, gestantes com D parcial devem ser monitorizadas no pré-natal como se fossem Rh negativas e devem receber imunoglobulina anti-D na 28<sup>a</sup> semana e após o parto se a tipagem sanguínea do RN for Rh positivo.

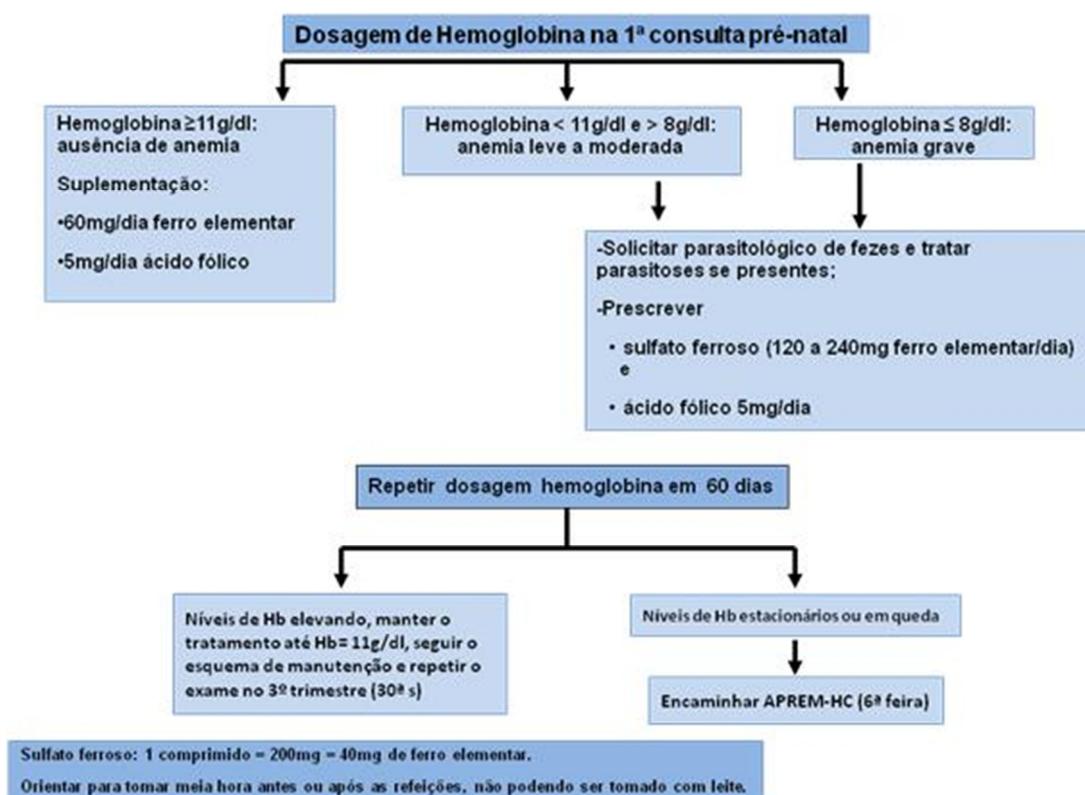
**Cenário 2:** gestante com tipo sanguíneo Rh positivo que realizou exame de Coombs Indireto (CI) ou, conforme nomenclatura atual, Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI).

- CI positivo: o grupo sanguíneo específico do anticorpo deve ser identificado e, de acordo com este resultado, a paciente deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.
- CI negativo: este exame deve ser realizado APENAS na 1<sup>a</sup> consulta de pré-natal, não sendo repetido posteriormente, pois, neste caso, o risco de DHPN por antígenos irregulares é remoto.

**ATENÇÃO:** O CI ou PAI não faz parte da rotina pré-natal das gestantes Rh positivas na Rede Municipal de Saúde

## e2) Hemograma

- Dosagem Hemoglobina  $\geq 11\text{g/dl}$  (ausência de anemia): Suplementação de ferro e ácido fólico a partir da 14ª semana de gestação. A OMS recomenda a ingestão de 30mg de Ferro Elementar. Na rede básica de saúde, há disponível o ferro na forma de sulfato ferroso, na dose de 300mg, que corresponde a 60mg de ferro elementar (5mg Ferro Elementar = 25mg Sulfato Ferroso). O Ministério da Saúde do Brasil orienta a suplementação com ácido fólico associado ao sulfato ferroso, portanto prescreve-se um comprimido de sulfato ferroso e 1 comprimido de ácido fólico (5mg) ao dia durante toda a gestação. Recomenda-se ingerir antes das refeições.
- Hemoglobina  $>8\text{g/dl}$  e  $<11\text{g/dl}$  (anemia leve e moderada): tratar a anemia com três drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia e 1 comprimido de ácido fólico (5mg) ao dia. Repetir a dosagem de hemoglobina no 3º trimestre. Se a hemoglobina atingir 11g/dl, diminuir para dose de suplementação de sulfato ferroso (uma drágea ao dia) e manter a dose de ácido fólico.
- Hemoglobina  $\leq 8\text{g/dl}$  (anemia grave): referir ao pré-natal de alto risco.



**Fluxograma 3- Esquema para diagnóstico e seguimento dos quadros de anemia durante a gestação**

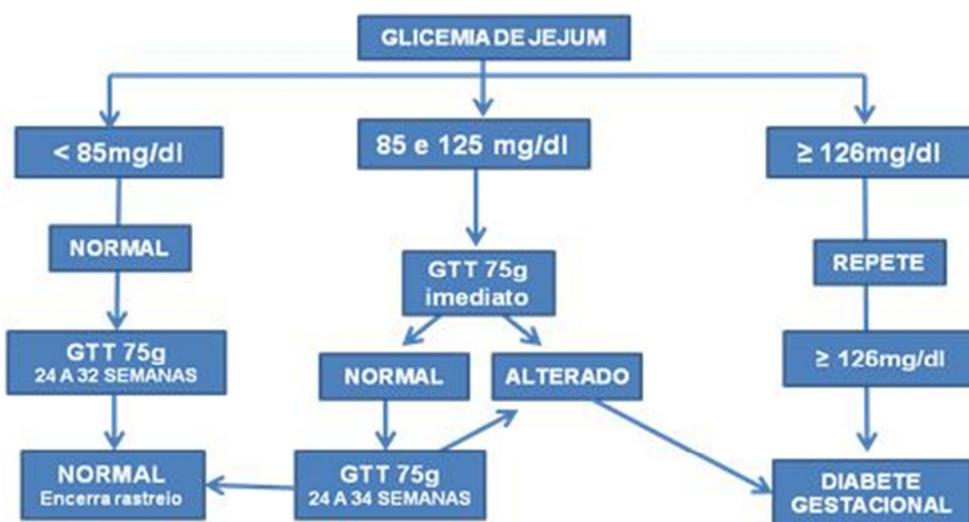
### e3) Rastreamento do Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Investigar fatores de risco em todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal. Os fatores de risco a serem pesquisados são:

- Idade materna avançada ( $\geq 35$  anos)
- Sobrepeso, obesidade ( $\text{IMC} \geq 30$ ) antes da gravidez ou no primeiro trimestre, ou ainda, ganho excessivo de peso na gravidez atual
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau
- Crescimento fetal excessivo (macrossomia ou fetos GIG), polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual
- Antecedentes obstétricos de abortos de repetição, de malformações fetais, de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de DMG.
- Síndrome de ovários policísticos
- Uso de medicamentos que possam causar hiperglicemia

Duas opções são possíveis:

- Fator de risco ausente: realiza glicemia de jejum
- Fator de risco presente: realiza GTT 75g direto

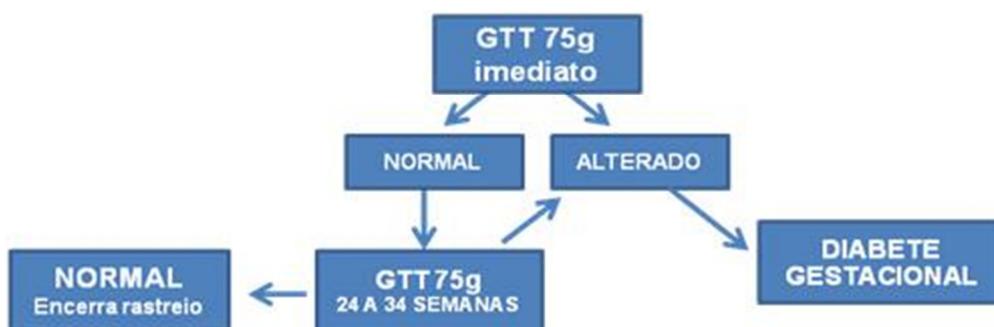


**Fluxograma 4 - Roteiro para rastreamento e diagnóstico do Diabetes gestacional sem fator de risco**

Em caso de glicemia  $\geq 85\text{mg/dL}$ , realizar prontamente GTT 75g. Caso a glicemia de jejum esteja abaixo de  $85\text{mg/dL}$  a paciente realizará o GTT entre a 24<sup>a</sup> e 32<sup>a</sup> semanas de gestação.

- Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dL (repetida): fecha o diagnóstico de DMG. Se a glicemia de jejum estiver entre 126 e 200mg/dl a paciente manterá seguimento no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater.
- GTT 75g: será realizado com dosagem da glicemia em TRÊS MOMENTOS:
  - Jejum:  $\leq 95$  mg/dL
  - 1ª hora:  $\leq 180$  mg/dL
  - 2ª hora:  $\leq 155$  mg/dL

Para fechar o diagnóstico de DMG são necessários DOIS VALORES ALTERADOS.



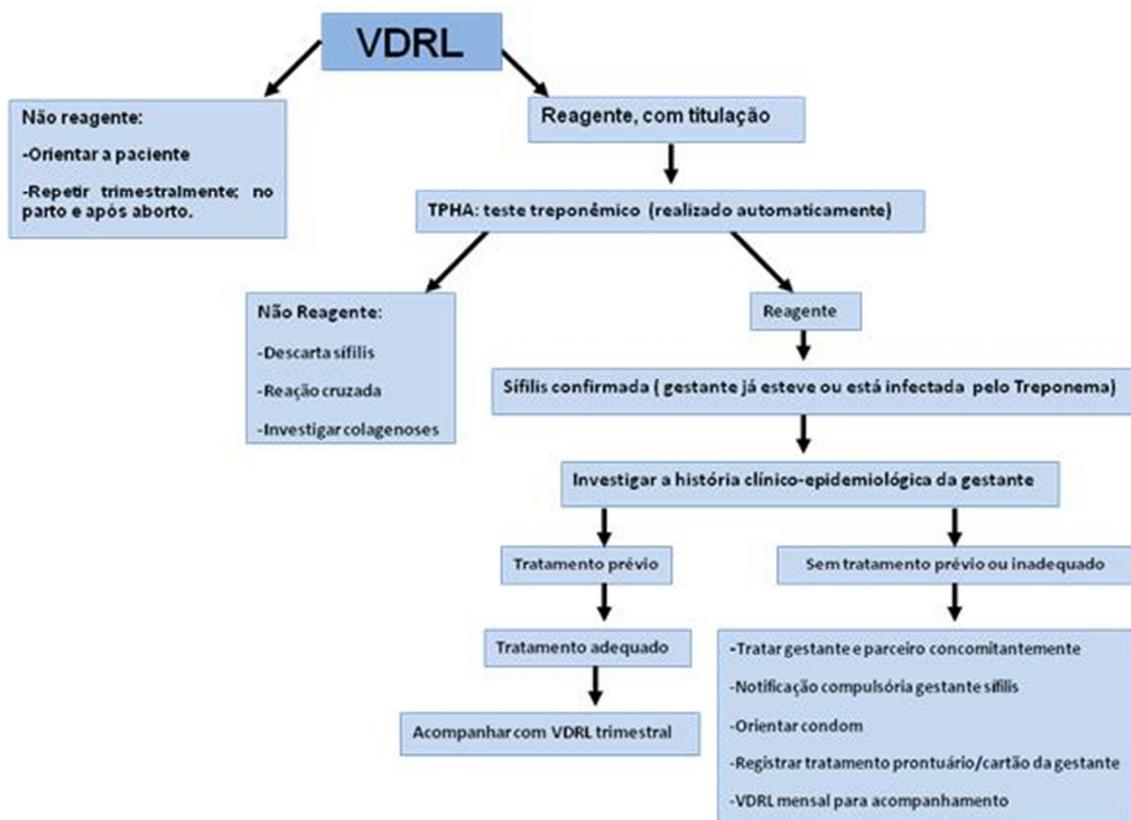
**Fluxograma 5 - Rastreamento de DMG em pacientes com fatores de risco**

#### **e4) Sorologia para sífilis (VDRL)**

- VDRL negativo: repetir exame no 3º trimestre (após a 28ª semana) e no momento do parto.
- VDRL positivo: no Centro de Referência o Laboratório realizará imediatamente o teste confirmatório para infecção pelo *Treponema pallidum* (Hemaglutinação ou FTA ABs). Se o teste confirmatório for positivo ou reagente deve-se realizar o tratamento, conforme esquema a seguir:
  - Sífilis recente primária (fase do cancro duro)*: tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega) em 2 aplicações com intervalo de uma semana, dose total de 4800.000UI
  - Sífilis recente secundária* (disseminação do agente): tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega) em 3 aplicações com intervalo de uma semana, dose total 7.200.000 UI
  - Sífilis latente ou tardia* (mais de um ano de evolução ou duração desconhecida) tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega) em 4 aplicações com intervalo de uma semana, dose total 9.600.000UI. O Ministério da Saúde do Brasil utiliza o esquema de 3 doses de 2.400.000 UI, dose total 7.200.000 UI.

## ATENÇÃO

- ❖ Toda o recém-nascido de paciente com sífilis cujo intervalo entre o término do tratamento e o parto for inferior a quatro semanas, deverá ser notificada como sífilis congênita.
- ❖ Realizar controle do tratamento com realização de VDRL 2, 4, 6 e 8 meses após o tratamento. Espera-se redução de pelo menos duas diluições do título inicial do VDRL na 1ª avaliação.



**Fluxograma 6 - Roteiro para rastreio e diagnóstico da sífilis na gravidez**

### e5) Sorologia para HIV

Esta sorologia deve ser sempre realizada de forma voluntária e acompanhada de aconselhamento pré e pós-teste. O resultado da sorologia poderá ser:

- Negativo (não reagente): o exame deve ser repetido após a 28ª semana e no momento da internação
- Positivo (não reagente): a gestante deverá ser encaminhada para o AMIGO-HCRP.
- Indeterminado: a gestante deverá ser encaminhada para o AMIGO-HCRP.

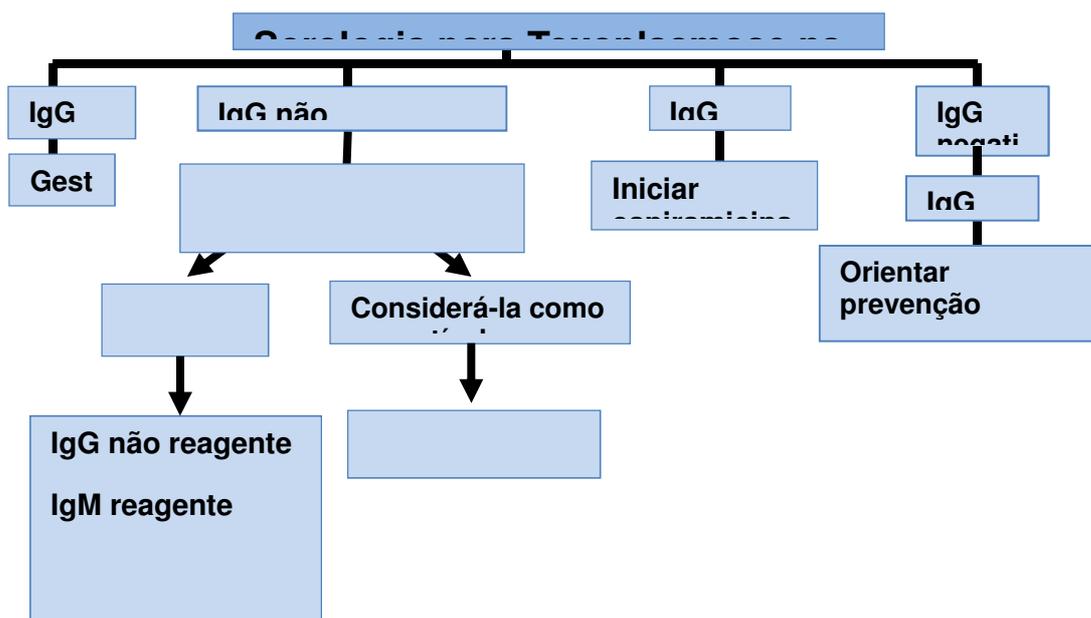
### e6) Sorologia para hepatite B (HBsAg)

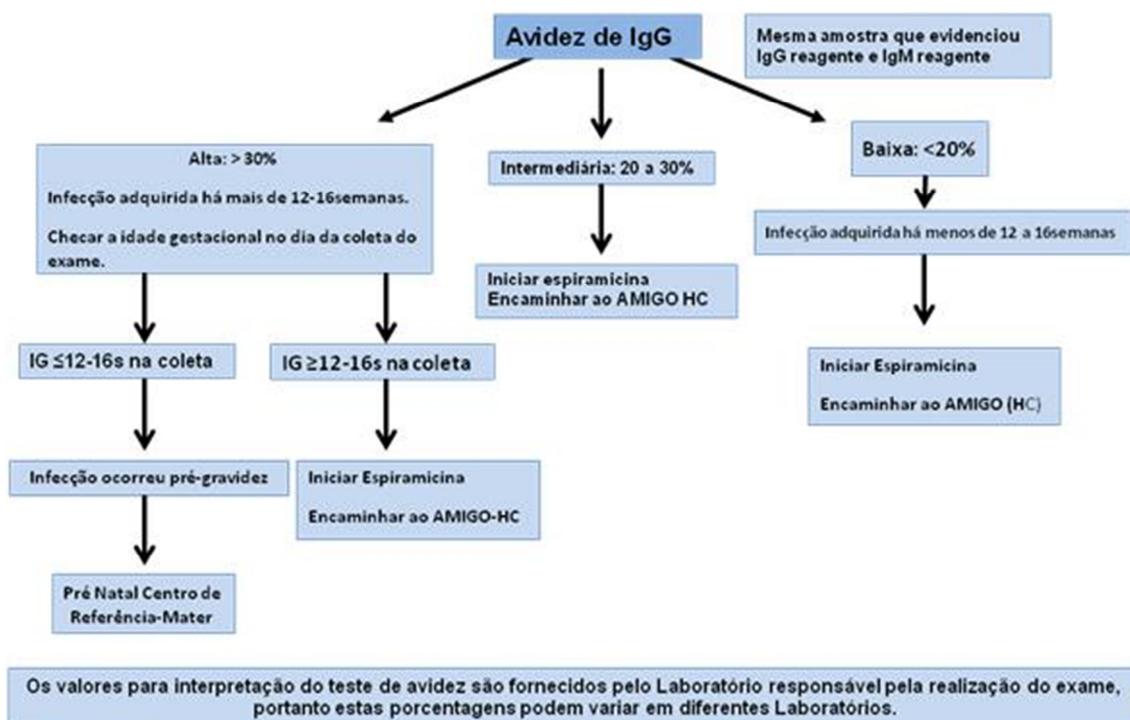
- Negativo: pré-natal no Centro de Referência-Mater

- Positivo: referenciar ao AMIGO-HC

### e7) Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM)

- IgG positivo/IgM negativo: significa infecção prévia a gestação. Atenção pré-natal no Centro de Referência-Mater
- IgG negativo/IgM negativo: gestante susceptível. Atenção pré-natal no Centro de Referência-Mater com orientação sobre a profilaxia para toxoplasmose (13.3.2). Repetir a sorologia a cada dois meses.
- IgG positivo/IgM positivo: Na Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o laboratório realizará o Teste de Aidez para toxoplasmose na mesma amostra sanguínea do 1º ELISA reagente. Dependendo da idade gestacional, a paciente terá o diagnóstico de que a infecção ocorreu há menos de 16 semanas ou há mais de 16 semanas. Caso não seja possível descartar que a infecção tenha ocorrido previamente a gravidez a gestante deverá ser referenciada ao AMIGO-HC.
- IgG negativo/IgM positivo: repetir a sorologia em 7 a 14 dias. Se IgG se tornar positivo, a hipótese diagnóstica será de infecção aguda, o profissional deverá prescrever espiramicina (3g VO) e encaminhar para AMIGO-HC. Caso a IgG permaneça negativa, considera-se falso positivo da IgM e a gestante será mantida no Centro de Referência-Mater sendo considerada susceptível para este agente recebendo, portanto, as orientações para prevenção da infecção aguda.





**Fluxograma 7 - Roteiro para rastreamento e diagnóstico da toxoplasmose na gravidez**

#### e8) Urina tipo I

- Proteinúria: "traços" de proteína associado à hipertensão ou proteinúria "maciça", na ausência de infecção urinária, indica o encaminhamento da gestante ao pré-natal de alto risco
- Leucocitúria/bacteriúria: solicitar urocultura com antibiograma. Em caso de urocultura positiva, tratar conforme o protocolo descrito a seguir.
- Hematúria: se leucocitúria associada, solicitar urocultura. Se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada.
- Outros elementos: não necessitam condutas especiais
- Caso a paciente esteja sintomática, devemos valorizar a urina tipo 1 e iniciar o tratamento para a ITU. Se possível a paciente deverá colher a urocultura antes de ingerir a medicação.

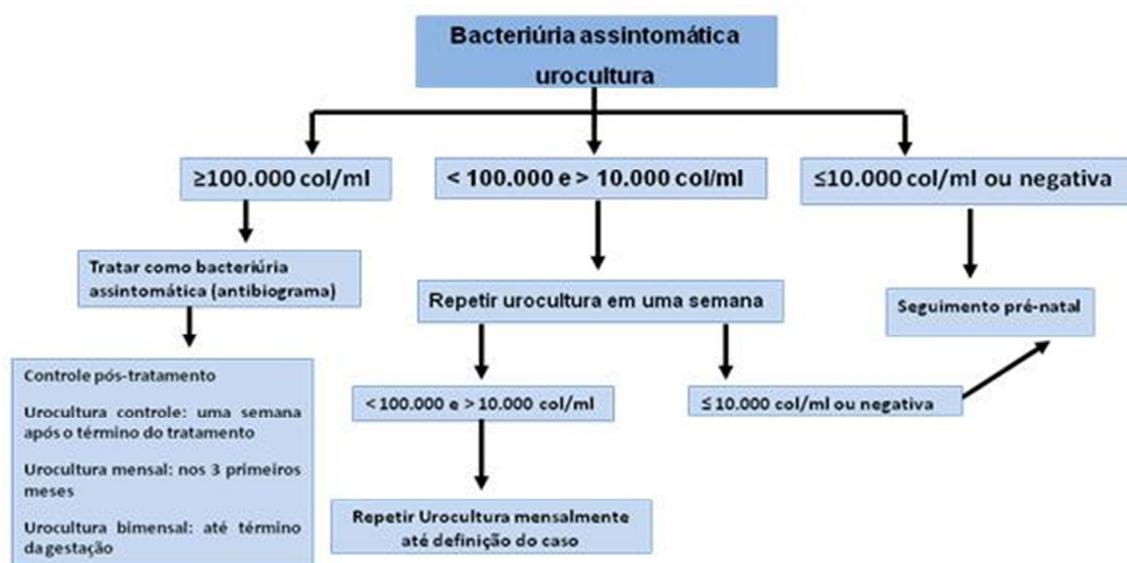
#### e9) Urocultura (UCA)

Se paciente está assintomática e a urocultura identificar um agente, com mais de 100.000 colônias, a conduta será tratar de acordo com o antibiograma. A droga de escolha deve ser a disponível na rede municipal de saúde. Após o tratamento da bacteriúria assintomática a paciente **NECESSITA** fazer o controle do tratamento

-UCA controle: deverá ser colhida 7 a 10 dias após o término do antibiótico

-Resultado negativo: UCA de acompanhamento em 30 dias

- Resultado positivo: devem-se pesquisar fatores de risco (cálculos, malformações do trato urinário) ou tratamento incorreto. A paciente deverá ser tratada novamente.
- UCA de acompanhamento: se o resultado for negativo a paciente repetirá novamente a UCA em 30 dias.



**Fluxograma 8 - Roteiro para rastreio e diagnóstico da bacteriúria assintomática na gravidez**

### ATENÇÃO

- ❖ Caso a gestante apresente infecção urinária pelo Estreptococo do Grupo B ou agalactiae (EGB), deverá ser realizado o tratamento desta infecção. No caso de bacteriúria assintomática, a prescrição será de acordo com o antibiograma e se for ITU sintomática deverá receber o antibiótico e repetir a UCA conforme já descrito. Independente do tratamento da ITU realizado, esta gestante **DEVERÁ RECEBER ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA ESTREPTOCOCO DO GRUPO B DURANTE O TRABALHO DE PARTO**. Estas informações deverão estar anotadas no prontuário e no cartão de pré-natal, além de informadas a paciente.
- ❖ As drogas de escolha para o tratamento da ITU na gestante:
  - Bacteriúria assintomática: escolha de acordo com o antibiograma
  - ITU sintomática:
    - Cefuroxima via oral 250mg de 12/12 horas por 10 dias
    - Macroantina: 100mg via oral de 6/6 horas por 10 dias
    - Norfloxacina: 400mg via oral de 12/12 horas por 7 dias

### e10) Exame parasitológico de fezes

- Negativo: orientações higieno-dietéticas

- Positivo: tratamento conforme agente etiológico identificado após a 12<sup>a</sup> semana

PROTOZOOSSES	DROGA	POSOLOGIA
Amebíase Entamoeba Histolytica	metronidazol	250mg/8 em 8h/VO/10d
giardíase	metronidazol	250mg/12 em 12h/VO/10d
HELMINTÍASE	DROGA	POSOLOGIA
ancilostomíase	mebendazol	100mg/12 em 12h/VO/3d
ascaridíase	mebendazol	100mg/12 em 12h/VO/3d
enterobiase	mebendazol	100mg/12 em 12h/VO/3d
estrongiloidíase	tiabendazol	50mg/Kg/12 em 12h/2d
Teníase	mebendazol	200mg/12 em 12h/4d
tricuriase	mebendazol	100mg/12 em 12h/VO/3d
esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel	Tratamento liberado no puerpério
Himenoleptíase	Praziquantel Niclosamida	Tratamento liberado no puerpério

#### Quadro 2 - Esquemas terapêutico das principais verminoses durante a gestação

##### e11) Colpocitologia (Exame de Papanicolaou ou "preventivo de câncer")

Deverá ser realizado nas gestantes cujo último exame tenha ocorrido há mais de um ano. O FATO DE NÃO NECESSITAR COLETA DE COLPOCITOLOGIA NÃO CONTRA-INDICA A REALIZAÇÃO DE EXAME ESPECULAR. Os casos que a colpocitologia evidenciar lesão intraepitelial (LIE) deverão seguir a conduta:

- LIE de alto grau (LIEAG ou NIC II/III) referenciar ao AMIGO-HCRP para colposcopia
- LIE de baixo grau:
  - gestante com idade < 30 anos: repetir a citologia após o 3<sup>o</sup> mês de puerpério
  - gestantes ≥ 30<sup>a</sup> anos: referenciar ao AMIGO-HCRP para colposcopia

##### e12) Ultrassonografia obstétrica

As principais aplicações da ultrassonografia no 3<sup>o</sup> trimestre de gravidez são:

- Avaliação do crescimento fetal,
- Avaliação da vitalidade fetal.

Ao término da consulta, antes de liberar a paciente, devem ser fornecidas as orientações verbais e impressas sobre os sinais de alerta, ou seja, quando a gestante deve procurar atendimento de urgência. É importante que o profissional utilize uma

linguagem de fácil entendimento e esclareça que o serviço tem 24 horas de atendimento. As principais orientações devem ser para que volte ao serviço antes do retorno programado se:

- Observar perda de líquido via vaginal: esclarecer que pode escorrer pelas pernas, que o líquido costuma ter odor de água sanitária, mas que também pode ser em pequena quantidade, porém de forma repetitiva
- Observar diminuição da movimentação fetal (mínimo de dois movimentos após as principais refeições)
- Observar perda de sangue pelos genitais: a perda sanguínea, em qualquer quantidade, deve ser valorizada. Explicar para a paciente que deve procurar o serviço se apresentar sangramento via vaginal de coloração vermelho vivo acompanhado ou não de dor abdominal
- Observar contrações rítmicas (duas a cada 10 minutos por, pelo menos, uma hora).

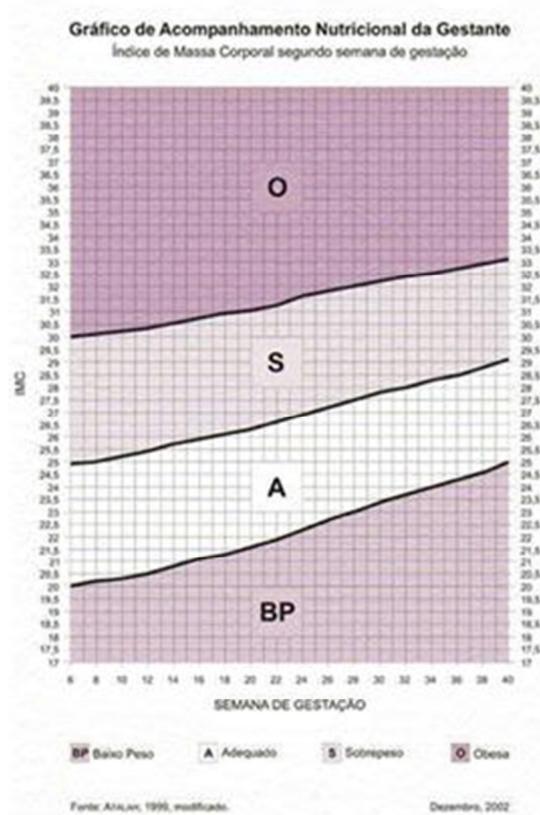
**ATENÇÃO:** Estas orientações estão no 13.3.3

### 5.3.2. Avaliação nutricional da gestante

É realizada por meio do Índice de massa corporal (IMC) expresso em  $\text{kg}/\text{m}^2$ , preferencialmente avaliado na consulta pré-concepcional ou durante o decorrer do primeiro trimestre da gestação. Porém, se a primeira consulta da gestante ocorrer após a 13ª semana, o IMC baseado na biometria desta primeira consulta será definido como IMC basal para o acompanhamento do ganho de peso. A principal vantagem da utilização do IMC é a boa relação deste índice com a massa gorda do paciente, além da facilidade de interpretação. A avaliação do estado nutricional da gestante utilizando o IMC utiliza a Curva de Atalah que foi padronizada para a população chilena considerando o IMC e a idade gestacional. Este autor classificou o estado nutricional nas categorias descritas a seguir:

- Baixo Peso (BP):  $\text{IMC} \leq$  aos valores expostos na faixa correspondente a baixo peso
- Adequado (A): IMC estiver compreendido na faixa de valores expostos a seguir:
  - pré-gestacional: 20 a 24,9
  - até a 13ª semana: 20,7 a 25,6
  - 14 a 28ª semana: 23 a 27,5
  - 29 a 40ª semana: 25 a 29,1

- Sobrepeso (SP): IMC estiver compreendido na faixa de valores expostos a seguir:
  - pré-gestacional: 25 a 30
  - até a 13ª semana: 25,7 a 30,4
  - 14 a 28ª semana: 27,6 a 31,9
  - 29 a 40ª semana: 29,2 a 33,1
- Obesidade (O): IMC estiver compreendido na faixa de valores expostos a seguir:
  - pré-gestacional: >30
  - até a 13ª semana: >30,4
  - 14 a 28ª semana: >31,9
  - 29 a 40ª semana: >33,1



**Figura 3 - Gráfico para registro do ganho de peso materno durante a gestação – Curva de Atalah**

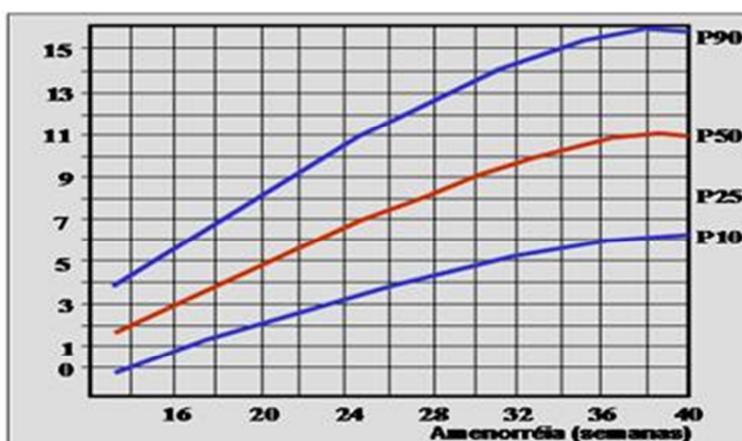
No ano de 2004, o Ministério da Saúde do Brasil (MSB), através do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN) publicou o ganho de peso recomendado durante a gestação segundo o estado nutricional inicial (Quadro 3)

**Ganho de peso (kg) recomendado  
durante a gestação segundo EN inicial**

Estado Nutricional inicial (IMC)	Ganho de peso total no 1º trimestre	Ganho de peso semanal médio no 2º e 3º trimestre	Ganho de peso total na gestação
Baixo Peso	2,3	0,5	12,5 - 18,0
Adequado	1,6	0,4	11,5 - 16,0
Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 - 11,5
Obesidade	----	0,3	7,0

**Quadro 3 - Ganho de peso materno (Kg) recomendado de acordo com o estado nutricional inicial – SISVAN 2004**

Dentre os fatores que influenciam o ganho de peso materno (GPMG) os mais importantes são as mudanças fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal, as comorbidades materno-fetais que alteram o metabolismo placentário, gestação múltipla, e sem dúvida, os hábitos alimentares da gestante. Durante o acompanhamento pré-natal, no que diz respeito aos limites do ganho de peso materno, pode-se definir três tipos de comportamentos: ganho de peso adequado, ganho de peso insuficiente ou ganho de peso aumentado. O ganho de peso ao longo da gestação deverá ser anotado em um gráfico que está exposto na figura 4.



#### **Figura 4 - Gráfico para registro do ganho de peso durante a gestação de acordo com a idade gestacional**

A avaliação do GPMG tem-se consolidado como ferramenta importante para a assistência pré-natal de qualidade, tanto pelo seu valor no acompanhamento obstétrico quanto por seu valor preditivo de desfechos gestacionais indesejáveis quando se encontra alterado. Apesar da facilidade desta avaliação que utiliza medidas biométricas básicas, o controle deste ganho demanda orientações nutricionais adequadas preferencialmente fornecidas por equipe multidisciplinar.

Frente a um GPMG insuficiente deve-se suspeitar sempre de restrição de crescimento intraútero (RCIU), hiperemese gravídica, bulimia ou anorexia (principalmente nas gestantes adolescentes), infecções crônicas (HIV como causa principal), desnutrição e tabagismo. Frente ao GPMG aumentado a hipótese diagnóstica deve ser de Diabetes *Mellitus*, gestação múltipla, malformação fetal (aumento do líquido amniótico), obesidade, doenças crônicas (hipertensão, dislipidemia).

**ORIENTAÇÕES ALIMENTARES:** uma adequada orientação nutricional durante a gestação é a pedra angular do controle do GPMG podendo ser realizada pelo próprio obstetra durante a assistência pré-natal ou, de preferência, em conjunto com a nutricionista.

#### **Orientação nutricional durante a gestação**

- Dieta de 25 a 40 Kcal/Kg de peso ideal/dia, dependendo do IMC.
- Obesas: com IMC > 29 Kg/m<sup>2</sup>, dieta até 30 Kcal Kg/dia;
- Composição: 25% de proteínas, 45% de glicídios (de absorção lenta) e 30% gordura (insaturada), podendo ser reajustada de acordo com a condição sócio-econômica da gestante.
- Fracionar a dieta: 5 a 6 refeições/dia.

Para que o profissional possa realizar uma orientação nutricional adequada, os quadros 4, 5, 6 e 7 exemplificam uma orientação dietética com 2000 calorias fracionadas em 5 refeições diárias.

### 5.3. Pré-Natal do parceiro

#### ***A extensão do pré-natal ao parceiro como estratégia avançada de saúde.***

Até hoje, a maternidade é considerada um espaço exclusivo da mulher, alijando-se o parceiro deste processo após a concepção. A extensão do pré-natal ao parceiro, além dos benefícios maternos e perinatais, cria a oportunidade de incorporá-lo na assistência pré-natal ensinando-o como apoiar a mulher, estreitando tanto sua relação com a futura mãe quanto com seu filho. Cria-se, também, um cenário de oportunidade utilizando o pré-natal e o evento “paternidade” para atrair os parceiros e futuros pais para uma rotina de cuidados com sua própria saúde, contemplando o diagnóstico de doenças sexualmente transmitidas (DST), hipertensão arterial, avaliação da glicemia de jejum e do perfil lipídico, além da possibilidade de orientá-lo sobre os riscos do tabagismo e do alcoolismo. Considerando-se os aspectos humanísticos, os benefícios gestacionais, puerperais e perinatais da presença do parceiro na consulta pré-natal podem ser divididos em pré-natais e pós-natais. Dentre os pré-natais, merecem realce as maiores taxas de adesão da gestante às orientações médicas (cuidados e medicações) e menores taxas de separações e de intercorrências relacionadas à violência. Com entendimento do processo de amamentação pelo parceiro, são maiores as taxas de amamentação exclusiva até três meses de idade do recém-nascido, com redução objetiva das taxas de depressão pós-parto.

Um dos principais problemas que existe no controle das DST durante a gravidez é justamente a abordagem do parceiro. A gravidez é uma situação que demanda intervenções objetivas, visto que o espectro da transmissão vertical está sempre presente e não há tempo nem espaço para falhas de manuseio. Se o parceiro tem adesão a esta intervenção o resultado é adequado. No caso de gestantes, se o parceiro fosse aconselhado para fazer os exames sorológicos de detecção dessas infecções na primeira consulta da gestante, esta situação estaria resolvida para aquelas doenças cujo diagnóstico sorológico já faz parte da rotina laboratorial do pré-natal, dentre eles o vírus da hepatite B (VHB), hepatite C (VHC), *Treponema pallidum* e vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1). Imagina-se que o pré-natal conjunto gestante-parceiro seja uma alternativa ética, exequível e coerente, com elevado potencial de reduzir as taxas de transmissão vertical das infecções aqui abordadas. No seu contexto, além da possibilidade de se resolver a questão da convocação do parceiro da gestante portadora de DST, a extensão do cuidado pré-natal ao parceiro da gestante cria a possibilidade de evitar tanto a exposição (gestante não infectada) quanto a re-exposição (gestantes infectadas) a microrganismos com

potencial de transmissão perinatal. Sob a perspectiva profilática, a relação custo/benefício é evidente.

Sobre o aspecto humanístico da atenção pré-natal estendida ao parceiro é fundamental:

- combater a exclusão do parceiro da sala de consultas de pré-natal e dos ambientes ligados ao parto. Sempre escudado na premissa de que o parceiro não quer participar, sua presença é frequentemente desconsiderada.

- atentar para que este parceiro não seja prejudicado em seu trabalho, criando mecanismos para eventual abono de falta no serviço.

Havendo disposição empática dos profissionais atuantes na assistência pré-natal para incorporação desta nova modalidade de cuidado pré-natal ampliado, estará criado o ambiente para o envolvimento político da medida. A partir deste apoio, o abono da falta do parceiro ao serviço para acompanhar sua parceira na consulta pré-natal passará a ter aspectos de legalidade e parte dos direitos de cidadão.



**Fluxograma 9 - Assistência pré-natal estendida ao parceiro: panorama ideal**

## 5.4- Assistência ao trabalho de parto e parto

### 5.4-1. Atendimento à gestante na sala de admissão

***A adequada avaliação da gestante na sala de admissão é fundamental, pois definirá a conduta a ser tomada pela equipe de plantão.***

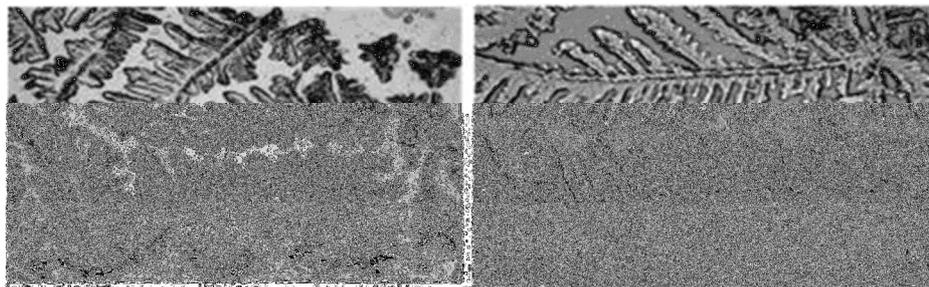
#### **Roteiro para avaliação na sala de admissão:**

1. Acolher a gestante e seu acompanhante, apresentar-se e ouvir atentamente o motivo pelo qual a mesma procurou o serviço,
  2. Realizar anamnese sucinta sobre os diversos aparelhos, comorbidades, febre, tabagismo, alcoolismo, uso drogas ilícitas, uso de medicamentos,
  3. Interrogatório dirigido, caracterizando as condições obstétricas da gestante
    - Idade
    - Gesta/Para/Aborto
    - Tipos de partos anteriores, data do último parto e, se cesárea, qual foi a indicação
    - Data da última menstruação (DUM) para obter a idade gestacional (IG)
    - Realização de pré-natal (local e número de consultas)
    - Movimentação fetal
    - Perdas vaginais (muco, sangue ou líquido) e há quanto tempo
  4. Avaliar o cartão de pré-natal:
    - Número de consultas realizadas, idade gestacional que iniciou o pré-natal
    - Exames laboratoriais e data da realização (sorologias, tipo sanguíneo/fator Rh)
    - Ultrassonografia obstétrica: data de realização e idade gestacional
- ATENÇÃO:** Durante esta fase da avaliação procurar deixar a paciente a vontade, responder com tranquilidade as perguntas e estimular e permitir a presença do acompanhante.
5. Explicar a paciente a necessidade e importância do exame obstétrico/ginecológico para definir a conduta
  6. Fornecer camisola e encaminhar a gestante ao banheiro para trocar a roupa e, se necessário, esvaziar a bexiga.
  7. Realizar o exame físico:
    - Gestante em decúbito dorsal com a cabeça e o dorso mais elevados
    - Avaliar estado geral, mucosas e verificar pulso e pressão arterial

- Realizar ausculta cardíaca materna
8. Realizar exame obstétrico:
- Medir a altura uterina
  - Avaliar estática fetal em gestantes após 26 semanas através da palpação abdominal realizando as quatro manobras de Leopold Zweifel (figura 1).
  - Observar a presença de movimentos fetais (MF) e se ocorre aceleração ou desaceleração do BCF durante a MF
  - Avaliar dinâmica uterina (DU) num período de 10 minutos, concomitante com a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) com o sonar Doppler. Na presença de contrações uterinas a ausculta dos BCF deve ser realizada, obrigatoriamente, durante e após as contrações.
  - Caracterizar a frequência e a intensidade das contrações uterinas.
9. Realizar exame especular: o profissional deve explicar o exame para a gestante e acompanhante. O exame deverá ser realizado em ambiente privativo e com toda gentileza possível.
- Paciente SEM queixa de perda líquida ou sanguínea: exame especular pode ser realizado com lubrificante.
  - Paciente COM queixa de perda líquida: realizar exame especular sem lubrificante, preferencialmente com a presença de um orientador para que, se houver dúvida, não seja necessária a repetição do exame. Durante o exame especular é necessária a visualização do colo uterino e a observação da saída ativa de líquido amniótico (LA) pelo orifício cervical externo (OE). Caso não haja saída ativa deve-se orientar a paciente a realizar esforço como, por exemplo, a Manobra de Valsalva e observar o OE. Se durante a manobra não for visualizada a saída da LA pode-se solicitar para um auxiliar movimentar o polo fetal na bacia materna. Durante a mobilização observa-se o OE para visualizar, ou não, a saída de LA.

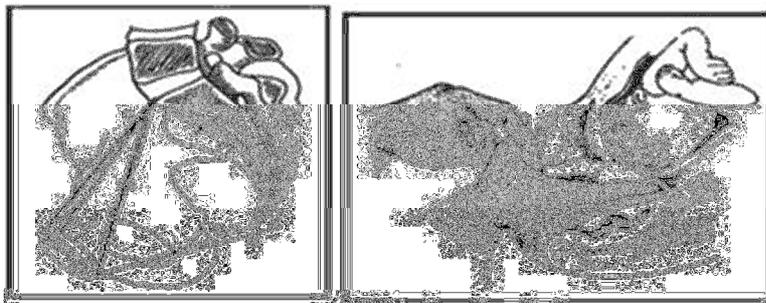
**ATENÇÃO:** Todas as gestantes com queixa de perda líquida via vaginal deverão ser submetidas a coleta de material para realização do Teste de Cristalização. Este teste consiste na coleta de material do OE com espátula e esfregaço em lâmina. Aguarda-se a secagem do material e observa-se ao microscópio (aumento 40xx) para visualizar a formação de cristais no formato de folhas de samambaia. As pacientes com Teste da Cristalização positivo serão conduzidas como corioamniorrexe e devem ser submetidas ao menor número de toques vaginais possíveis. A luva deverá ser estéril e o examinador deve utilizar o povidine ou clorohexidine aquoso na realização do

exame. Aquelas com teste negativo terão sua conduta determinada pela associação de outros testes diagnósticos.



**Figura 5 - Imagens microscópicas de cristalização do líquido amniótico em lâminas**

- Paciente com sangramento via vaginal: se a avaliação da DU não evidenciou hipertonia uterina deve-se pensar em placenta de inserção baixa e a realização do exame especular deve ser cuidadosa e na presença de um orientador. Se a hipótese diagnóstica for de placenta prévia, o toque vaginal não deve ser realizado.
10. Realizar o toque vaginal: imprescindível para avaliação da bacia, do colo e da variedade de posição da apresentação fetal. O toque também pode evidenciar a formação da bolsa das águas durante a atividade uterina auxiliando a confirmação diagnóstica ou não de corioamniorrexe. A luva só deverá ser retirada da caixa no momento de realizar o toque. O profissional deve sistematizar o roteiro das informações necessárias para que nenhum parâmetro seja esquecido evitando a repetição do exame. Caso a paciente expresse um grande desconforto durante a realização do mesmo, o residente mais graduado ou o chefe do plantão deve realizar o exame para reduzir o tempo e o desconforto do mesmo.
- Avaliação da Bacia materna: é fundamental avaliar os três estreitos para definir se a bacia é favorável ou não.
    - Estreito superior: a principal medida é a conjugata obstétrica (CO) que mede 10,5 cm na bacia ginecóide. O obstetra avalia indiretamente a CO através da conjugata diagonalis que mede 12 cm, visto que a CO é em torno de 1,5 cm menor que a diagonalis. Ao realizar o toque vaginal o profissional tenta alcançar o promontório, o que não acontece nas bacias ginecóides. Isto significa que a conjugata diagonalis mede pelo menos 12 cm e a CO pelo menos 10,5cm.



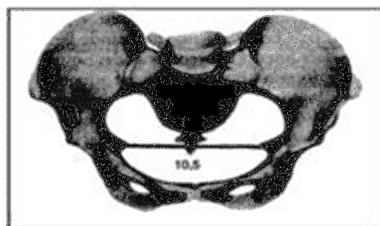
**Manter Espiramicina e**

**Encaminhar ao AMIGO (HCRP)**

Estreito

superior da bacia obstétrica e avaliação da *conjugata obstétrica* pelo toque vaginal Retirado de Obstetrícia Fundamental – Rezende e Montenegro, 2003

-Estreito médio: é o estreito mais importante da bacia obstétrica e corresponde ao plano zero de De LEE. Este estreito é representado pelas espinhas ciáticas que nas bacias ginecóides devem estar apagadas, isto é, não devem ser facilmente palpáveis. Quando estas espinhas estão apagadas, a distância entre elas é de 10,5 cm.



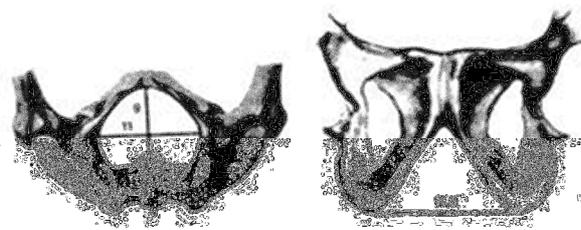
**Figura 6 -**

**Estreito médio da bacia obstétrica**

**(ponto zero de De LEE)**

**Retirado de Obstetrícia Fundamental – Rezende & Montenegro, 2003**

-Estreito inferior: é o último estreitamento da bacia e corresponde a saída do canal de parto. Este estreito tem uma característica importante que é a possibilidade de aumentar seus diâmetros pela retropulsão do cóccix (9,5 cm para 11,5 cm). Raramente temos distócias de estreito inferior, mas é muito importante o posicionamento da parturiente na mesa de parto, pois caso ela fique com o cóccix preso na mesa, terá dificuldade para realizar a retropulsão do cóccix. O ângulo subpúbico também faz parte deste estreito e nas bacias ginecóides costuma ser  $> 90^\circ$ .



### Gestante suscetível

- Avaliação do colo uterino: cinco parâmetros devem ser avaliados
  - Posição: se refere ao eixo do colo em relação ao eixo vaginal, sendo referido como anterior, centrado ou posterior
  - Comprimento: se refere a distância entre OE e OI, isto é, ao comprimento do canal endocervical, sendo descrito como curto, médio ou longo
  - Dilatação: se refere a abertura do OE e OI do colo, isto é, a permeabilidade para a polpa digital. O tamanho da polpa digital varia entre os profissionais, mas em média mede 1,5 a 1,7 cm. No Centro de Referência há um modelo acrílico chamado dilatômetro que simula as diferentes dilatações cervicais para que a equipe possa realizar o treinamento.
  - Avaliar embebição: amolecimento do colo (amolecido, médio ou firme)
  - Avaliar espessura: distância entre a face interna e externa do lábio cervical. Pode ser grosso, médio ou fino

Com o objetivo de avaliar a progressão do trabalho do colo uterino pelas contrações uterinas ou definir se o colo está favorável ou não para a progressão do trabalho de parto, utiliza-se o Índice de Bishop conforme demonstrado no quadro abaixo.

Parâmetro	Pontuação			
	0	1	2	3
Posição do colo	Posterior	Centrado	Anterior	—
Consistência	Firme	Médio	Amolecido	—
Encurtamento	Longo > 1,5 cm	Médio 0,5 a 1,5 cm	Curto < 0,5 cm	Fino Apagado
Altura apresentação	- 3	- 2	- 1 a 0	+1 a +2
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	> 4

#### Quadro 4 - Índice de Bishop modificado (1964)

- Determinar a variedade de posição da apresentação fetal: A apresentação fetal pode ser cefálica, pélvica ou córmica. A apresentação cefálica poderá ser fletida ou defletida de 1º, 2º ou 3º grau conforme o ponto de referência detectado ao toque:
  - Fletida: ponto de referência é o occipital (letra O)
  - Defletida 1º grau: ponto de referência é o bregma (letra B)
  - Defletida 2º grau: ponto de referência é o naso (letra N)
  - Defletida 3º grau: ponto de referência é o mento (letra M)

**Variedade de posição:** referência da apresentação fetal em relação a bacia materna (exemplo: occipto esquerda anterior-OEA)

11. Formular hipótese diagnóstica e definir a conduta:

##### Cenário 1:

- Hipótese diagnóstica: Período prodrômico ou premonitório (a paciente não está em trabalho de parto).
- Conduta: A gestante retornará a sua casa após receber todas as orientações: retorno na consulta pré-natal no dia agendado, observação de perdas via vaginal, observação dos MF e das contrações uterinas (três contrações a cada 10 minutos por pelo menos 1 hora). Estas informações estão no 13.3.3.

**ATENÇÃO:** É muito importante não confundir período premonitório ou pré-parto com fase latente da dilatação do trabalho de parto.

##### Cenário 2:

- Hipótese diagnóstica: Período prodrômico ou fase latente do trabalho de parto? (interrogado). Na prática é uma situação muito frequente na sala de admissão.
- Conduta: A gestante deverá ser reavaliada após um período de tempo que deve ser combinado com a paciente e familiar(es). É fundamental explicar que após esta reavaliação, a conduta poderá ser alta ou internação.

Ao decidir pela reavaliação da gestante a equipe pode optar por:

- Solicitar que a gestante deambule na maternidade e marcar um horário para reavaliação, em geral, duas horas.
- Orientar a paciente para retornar para casa e voltar ao hospital no período estipulado, ou antes, se as contrações aumentarem ou se modificarem as queixas.

**ATENÇÃO:** A progressão das modificações cervicais deve ser avaliada pela modificação na pontuação do Índice de Bishop exposta no Quadro 8.

**Definição de trabalho de parto verdadeiro e critérios de internação:** Para se firmar o diagnóstico de trabalho de parto (TP) a gestante deve apresentar os seguintes sinais:

- a. Queixa de cólica coincidente com contrações uterinas: 3 contrações em 10 minutos com tríplice gradiente descendente
- b. Modificações do colo uterino: dilatação deve ser de no mínimo 3 cm com colo fino e apagado
- c. Perda tampão mucoso (com ou sem raias de sangue)
- d. Formação da bolsa das águas, nos casos de bolsa íntegra

**ATENÇÃO:** Para diagnóstico de trabalho de parto é obrigatória a presença das contrações descritas na **letra a** e a dilatação cervical descrita na **letra b**.

No Quadro 9 estão descritos os principais parâmetros e suas possíveis interpretações para fazer o diagnóstico diferencial entre o trabalho de parto verdadeiro e o falso trabalho de parto. O correto diagnóstico evitará **internações desnecessárias e, conseqüentemente, iatrogenias**.

	VERDADEIRO TRABALHO DE PARTO	FALSO TRABALHO DE PARTO
CONTRAÇÕES	regulares	Irregulares (Braxton Hicks)
INTERVALO CONTRAÇÕES	decrecente	Não se modifica
DURAÇÃO CONTRAÇÕES	Aumento gradativo	Não se modifica
INTENSIDADE CONTRAÇÕES	Aumento gradativo	Não se modifica
MODIFICAÇÕES CERVICAIS	Dilatação e apagamento	Não se modifica
POLO FETAL	Descida progressiva. Fixo nas contrações	Não se modifica
LOCAL DOR	Costas e abdomen	abdomen

### Quadro 5 - Diagnóstico diferencial entre falso e verdadeiro trabalho de parto

#### Cenário 3:

- Hipótese diagnóstica: Fase ativa da dilatação ou Período expulsivo
- Conduta: Internação para assistência ao trabalho de parto
  - Se baixo risco permanecerá no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater
  - Se alto risco, dependendo da dilatação cervical e da paridade, será referenciada para hospital de maior complexidade

#### **ATENÇÃO**

- ❖ Evitar internar a paciente na fase latente da dilatação, mas se alguma circunstância clínica ou social exigir, não abrir partograma, anotando o motivo da admissão na folha de evolução.
- ❖ Em pacientes multíparas, dar maior crédito a dinâmica uterina em detrimento da dilatação cervical. Nas primíparas a dilatação deve ser mais valorizada que as contrações uterinas. O uso de critérios claros para o diagnóstico de fase ativa de TP reduz o uso de ocitocina e analgesia (Nível **A** de evidência).

#### Cenário 4:

- Hipótese diagnóstica: Independente de estar em trabalho de parto ou não, a equipe julga necessária a avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia, ultrassonografia) e/ou necessidade de medicação e/ou solicitação de exames (coleta de urina e/ou sangue, etc) e/ou transferência para hospital de maior complexidade.
- Conduta: A paciente será encaminhada para observação na enfermaria 11 onde realizará a avaliação da vitalidade fetal ou colherá os exames ou receberá a

medicação. Após a reavaliação da paciente, a equipe adotará uma das condutas anteriormente descritas nos demais cenários.

**ATENÇÃO:**

- ❖ Todos os casos devem ser discutidos com o residente mais graduado que deve conferir os dados anotados e o exame da paciente. O chefe do plantão deve estar ciente da avaliação e conduta. Nos impressos do Centro de Referência deve constar o nome de toda a equipe que participou da avaliação e condução do caso.
- ❖ Independente do cenário descrito, explicar a paciente e familiar(es) que a conduta foi decidida PELA EQUIPE, e caso observe resistência ou temor da paciente/familiar solicitar ao chefe do plantão para auxiliar a reforçar a conduta.

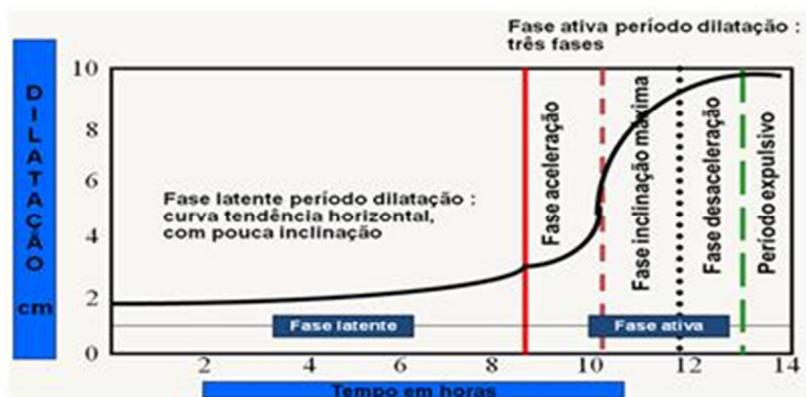
5.4-2. **Assistência ao período de dilatação:** realizado o diagnóstico de trabalho de parto, a parturiente está na fase ou período de dilatação. Este período apresenta:

**1ª) Fase latente:** a dilatação cervical tem velocidade menor que 1cm por hora, portanto a curva da dilatação desta fase tem tendência horizontal, com pequena inclinação. A dilatação cervical evolui de 2-3cm para 4-5cm.

**2ª) Fase ativa:** a velocidade de dilatação cervical é maior que 1cm por hora (em média, de 1,2cm/h em nulíparas e 1,5 cm/h em multíparas), portanto a curva da dilatação desta fase tem tendência vertical, com evidente inclinação. A dilatação cervical evolui de 5cm para dilatação completa ou total. A fase ativa da dilatação é dividida em:

- Fase de aceleração
- Fase de inclinação máxima
- Fase de desaceleração

Estas fases estão demonstradas no gráfico do período da dilatação exposto na figura 9.



**Figura 7 - Gráfico das diferentes fases do período de dilatação**

A internação da parturiente para a assistência ao trabalho de parto deve ocorrer, preferencialmente, na fase ativa da dilatação. Após a internação inicia-se uma rotina com o objetivo de proporcionar adequada assistência ao binômio materno-fetal e que deve ser explicada a parturiente e acompanhante. Esta rotina inclui:

a) **Avaliação do risco materno-fetal:** a equipe avalia este risco no momento da internação e reavalia sistematicamente DURANTE A EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO, pois uma parturiente que é considerada de baixo risco no momento da internação pode apresentar uma evolução que modifica a classificação para alto risco. Uma dificuldade na assistência obstétrica é a definição de parto normal. De acordo com a OMS, considera-se parto normal aquele que se inicia espontaneamente, a paciente é considerada de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O feto nasce espontaneamente, apresentação cefálica fletida (de vértice), entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições.

**b) Roteiro seguido na internação da parturiente:**

b1) Equipe médica:

- Informar a paciente e familiar (es) o motivo da internação e como será a condução da assistência à parturiente
- Comunicar a recepção e a equipe de enfermagem que a parturiente será internada
- Solicitar exames
  - Tipo sanguíneo, fator Rh e contra-prova
  - PAI ou Coombs indireto
  - Sorologia para sífilis: VDRL
  - Teste rápido para HIV nas seguintes situações:
    - Pré-natal fora do Centro de Referência/sem pré-natal: solicitar para todas as pacientes
    - Pré-natal no Centro de Referência: solicitar se o ELISA Anti-HIV foi realizado há tempo  $\geq 3$  meses ou se grupo de risco: adolescentes, usuárias de drogas, *homeless*

b2) Equipe de enfermagem:

- Aferir e documentar peso, estatura e sinais vitais da parturiente. Os sinais vitais são reavaliados a cada hora.
- Encaminhar parturiente ao pré-parto para o banho
- Fornecer roupas próprias da maternidade

Colher os exames solicitados e encaminhar ao laboratório

**c) Rotina assistencial**

**Alimentação da parturiente:** Após a internação será prescrita dieta. No caso de cesariana imediata ou presumida deve ser prescrito jejum. As pacientes que internam para indução do trabalho de parto receberão dieta geral até desencadearem contrações, quando será prescrita dieta para parturiente. **Quando realizada a analgesia de parto, de acordo com o protocolo do Serviço de Anestesia, será prescrita dieta líquida.** Toda gestante com idade gestacional **acima de 20 semanas** será considerada de **estômago cheio**, e, portanto de **risco para aspiração pulmonar**. Para que não haja repercussões metabólicas e hemodinâmicas do jejum prolongado, é prudente permitir a **ingestão de líquidos sem resíduos a cada 2-3 horas** (água, chá, suco de maçã, suco de caju, gelatina, café) nas pacientes em trabalho de parto, já hospitalizadas, que provavelmente serão submetidas a um procedimento anestésico.

1- Jejum a partir da realização da analgesia ou indicação de cesariana

2- Ingestão somente de líquidos sem resíduos a cada 2-3 horas nas pacientes em trabalho de parto que provavelmente serão submetidas a procedimento anestésico

#### **ATENÇÃO:**

- ❖ A indicação de analgesia se baseia na dor da paciente e na solicitação da equipe da Obstetrícia.
  - ❖ Realizada a analgesia a paciente permanecerá em jejum sendo realizada a prescrição desta orientação pela equipe de Obstetrícia.
  - ❖ A orientação de jejum deve ser comunicada à paciente e seus familiares pelas equipes de Obstetrícia, Anestesia e Enfermagem.
  - ❖ Casos de indicação e realização de analgesia precoce (fase latente da dilatação) devem ser individualizados e a prescrição do jejum discutida entre os responsáveis pelas equipes
- **Alívio da dor:** Podem ser utilizadas as técnicas não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor
    - Técnicas não farmacológicas: são expostas no capítulo sobre recursos fisioterapêuticos no trabalho de parto
    - Técnicas farmacológicas: a analgesia de condução por meio da peridural com a possibilidade da aplicação de dose de manutenção por meio do cateter instalado no ato da punção lombar, além da raquianestesia no final da fase ativa da dilatação e no período expulsivo consistem em recurso valioso na assistência ao

trabalho de parto. A equipe médica indica a analgesia e, a paciente estando de acordo, é encaminhada a sala de parto para realização do procedimento. Um dos componentes da equipe obstétrica deve acompanhar o procedimento anestésico e, ao término deste será realizada avaliação clínico-obstétrica detalhada, com dinâmica uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais e toque vaginal. Dependendo da dilatação cervical a paciente será encaminhada ao pré-parto ou permanecerá na sala de parto para realização do parto. A analgesia de parto pode promover redução da dinâmica uterina sendo necessária correção com uterotônicos e também aumenta a probabilidade de parto vaginal assistido (Nível **A** de evidência).

- **Posição:** sempre dentro das possibilidades clínicas da parturiente, permitir que ela escolha a posição mais confortável: supina, ortostática, deambulando, sentada, quatro apoios entre outras. Não deve ser rotina orientar que a paciente permaneça deitada, mas se parturiente preferir esta posição deve-se orientar o decúbito lateral esquerdo (DLE) que possibilita aumento na intensidade e diminuição na frequência das contrações uterinas melhorando o aporte sanguíneo ao território útero-placentário. Se a paciente desejar, poderá deambular livremente até completar a dilatação cervical.
- **Acompanhante:** a *Lei n. 11.108*, de 7 de abril de 2005 foi aprovada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República obrigando os serviços de saúde SUS, da rede própria ou conveniada, a permitirem a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o trabalho de parto, na realização de procedimentos anestésicos e na sala de parto até o nascimento de seu filho. Durante a internação, a equipe de saúde deve estimular a participação ativa da parturiente e do acompanhante no processo da parturição, permanecendo próxima a paciente para informar e orientar quando houver necessidade. A principal função do acompanhante é o apoio a parturiente, e esta deve ser previamente consultada no caso do acompanhante visualizar a região genital como, por exemplo, no momento da expulsão fetal.

**ATENÇÃO:** Alguns acompanhantes não estão preparados para visualizar as secreções e líquidos corporais como sangue e podem apresentar lipotimia.

- **Punção venosa e infusão de líquidos:** não deve ser rotineiramente empregada, uma vez que cerca de 80% das pacientes admitidas no período de dilatação terão o parto dentro de 8 horas. É recomendado o uso de fluidos endovenosos somente

naquelas que evoluírem com trabalho de parto prolongado ou que necessitem de uso de medicação endovenosa.

- Enterocisma NÃO faz parte da rotina, pois não se mostrou capaz de reduzir infecção materna ou fetal e causa desconforto à paciente. Além disto, aumenta o custo do procedimento (Nível **A** de evidência).
- Tricotomia NÃO faz parte da rotina assistencial (Nível **A** de evidência).

**ATENÇÃO:** Toda a equipe deve estar atenta para o correto preenchimento dos impressos referentes a internação da parturiente, constando todos os dados e procedimentos realizados no Centro de Referência. Este cuidado é fundamental, pois o prontuário preenchido adequadamente permite a documentação correta do caso, além de ser um instrumento para defesa profissional.

A avaliação obstétrica durante o período de dilatação do trabalho de parto compreende:

- **Abertura e preenchimento do partograma:** consiste no registro gráfico do trabalho de parto e toda a gestante em trabalho de parto tem seu seguimento baseado e orientado por um partograma individual. A avaliação deste registro possibilita considerar a evolução do trabalho de parto em eutócica ou distócica (ou disfuncional). De acordo com a evolução clínica, condutas específicas podem ser indicadas baseadas no partograma, entre elas: deambulação, prescrição de ocitocina, amniotomia e indicação de cesárea. Tais condutas serão discutidas e pormenorizadas em outros capítulos.
- **Avaliação da vitalidade fetal:** nas parturientes classificadas como baixo risco deve ser realizada pela ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais (BCF) a cada 30 minutos com sonar Doppler. A ausculta deve ser feita durante e após as contrações com o objetivo de detectar possíveis desacelerações. O uso rotineiro da cardiotocografia em gestações de baixo risco está contra indicado devido ao alto índice de resultados falso-positivos (Nível **A** de evidência).
- **Prescrição de ocitocina:** este medicamento deverá ser prescrito para indução de trabalho de parto com Índice de Bishop  $\geq 6$  ou para correção de distócias funcionais ou discinesias.

No Centro de Referência o esquema preconizado para infusão de ocitocina é:

- Diluir 5 UI em 500 ml de soro glicosado;

- Utilizar em bomba de infusão ou equipo comum;
  - Diluir 5UI de ocitocina em 500 ml de SG5%. Isto corresponde a concentração de 10mUI/ml. Cada 4 gota corresponde a 2mUI. Deve-se iniciar com 4mUI (8 gotas) por minuto e reavaliar em 30 minutos. Se a atividade uterina estiver satisfatória, o gotejamento será mantido, caso contrário, dobrar o gotejamento a cada 30 minutos até 40 gotas/minuto (20mUI/ml).
  - Durante o uso, avaliar constantemente as contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal.
  - Se o padrão contrátil exceder 5 contrações em 10 minutos (taquissistolia) e houver desaceleração da frequência cardíaca fetal (síndrome de hiperestimulação) a conduta deve ser descontinuar o uso do ocitócico e aplicar uma ampola (0,5mg) de terbutalina subcutânea. As contrações com duração maior que um minuto ou subentrantes devem ser cuidadosamente avaliadas, pois podem repercutir na FCF
- **Toque vaginal:** a cada duas horas se a gestante apresenta atividade uterina característica de trabalho de parto. Caso contrário pode ser realizado em intervalos maiores, sendo no máximo a cada quatro horas.

É importante ressaltar que, no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater, existe uma grande e constante preocupação com a humanização do parto. Todos os conceitos básicos devem ser aplicados na assistência prestada a cada gestante em todo o processo, desde sua internação até o momento da alta.

O diagnóstico de período expulsivo (ou pélvico) do trabalho de parto é realizado quando a dilatação está completa ou total. Se o parto for ocorrer na unidade de pré-parto/parto/puerpério (PPP) a parturiente não será transferida de local, porém se for realizado em sala de parto a transferência será realizada quando a descida da apresentação fetal atingir os planos +1 ou +2 de De Lee em primigestas e no, caso de múltiparas, quando estiver no plano zero de De Lee.

5.4-3. **Recursos Fisioterapêuticos No Trabalho De Parto:** A assistência multidisciplinar ao trabalho de parto traz benefícios a parturiente e ao seu filho. Dentre entre profissionais, os fisioterapeutas tem participado ativamente das atividades tornando-se parte da equipe de saúde e auxiliando as parturientes. Dentre as técnicas estimuladas por estes profissionais destacam-se:

**a) Suporte Contínuo:** Foi inspirado na Rede de Humanização do Nascimento, e surgiu como forma de encorajar a parturiente, oferecendo conforto físico, suporte emocional, orientações e informações sobre o processo de trabalho de parto, respeitando sua vontade, garantindo a privacidade e a confidencialidade. Essa atenção pode ser oferecida por pessoas com características distintas, de acordo com o contexto assistencial envolvido, tais como profissionais (fisioterapeuta, enfermeira, parteira dentre outros), companheiro/familiar, amiga da parturiente ou doula - mulher designada para tal função. Estudos demonstram que o suporte contínuo é favorável para a redução da taxa de cesarianas, diminuição do uso da analgesia e da duração do trabalho de parto e ainda produz aumento na satisfação materna promovendo conforto físico e emocional para a parturiente.

**b) Deambulação:** Os principais benefícios da deambulação no trabalho de parto são a melhora da coordenação miométrica e aumento da velocidade da dilatação cervical e da descida fetal, provocado pelo efeito favorável da gravidade e a mobilidade pélvica. Estes efeitos foram comprovados por numerosos estudos randomizados e controlados, incluindo grande número de mulheres em trabalho de parto.

**c) Mobilidade Materna:** alternâncias de posturas, priorizando posturas verticais estão associadas a uma melhor evolução do trabalho de parto, com aumento da velocidade de dilatação cervical e descida fetal, alívio da dor e mais conforto durante o processo de nascimento. As parturientes devem ser incentivadas a mudarem continuamente de postura, variando de sentada no leito, na cadeira, na banqueta, ou bola, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente. Estudos relatam que a mobilidade materna durante o trabalho de parto reduz a necessidade do uso de fármacos pela maior tolerância a dor das parturientes e reduz a duração da fase ativa da dilatação.

**d) Bola Suíça ou de nascimento:** Constitui-se de um recurso auxiliar para adoção de postura vertical e para suporte para outras técnicas, como a massagem e o banho de chuveiro. A realização de exercícios pélvicos na bola tem sido referida como eficientes em melhorar as contrações uterinas, aumentar dilatação cervical, e aliviar a dor durante o trabalho de parto, porém mais estudos randomizados e controlados devem ser realizados. A utilização da bola pela parturiente sem orientação e supervisão de um profissional de saúde, pode provocar queda e não deve ser recomendada.

**e) Hidroterapia:** Inclui o banho de imersão e o banho de chuveiro e ambos atuam no alívio da dor da parturiente por influência da água aquecida em torno de 37°C à 38°C. A redistribuição do fluxo sanguíneo promove relaxamento da musculatura tensa e diminuição da liberação de catecolaminas, com a elevação das endorfinas, reduz a ansiedade e promove satisfação da parturiente. No Brasil, a imersão ainda é um recurso não muito utilizado nas instituições devido a ausência de banheiras disponíveis para este fim, porém já existem evidências científicas suficientes para recomendar sua utilização para o alívio da dor e evolução do trabalho de parto. O banho de chuveiro com objetivo terapêutico a parturiente deve permanecer no mínimo 20 minutos, com a ducha sobre a região dolorosa. Apesar de possuir o mesmo mecanismo para alívio da dor e evolução do trabalho de parto do banho de imersão, este recurso ainda necessita de mais estudos comprovando sua eficácia.

**f) Massagem:** Método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto a massagem tem o potencial de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. A área de aplicação pode variar de acordo com o estágio do trabalho de parto, porém comumente utiliza-se a massagem como recurso terapêutico no início do trabalho de parto, aplicando-a na região lombar durante as contrações uterinas e em outras regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos entre as contrações. Baseado nos ensaios clínicos randomizados e controlados observou-se que a massoterapia não modifica as características da experiência dolorosa, porém pode efetivamente diminuir a intensidade da dor e da ansiedade, além de fornecer suporte durante o trabalho de parto

**g) Eletroestimulação Nervosa Transcutânea (ENT ou TENS):** método coadjuvante de analgesia de parto, caracterizado pela emissão de impulsos ou estímulos elétricos com o objetivo minimizar a dor sem efeitos danosos à mãe ou ao feto. O local mais comum de aplicação é entre T10-L1 e S2-S4, com os eletrodos são fixados nas regiões dos músculos paravertebrais. Não existe um consenso na literatura sobre qual o melhor parâmetro a ser ajustados na ENT para alívio da dor no trabalho de parto, porém são frequentemente utilizadas freqüências mais altas com menor duração de pulso e intensidade conforme a sensibilidade da parturiente. Vários estudos descrevem que a ENT promovem alívio do dor durante o trabalho de parto, porém ainda são necessárias mais pesquisas

**h) Técnicas de relaxamento:** Tem como objetivo permitir que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e desta forma favorecendo a evolução do trabalho de parto. Estudos demonstram que o relaxamento reduz o número de cesarianas e de partos vaginais assistidos, além de promover alívio da dor e redução da ansiedade, mas ainda não existe evidência suficiente destes efeitos

**i) Exercícios respiratórios:** A técnica respiratória, priorizando uma inspiração lenta e profunda durante o trabalho de parto têm a função de reduzir a sensação dolorosa, melhorando os níveis de saturação sanguínea materna, propiciando relaxamento e diminuição da ansiedade, porém mais estudos devem ser realizados a fim de comprovar sua efetividade.

Dilatação Cervical	Recurso terapêutico	Tempo	Técnica
3-5 cm	Chuveiro *Mudanças de posturas Deambulação ENT Massagem	Mínimo 20 min 15 minutos (cada) Livre Mínimo 30 min Durante as contrações	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre. Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada, ortostática. Quatro eletrodos na região entre T10-L1 e S2-S4 Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4
6-7 cm	Chuveiro Banho de Imersão Massagem *Mudança de posturas Técnica respiratória Relaxamento Associação de Recursos	Mínimo 20 minutos Livre Durante as contrações 15 minutos (cada) Durante e entre as contrações Intervalo entre as contrações	Idem anterior Idem anterior Respiração lenta e profunda. Relaxamento muscular progressivo, visualizações etc.
8-10 cm	Banho de Imersão *Mudança de posturas Técnica respiratória Relaxamento Associação de Recursos	Livre 15 minutos (cada) Durante e entre as contrações Intervalo entre as contrações	Idem anterior Idem anterior Idem anterior

\*Estimular posturas verticais livres, podendo utilizar bola e banquetas.

#### Quadro 6 - Protocolo assistencial utilizando os recursos não farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto

5.4-4. **Partograma:** É a representação gráfica do trabalho de parto permitindo acompanhar sua evolução, documentar e diagnosticar alterações desta e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tornou o seu uso obrigatório nas maternidades desde 1994. Todos os dados maternos e fetais obtidos devem ser transcritos neste impresso, inclusive as condições das membranas corioamnióticas e do líquido amniótico, a infusão de fluidos e especificações da analgesia. O uso do partograma deverá interferir na elevada incidência de cesáreas sem indicação obstétrica. Identificada a distócia e reconhecida sua etiologia, a orientação terapêutica será lógica e eficaz. Sem dúvida, a utilização desta ferramenta propedêutica melhora a qualidade da assistência ao parto, devendo ser incluída na rotina das maternidades.

O partograma deve ser aberto quando a equipe assistente realizar o diagnóstico de trabalho de parto, isto é, a paciente apresentar 3 contrações uterinas a cada dez minutos com tríplex gradiente descendente, que produzam modificações cervicais com dilatação de pelo menos 3cm. A primeira anotação da dilatação cervical no partograma deve ser cuidadosa, sem rasura e supervisionada pelo chefe da equipe.

**ATENÇÃO:** inicia-se o partograma quando a parturiente estiver em trabalho de parto, ou seja, com 3 contrações em 10 minutos e dilatação cervical  $\geq 3$  cm, preferencialmente na fase ativa da dilatação. A primeira anotação da dilatação cervical no partograma deve ser realizada JUNTO E ACIMA DA LINHA DE ALERTA.

A seguir serão descritas as principais anotações solicitadas e a padronização para cada segmento do partograma utilizado no Centro de Referência.

 CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO		
Data:	G P A C F	Bolsa Rota às:
IG:	Doença(s):	
TIPAGEM SANGUÍNEA:		

**Figura 8 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente a identificação da parturiente e principais dados clínicos e obstétricos**

**Identificação:** colar a etiqueta, colocar a data, paridade, informação se a bolsa está rota ou não, idade gestacional, se apresenta alguma doença e a tipagem sanguínea da paciente. Não esquecer que o parto gemelar é apenas 01 parto, com 02 fetos e que a prenhez ectópica é considerada aborto.

 CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO				
Data:	G P A C F	Bolsa Rota às:		
IG:	Doença(s):			
TIPAGEM SANGUÍNEA:				
Hora				
(Δ) DILATAÇÃO CERVICAL (cm)	10	FASE ATIVA DILATAÇÃO	(O) Descida Fetal (De Lee)	
	9			-3
	8			-2
	7			-1
	6	ALERTA		0
	5	AÇÃO		+1
	4			+2
	3			+3
	2			DESP

**Figura 9 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente a fase ativa da dilatação do trabalho de parto**

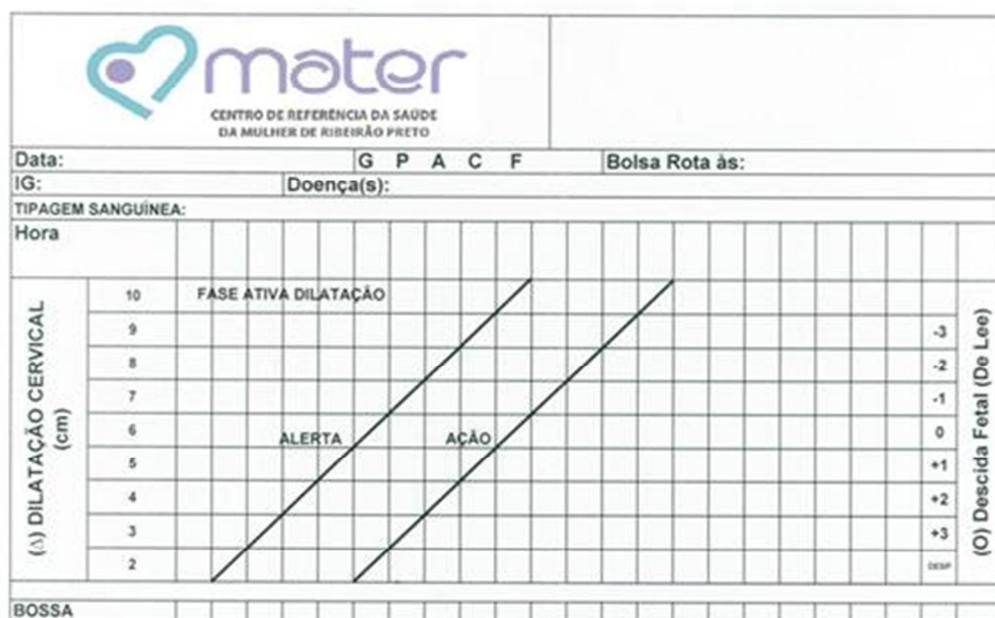
**Hora:** Na abscissa, cada quadrado corresponde a 1 hora. No gráfico o intervalo mínimo entre as anotações é, obrigatoriamente, de 1 hora (60 minutos).

**Dilatação cervical:** Na ordenada, à esquerda, cada quadrado corresponde a 1 centímetro de dilatação cervical que é representada por um triângulo ( $\Delta$ )

**Descida da apresentação fetal:** Na ordenada, à direita, cada quadrado corresponde a 1 centímetro na descida da apresentação fetal que é representada por um círculo ( $\circ$ ). O ponto zero corresponde ao estreito médio ou plano zero de De Lee.

**Linha de alerta:** realizado o diagnóstico de trabalho de parto, preferencialmente na fase ativa da dilatação, está indicada a abertura do partograma. A dilatação, avaliada em centímetros, e a altura da apresentação devem ser marcadas junto a esta linha. Na evolução eutócica do trabalho de parto, a curva de dilatação cervical se processa a esquerda da linha de alerta. Quando a evolução do trabalho de parto ultrapassar esta linha, a equipe deverá reavaliar os TRÊS elementos de equilíbrio da evolução do parto: FETO, BACIA E CONTRAÇÕES.

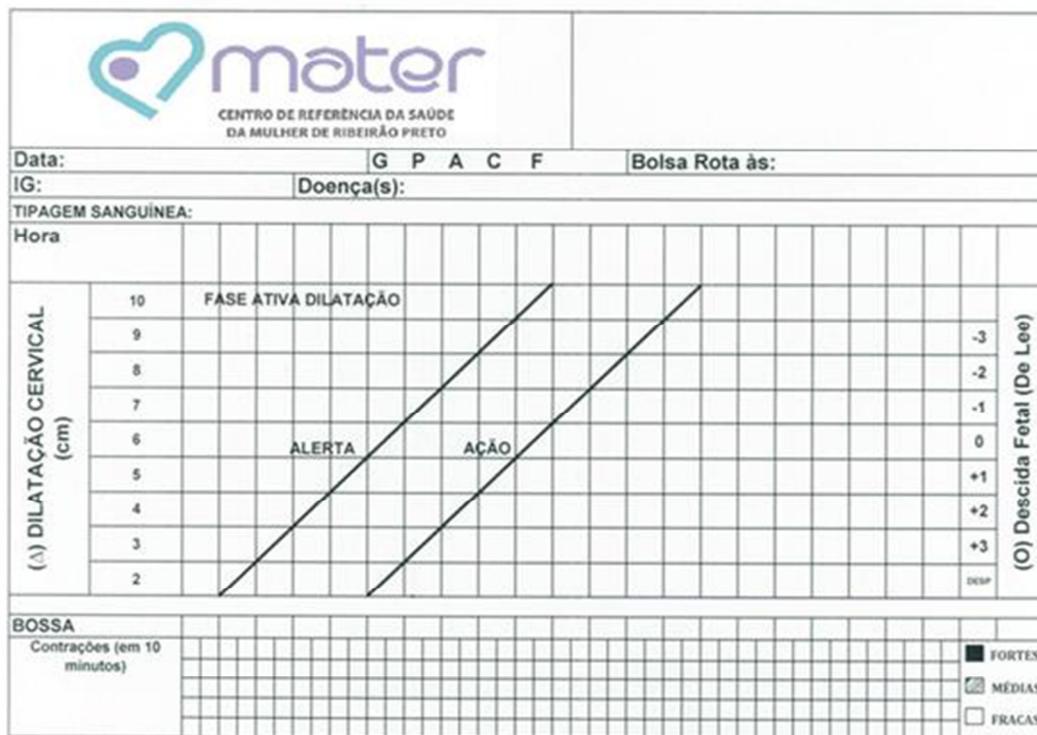
**Linha de ação:** sempre desenhada 4 horas após a linha de alerta. Quando a curva da dilatação atinge ou ultrapassa esta linha é fundamental a reavaliação da assistência ao trabalho de parto, pois se trata de um parto distócico. Nestes casos, a equipe deve reavaliar o caso com o objetivo de identificar a causa da distócia e a melhor via de



parto para o caso (Nível **A** de evidência).

**Figura 10 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente ao diagnóstico de bossa**

**Bossa:** ao toque avalia-se a formação de edema do couro cabeludo fetal, principalmente nos casos que a ruptura das membranas corioamnióticas já ocorreu. Deve-se anotar se há ou não formação de bossa na apresentação cefálica fetal.



**Figura 11 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente ao número e intensidade das contrações uterinas**

**Contração uterina:** A avaliação da dinâmica uterina deve ser realizada a cada 30 minutos e a anotação no gráfico deve obedecer a legenda do gráfico.

					
Data:		G P A C F			
IG:		Doença(s):			
TIPAGEM SANGÜÍNEA:					
Hora					
(A) DILATAÇÃO CERVICAL (cm)	10	FASE ATIVA DILATAÇÃO		(O) Descida Fetal (De Lee)	
	9				-3
	8				-2
	7				-1
	6	ALERTA	AÇÃO		0
	5				+1
	4				+2
	3				+3
	2				DESP
	BOSSA				
Contrações (em 10 minutos)				<input type="checkbox"/> FORTES <input type="checkbox"/> MÉDIAS <input type="checkbox"/> FRACAS	
FCF (bpm)	AVALIAR FCF A CADA 30 MINUTOS NA FASE ATIVA DA DILATAÇÃO E A CADA 5 MINUTOS NO PERÍODO EXPULSIVO				
Membranas Corioamnióticas					
Líquido amniótico					

**Figura 12 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente a FCF, a integridade das membranas corioamnióticas e características do LA**

**Frequência cardíaca fetal (BCF):** A ausculta fetal deve ser realizada concomitante com a avaliação da contratilidade uterina (durante e após a contração). Em gestantes de baixo risco deve ser realizada a cada 30 minutos. Os batimentos cardíacos fetais devem estar entre 110 e 160bpm.

**Membranas corioamnióticas:** se está íntegra colocar a letra I se estiver rota colocar a letra R

**Líquido amniótico:**

- Quando for visualizado líquido amniótico claro: colocar CL
- Quando forem visualizados grumos: colocar CCG
- Quando for visualizado líquido amniótico claro com grumos: CLCG
- Quando for visualizado líquido amniótico com mecônio: colocar as letras MEC e as cruzes 1+, 2+ e 3+. O líquido amniótico tinto de mecônio será indicado por 1+, o mecônio franco, porém fluido corresponde a 2+ e o mecônio espesso a 3+.
- Quando for visualizado líquido amniótico sanguinolento: colocar SG

				
Data:		G P A C F		
IG:		Bolsa Rota às:		
Doença(s):				
TIPAGEM SANGUÍNEA:				
Hora				
(Δ) DILATAÇÃO CERVICAL (cm)	10	FASE ATIVA DILATAÇÃO		(O) Descida Fetal (De Lee) -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 DESP
	9			
	8			
	7			
	6	ALERTA	ACÃO	
	5			
	4			
	3			
	2			
	BOSSA			
Contrações (em 10 minutos)		<input type="checkbox"/> FORTES <input type="checkbox"/> MÉDIAS <input type="checkbox"/> FRACAS		
FCF (bpm)		AVALIAR FCF A CADA 30 MINUTOS NA FASE ATIVA DA DILATAÇÃO E A CADA 5 MINUTOS NO PERÍODO EXPULSIVO		
Membranas Corioamnióticas				
Líquido amniótico				
Controle da dor	CHUVEIRO			
	MASSAG			
	ANALGESIA			

**Figura 13 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente a aplicação das técnicas utilizadas para alívio da dor**

**Controle da dor:** anotar se a paciente foi orientada a utilizar o banho de chuveiro (CH), massagem ou analgesia.

 CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO					
Data:		G P A C F			
IG:		Doença(s):			
TIPAGEM SANGUÍNEA:					
Hora					
(1) DILATAÇÃO CERVICAL (cm)	10	FASE ATIVA DILATAÇÃO		(0) Descida Fetal (De Lee)	
	9				-3
	8				-2
	7				-1
	6	ALERTA	AÇÃO		0
	5				+1
	4				+2
	3				+3
	2				0000
	BOSSA				
Contrações (em 10 minutos)				<input type="checkbox"/> FORTES <input type="checkbox"/> MÉDIAS <input type="checkbox"/> FRAGAS	
FCF (bpm)		AVALIAR FCF A CADA 30 MINUTOS NA FASE ATIVA DA DILATAÇÃO E A CADA 5 MINUTOS NO PERÍODO EXPULSIVO			
Membranas Corioamnióticas					
Líquido amniótico					
Controle da dor	DRUGS				
	WAXXAC				
	ANALGESIA				
OCITOCINA (gotas/min)					
PRESSÃO ARTERIAL					

Figura 14 - Recorte do partograma utilizado no Centro de Referência-Mater referente a utilização de ocitocina

**Ocitocina:** colocar o gotejo/minuto

**Pressão Arterial:** anotar em mmHg

			
Data: _____ G P A C F Bolsa Rota à: _____			
IG: _____ Doença(s): _____			
TIPOEM SANGÜEA: _____			
Hora _____			
(1) DILATAÇÃO CERVICAL (cm)	10	FASE ATIVA DILATAÇÃO	(2) Desceida Fetal (De Leo)
	9		
	8		
	7		
	6	ALERTA	
	5	ACÇÃO	
	4		
	3		
	2		
	1		
	0		
<b>BOSSA</b>			
Contrações em 10 minutos		<input type="checkbox"/> FORTES <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> FRACAS	
FCF (bpm) <small>ADICIONAR FCF A CADA 30 MINUTOS NA FASE ATIVA DA DILATAÇÃO E A CADA 15 MINUTOS NO PERÍODO DEPARTO</small>			
Membranas Cervicoides			
Líquido amniótico			
Cordeão Arterial			
Ocitocina (gotas/min)			
PRESSÃO ARTERIAL			
ACOMPANHANTE: _____ NOME _____			
CONDUTA			
EXAMINADOR			

**Figura 15 - Partograma utilizado no Centro de Referência-Mater com as informações referentes a presença do acompanhante, a conduta obstétrica definida a cada avaliação e os dados do avaliador**

**Acompanhante:** colocar o nome e o parentesco

**Conduta** adotada pela equipe

**Nome do examinador:** LEGÍVEL

**ATENÇÃO:** a anotação no partograma não exclui a necessidade da equipe médica anotar no prontuário as reavaliações, a mudança do risco da paciente, a interpretação da cardiotocografia intraparto e a conduta adotada (mantida ou modificada) pela equipe.

5.4-5. **Assistência Ao Período Expulsivo:** este período inicia quando a dilatação do colo uterino está completa e termina com a expulsão fetal. Nesta fase, ocorre a maioria dos movimentos executados pelo feto ao transitar pelo canal de parto, sob efeito da contração uterina, chamados de mecanismo de parto, portanto é no período expulsivo que a curva da descida fetal será avaliada. Os tempos do mecanismo de parto são:

- Descida
- Rotação interna
- Hipomóclio
- Deflexão
- Rotação externa e desprendimento fetal

No assoalho pélvico o feto promoverá a compressão desta musculatura e do reto materno, fazendo com que a gestante apresente movimentos involuntários e reentrantes, semelhantes ao desejo de defecar (puxos). As contrações se tornam mais frequentes e intensas. A duração deste período varia com a paridade da paciente e também com o fato da paciente estar sob analgesia. De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, Committee on Obstetrics, maternal and Fetal Medicine: Obstetric Fórceps. N° 59, February 1988), o período expulsivo prolongado se caracteriza por:

- Primigesta: duração acima de duas horas nas pacientes sem analgesia regional ou mais de três horas com analgesia regional
- Multípara: duração acima de uma hora nas pacientes sem analgesia ou mais de duas horas com analgesia regional

Atualmente, muitas maternidades adotam a sala PPP (pré-parto, parto e puerpério) onde o parto ocorre no leito, modificando-se apenas sua posição. Essa estratégia tem se mostrado efetiva na humanização do parto e no incentivo ao parto normal.

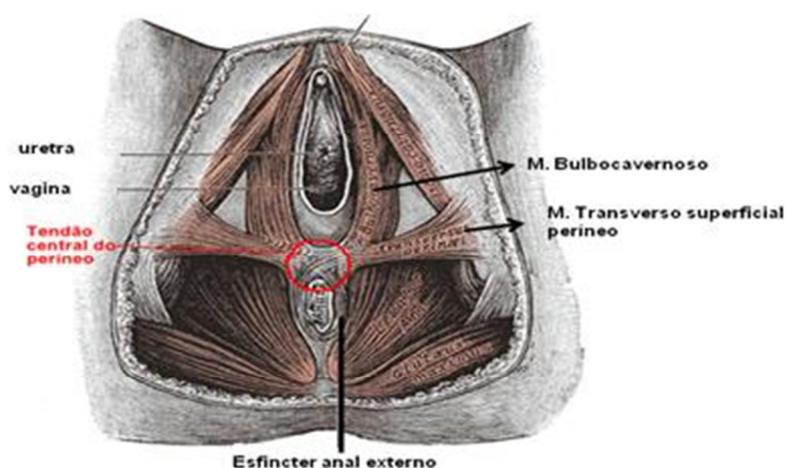
#### **Rotina assistencial no período expulsivo:**

- **Posição da paciente:** na cultura ocidental a maioria das pacientes realiza o parto na posição de Laborie-Duncan (decúbito dorsal). Na mesa de parto, recomenda-se colocar a gestante em posição adequada, dando-se preferência à posição semi-sentada (verticalizada à 45°), com flexão e abdução dos membros inferiores. Esta posição favorece a respiração e a ação da gravidade sobre o feto, melhora a atividade uterina, minimiza os riscos de compressão vascular e facilita para o

obstetra realizar o parto e intervir, quando necessário. Porém, as mulheres devem ser estimuladas a experimentar a posição que for mais confortável e, para isso, os profissionais devem estar treinados no manejo do parto em outras posições além da descrita. Não há diferenças nos resultados perinatais, embora a posição de cócoras possa reduzir a dor no terceiro período. Nas gestantes com insuficiência cardíaca recomenda-se o decúbito lateral ou posição de Simms (Nível **A** de evidência).

- **Preparo habitual:** deve-se sempre preservar a privacidade da gestante, mantendo-se na sala somente o pessoal necessário. Deve-se realizar assepsia da região vulvar, perineal e face interna dos membros inferiores, ao nível das coxas. A seguir, coloca-se campos estéreis. Toda a equipe assistencial deve estar completamente paramentada utilizando o equipamento de proteção individual (EPI).
- **Puxos maternos:** não existem estudos controlados comparando puxos precoces (assim que se diagnostica dilatação total) e tardios (pólo cefálico visível no intróito vaginal) neste período. Alguns trabalhos mostram que o retardo dos puxos não determinou qualquer efeito nocivo sobre o feto ou recém-nascido e que a realização de puxos precoces leva a um número significativamente maior de partos com aplicação de fórcepe, de desacelerações da frequência cardíaca fetal e de lacerações perineais, sem reduzir a duração do período expulsivo. Portanto, deve-se aguardar o aparecimento do reflexo espontâneo para estimular a parturiente a realizar o puxo, tornando esta prática mais fácil para a mulher e encurtando a fase exaustiva dos esforços maternos.
- **Monitorização da vitalidade fetal:** no período expulsivo, deve-se realizar ausculta dos batimentos cardíacos fetais a cada 5 minutos, sempre durante e após as contrações uterinas. No momento da contração pode-se encontrar uma frequência cardíaca de até 100 bpm, sem que isso represente um quadro patológico.
- **Episiotomia:** também chamada de incisão perineal, é realizada para ampliar o canal de parto. A recomendação atual é que a episiotomia deva ser seletiva, isto é, nos casos em que exista alguma indicação como sofrimento fetal agudo, parto assistido com fórcepe, feto macrossômico, possibilidade de distócia de ombro, feto pélvico e períneo curto. Esta recomendação se baseia em evidências que não demonstraram que a episiotomia é capaz de prevenir danos ao assoalho pélvico, evitando prolapsos genitais e incontinência urinária e fecal. A episiotomia seletiva

está associada com menos trauma perineal posterior, menor necessidade de suturas e menos complicações cicatriciais na primeira semana, entretanto há risco aumentado de trauma perineal anterior, que é menos severo que o posterior. Quando se opta por realizar a episiotomia, a incisão médio-lateral é a de escolha em detrimento da incisão mediana, que, apesar de mais fisiológica, aumenta o risco de lesão perineal de 3º ou 4º grau (comprometimento de esfíncter anal e/ou mucosa retal), cuja correção pode ser extremamente complexa e com conseqüências graves como, por exemplo, incontinência fecal (Nível **A** de evidência). Neste procedimento são seccionados, além da pele e da mucosa, os músculos transverso superficial do períneo e bulbocavernoso.



**Figura 16 - Assoalho pélvico**

- **Proteção do períneo materno:** o obstetra deve se preocupar com a proteção do períneo materno quando ocorre o despreendimento do pólo cefálico fetal que deve ser lento e gradual, com uma das mãos fazendo leve pressão sobre a cabeça fetal para controlar a velocidade de coroamento, tentando evitar ou reduzir os danos aos tecidos perineais maternos e fetais pela deflexão súbita da cabeça. Esta manobra é denominada Manobra de Ritgen. Ao ocorrer o despreendimento da cabeça fetal, o obstetra deve pesquisar a existência de circulares de cordão umbilical, reduzindo-a pelo pólo cefálico ou, caso haja dificuldade em realizar tal manobra, clampando e seccionando a alça de cordão. A Manobra de Kristeller (pressão no fundo uterino para abreviar o tempo de expulsivo) está proscrita por aumentar os riscos de traumas materno-fetais.

- **Rotação externa da cabeça fetal e desprendimento da cintura escapular:** após expulsão do pólo cefálico fetal, o obstetra deve segurá-lo com suas mãos espalmadas sobre os ossos parietais, aguardando a rotação externa do mesmo, **que ocorre de forma espontânea**. Caso não ocorra, esta rotação deve ser guiada pelo obstetra e sempre para a variedade de posição que o feto realizou a insinuação. A seguir, se realiza o desprendimento dos ombros fetais, pressionando a cabeça fetal para baixo, liberando o ombro anterior e, em seguida, para cima, sendo agora liberado o ombro posterior. Na seqüência, ocorre a expulsão fetal completa.

**ATENÇÃO:** após o nascimento de criança em boas condições, a conduta no Centro de Referência-Mater é envolvê-lo em lençol aquecido e entregá-lo à mãe para que possa iniciar o aleitamento materno, de acordo com as normas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (HIAC). Se o recém-nascido estiver em mau estado geral ou se houver mecônio 2+ ou 3+ no líquido amniótico, o obstetra deve entregá-lo imediatamente aos cuidados do neonatologista.

- **Ligadura do cordão umbilical:** o clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado em torno de 1 minuto após o nascimento, sendo chamado de oportuno visto que em gestantes de baixo risco a "transfusão" de sangue da placenta para o recém-nascido é fisiológica e provavelmente não tem efeitos adversos. O clampeamento precoce do cordão umbilical tem indicações precisas como, por exemplo, nas infecções maternas com risco de transmissão vertical. Quando o obstetra detectar cervical de cordão após o desprendimento do pólo cefálico a conduta será:
  - Circular frouxa: desfazer a circular antes da saída do corpo fetal
  - Circular apertada: recomenda-se clampar e cortar o cordão antes da saída do corpo fetal.

- **Episiorrafia:** deve ser realizada com fios sintéticos absorvíveis (Vicryl, Caprofyl), por causarem menor reação tecidual, desencadeando menos dor perineal no puerpério e demandando menos ressuturas que o Catgut. A comparação entre fios sintéticos de absorção rápida (Vicryl rapid) e os tradicionais não mostrou diferença na dor do pós-operatório, entretanto houve menor necessidade de retirada de pontos com o uso dos de absorção rápida. A realização de suturas contínuas em todos os planos (mucosa, muscular e intradérmico) não demonstrou maior incidência de complicações em relação ao fechamento com pontos contínuos apenas em mucosa, realizando

pontos separados em muscular e pele. Aparentemente há discreta redução da dor nos casos em que se utilizou a sutura contínua em todos os planos

### **Técnica da episiorrafia:**

- a) Revisar o canal de parto
  - Procurar outras lacerações, além da episiotomia, que demandem sutura e hemostasia
  - Hemostasiar pontos importantes de sangramento no leito da episiotomia utilizando pontos em “X” com o fio escolhido para a episiorrafia
- b) Anestesia do períneo
  - Caso paciente não esteja analgesiada ou anestesiada, realizar anestesia local com Lidocaína a 2%, tomando-se cuidado para não infiltrar anestésico em excesso, o que pode distorcer a anatomia no local e prejudicar a realização das suturas
  - Quando a paciente estiver analgesiada e o profissional julgar necessário, especialmente nos casos de lacerações associadas à episiotomia, deverá solicitar ao anestesista um repique para melhor anestesia perineal aproveitando o cateter de analgesia de parto
- c) Rafia por planos:
  - c1) Síntese da mucosa
    - Identificar o ângulo da episiotomia (ponto mais interno da mesma)
    - Iniciar a sutura 1 cm acima do ângulo da episiotomia (a sutura deve ser iniciada no tecido não lesado e trazida a parte externa da vagina) utilizando pontos contínuos ancorados com leve a moderada tração
    - Os pontos devem distar entre 0,5 e 1,0 cm entre si até chegar à região das carúnculas himenais, tomando-se o cuidado de simetrizar as bordas até o fim da sutura
  - c2) Aproximação dos músculos perineais: deve-se identificar as bordas lesadas dos músculos perineais e aproximá-las com pontos separados ou contínuos não ancorados, utilizando-se tração leve a moderada a fim de evitar isquemia tecidual, o que leva a deiscência e maior dor no pós-operatório. Esta sutura deve ser realizada no sentido diagonal perpendicular ao plano da incisão.
  - c3) Síntese da pele: deve ser iniciada da borda inferior da incisão em direção ao intróito vaginal, utilizando-se de pontos simples. A opção de nós invertidos (ficam ocultos sob a pele) pode ser utilizada.

- c4) Transição cutâneo-mucosa: Deve ser realizado ponto simples superficial no local da transição cutâneo mucosa para aproximar os lados da incisão de maneira simétrica, visando melhor resultado estético
- d) Revisão da episiorrafia: Observa-se se há pontos sangrantes ou não completamente fechados após a sutura. Nestes locais recomenda-se realizar pontos simples com o mesmo fio utilizado na episiorrafia
- e-Toques retal e vaginal: em todo parto por via vaginal deve ser realizado o toque retal e vaginal ao término do procedimento, tendo-se atenção especial a eventuais pontos que possam ter transpassado a parede do reto

**5.4-6. Parto Vaginal Assistido:** A habilidade no uso do fórcepe ou do vácuo extrator para a condução do 2º período do trabalho de parto é muito importante. O trabalho de parto é dinâmico e pode exigir da equipe assistente condutas habituais ou de emergência, sendo fundamental capacitar os profissionais para indicar e realizar o parto vaginal assistido. A conduta ativa durante o trabalho de parto, argumentando a favor de abreviar o período expulsivo em todas as pacientes com a aplicação do fórcepe ou vácuo extrator, se opõe a humanização do parto preconizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater. A conduta conservadora que advoga que o parto assistido só deve ser realizado com indicação precisa é defendida por proporcionar a mulher e ao recém-nascido o direito do nascimento espontâneo.

**Indicações para indicar/realizar parto vaginal assistido:** Situações em que a mãe e/ou o feto serão beneficiados com o abreviamento do período expulsivo do trabalho de parto.

**Maternas:**

- Cardiopatia
- Comprometimento pulmonar
- Neuropatias com déficit motor
- Exaustão e período expulsivo prolongado
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia e HELLP
- Cesárea anterior

**ATENÇÃO:** De acordo com o Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG), definiu-se período expulsivo prolongado de acordo com a paridade da mulher e com a realização ou não de analgesia de parto.

PARIDADE	SEM ANESTESIA LOCAL REGIONAL	COM ANESTESIA LOCAL REGIONAL
Nulipara	≥ 2 horas	≥ 3 horas
Multipara	≥ 1 hora	≥ 2 horas

**Quadro 7 - Definição de período expulsivo prolongado de acordo com o ACOG**

**Fetais:**

- Cardiotocografia intra-parto categoria II ou III no período expulsivo e
- Distócia de rotação

**Pré-requisitos para o parto vaginal assistido:**

- Operador experiente

- Feto vivo
- Dilatação cervical completa (total)
- Membranas corioamnióticas rotas
- Pólo cefálico ultrapassou estreito superior e médio (abaixo do plano zero de De Lee)
- Variedade de posição fetal identificada com certeza
- Proporção céfalo-pélvica
- Anestesia adequada
- Tempo espera para que o parto normal ocorra está esgotado

**ATENÇÃO:** Em casos de dificuldade de identificar com certeza a variedade de posição da apresentação fetal pode-se utilizar a palpação da orelha fetal e/ou a ecografia em sala de parto.

#### **Classificação:**

De acordo com a altura da apresentação cefálica em que os instrumentos são aplicados, o fórcepe ou vácuo extrator são classificados em:

- 1) Fórcepe ou vácuo extrator de alívio:
  - Vértice da apresentação está no plano +3 de De Lee (polo cefálico no períneo materno);
  - Variedade de posição: OP ou OS
  - Rotação < 45 graus.
- 2) Fórcepe ou vácuo extrator baixo:
  - Vértice da apresentação está no plano +2 ou +3 de De Lee;
  - Variedade de posição: OP, OS, ODA, OEA
  - Rotação poderá ser maior ou menor que 45 graus.
- 3) Fórcepe ou vácuo extrator médio: vértice da apresentação atinge o plano +1 ou +2 de De Lee.
- 4) Fórcepe ou vácuo extrator alto: vértice da apresentação atinge o plano -1 ou 0 de De Lee e o biparietal apenas tangencia o biciático da bacia.

**ATENÇÃO:** Atualmente apenas o fórcepe e vácuo extrator baixo ou o de alívio são utilizados, visto que o fórcepe e vácuo extrator médio e alto não tem lugar na obstetrícia moderna.

**Escolha do instrumento para realizar o parto vaginal assistido:** a escolha depende, principalmente, da experiência do obstetra. O vácuo extrator é de mais fácil

aplicação, imprime menor força à cabeça fetal, requer menos anestesia e tem menor risco de causar lacerações. O fórcepe possibilita maior rapidez para o nascimento e pode ser utilizado nas apresentações pélvicas e de face.

**Registro do parto vaginal assistido:** a equipe deve registrar corretamente o diagnóstico pré-procedimento, o instrumento utilizado e o diagnóstico pós-procedimento. Todos os passos técnicos devem estar descritos assim como, quando presentes, as intercorrências e as condutas adotadas.

#### a) Parto Fórcepe

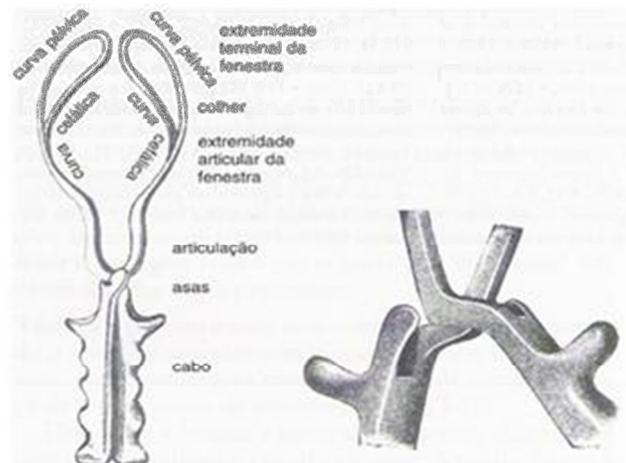
*Apesar do estigma negativo deste instrumento entre as pacientes e a evolução das técnicas anestésicas e cirúrgicas no exercício da obstetrícia, o fórcepe ainda possui seu lugar na prática obstétrica moderna (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1994).*

Os fórcepes obstétricos são instrumentos utilizados para extração fetal pela preensão do pólo cefálico, constituídos por dois ramos. Cada ramo tem quatro componentes: colher, haste, articulação e cabo. Cada colher tem duas curvaturas, a cefálica, que se adapta ao formato da cabeça fetal, e a pélvica, que se adapta ao formato do canal de parto. As colheres são unidas aos cabos pelas hastes, que fornecem o comprimento necessário ao instrumento.

**Incidência:** a incidência mundial de parto fórcepe varia em torno de 5% a 10%. Devemos considerar o impacto do uso rotineiro de analgesia regional na incidência de parto fórcepe, pois a mesma pode resultar em força materna inadequada contra uma pelve relaxada, tornando mais longo o período expulsivo do trabalho de parto. Cabe ao obstetra uma avaliação criteriosa dos riscos/benefícios de uma intervenção cirúrgica, para que o parto seja realizado com segurança para a mãe e para o feto.

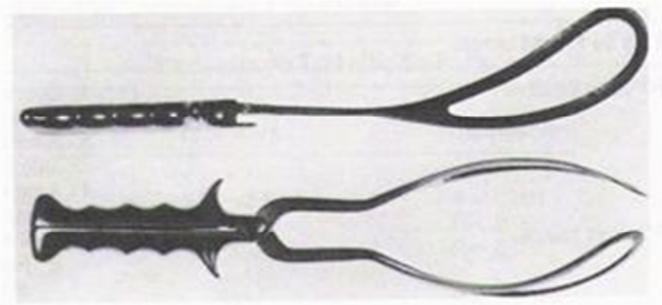
TIPOS	DE SIMPSON-BRAUN	DE KIELLAND
CARACTERÍSTICAS	Acentuada curvatura pélvica Articulação fixa por encaixe	Pequena curvatura pélvica Articulação por deslize (ramo D sobre o E)
UTILIZAÇÃO	Variedades posição anteriores e posteriores	Todas as variedades de posição

**Quadro 8 - Tipos de fórcepe utilizados**



**Iniciar Espiramicina: 3g/ dia**

**Repetir cerclagem (1aM e 1aC)**



### **Tipos de pega:**

- a) Biparietomalatomentoniana: é a pega ideal e as colheres são posicionadas ao longo do diâmetro occipitomental
- b) Frontomastoidea: também chamada oblíqua ou precária
- c) Fronto-occipital: ou má pega por expor o feto a grande risco de tocotraumatismos

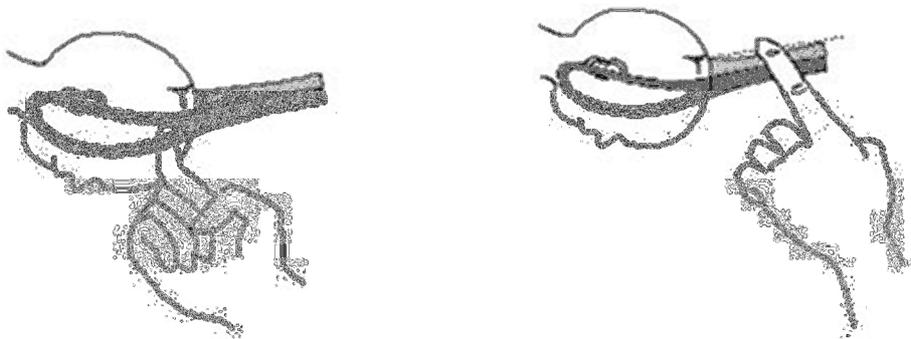
### **Técnica da aplicação do fórcepe:**

- Paciente em posição de litotomia
- Obstetra e auxiliar paramentados
- Antissepsia do períneo e campos cirúrgicos esterilizados
- Esvaziamento vesical com sonda de alívio
- Anestesia (bloqueio pudendo bilateral ou analgesia regional)
- Certeza das condições de aplicabilidade do fórcepe
- Apresentação fórcepe à vulva (pega espacial)
- Introdução do fórcepe e prensão do pólo cefálico
- Verificação da pega ("check list")

- Rotação (se necessária)
- Tração de prova
- Episiotomia
- Tração definitiva, respeitando a atividade uterina

O “check list” da pega ideal deve observar os seguintes parâmetros:

- Fontanela menor deverá estar à distância de um dedo transverso do plano dos cabos
- Sutura sagital eqüidistante dos dois ramos
- Não pode ser introduzido mais que a polpa digital entre a cabeça fetal e a fenestra



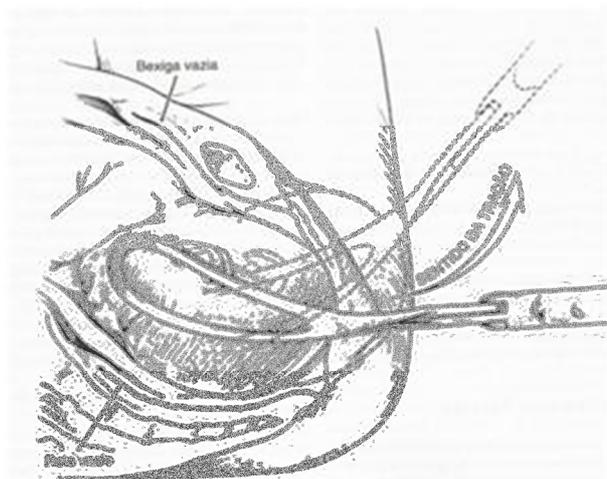
**Figura 17 - “Check List” da pega ideal**

**Extraído Obstetrícia Básica – Bussamara Neme – 3ª edição - 2006**

**Prova de tração:** realizada após certificar-se de que as colheres estão posicionadas corretamente. Se for necessária pequena rotação, a mesma deve ser realizada antes da tração. Uma compressa cirúrgica deve ser colocada envolvendo a articulação do fórcepe. Enquanto a mão direita faz tração horizontal, a mão esquerda faz leve tração para baixo com a compressa. A tração deve ser suave, intermitente e concomitante com a contração uterina, e é considerada positiva quando há progressão do pólo cefálico e abaulamento do períneo.

**Episiotomia:** se a prova de tração for positiva, é o momento de ser realizada a episiotomia médio lateral direita. A tração torna-se mais horizontal, e os cabos são elevados gradualmente, apontando quase diretamente para cima quando os parietais emergem e há o desprendimento do pólo cefálico. Os ramos são desarticulados e as colheres retiradas na ordem inversa, ou seja, primeiro a direita e em seguida a esquerda.

**ATENÇÃO:** Durante o desprendimento da cabeça, deve ser simulado parto espontâneo da melhor maneira possível, fazendo uso da tração intermitente e concomitante com a contração uterina.



### ATENÇÃO

❖ No

Figura 18 - Estreito superior da bacia obstétrica e avaliação da *conjugata obstétrica* pelo toque vaginal Retirado de *Obstetrícia Fundamental – Rezende & Montenegro, 2003*

desprendimento cefálico na variedade de posição occipital posterior (OS), deve ser aplicada tração horizontal até que a base do nariz fetal esteja sob a sínfise púbica materna. Então os cabos devem ser elevados lentamente até que o occipital apareça no períneo. Essa extração é mais difícil que na variedade de posição em OP, e há maior distensão do períneo, sendo necessário uma episiotomia maior.

- ❖ Recomenda-se antibioticoprofilaxia com 2g de cefalotina endovenosa no parto fórcepe.

#### Após dequitação placentária é fundamental:

- Cuidadosa revisão do colo uterino e canal de parto e sutura de eventuais lacerações. A equipe deve estar preparada para conduzir eventuais hemorragias pós-parto.
- Episiorrafia
- Toque retal

### ATENÇÃO

- ❖ No pós-parto, a paciente pode referir dor pelo trauma perineal e maior dificuldade na micção e evacuação. Nestes casos, recomendam-se compressas perineais de gelo e prescrição de analgésicos.

- ❖ O RN deve ser examinado minuciosamente para diagnosticar eventuais toco-traumatismos.

A seguir está o mnemônico utilizado no Advanced Life Support Obstetrics (ALSO) para utilização do fórcepe.

### PARTO VAGINAL ASSISTIDO:FÓRCIPE

- A** **Ajuda:** solicitar ajuda, avisar paciente, chamar anestesista, pediatra, controlar o tempo
- B** **Bexiga:** esvaziar bexiga
- C** **Colo:** checar dilatação cervical
- D** **Descrever variedade de posição e lembrar risco de DISTÓCIA**
- E** **Equipamento:** checar todo o material
- F** **Fontanela posterior:** Checar a aplicação correta vácuo
- G** **Gentil tração**
- H** **Hora de levantar**
- I** **Incisão (episiotomia)**
- J** **Já é hora de retirar. Visibilização da ATM.**

### MNEMÔNICO ALSO 1 - PARTO FÓRCIPE

**Letra A:** ao decidir pelo parto assistido utilizando o fórcepe o obstetra deve avisar a paciente que será necessário ajudar no nascimento utilizando um equipamento chamado fórcepe. Recomenda-se não utilizar termos como “ferro”. Solicitar a presença do médico assistente, pediatra e anestesista em sala

**Letra B:** esvaziar a bexiga com sonda de alívio seguindo os princípios da antissepsia

**Letra C:** Checar se o colo está completamente dilatado

**Letra D:** Descrever a variedade de posição, isto é, ter segurança da variedade de posição da apresentação fetal. Sempre que o parto for assistido o profissional deve ter em mente a possibilidade de ocorrer distócia de ombro, pois com a tração fetal pode ocorrer abertura da cintura escapular.

**Letra E:** Antes de iniciar o procedimento todo o equipamento deve ser checado, ou seja, os ramos do fórcepe estão corretos, material para episiotomia, pinças para clampar o cordão.

**Letra F:** a técnica para aplicação do fórcepe já foi descrita, mas aqui o destaque é para aplicação segura do instrumento. Utilizam-se as letras: PSF que indicam o check list da “boa pega”

**P:** posição da fontanela

**S:** sutura sagital eqüidistante dos ramos do fórcepe

**F:** não pode ser introduzida a polpa digital na fenestra, o que significa que os ramos do fórcepe estão adequadamente introduzidos.

**Letra G:** cumpridos todos os passos inicia-se a tração que deve ser firme e concomitante com a contração uterina

**Letra H:** hora de levantar o fórcepe, isto é, a tração deve facilitar a realização do hipomóclio

**Letra I:** Incisão ou episiotomia

**Letra J:** ao visualizar a articulação temporo-mandibular do feto as colheres devem ser retiradas

## **b) Vácuo Extrator**

A recomendação para a aplicação do vácuo extrator é apenas alívio ou baixo, considerados casos mais simples.

- As principais vantagens do vácuo extrator sobre o fórcepe são:
- Menor força exercida sobre a apresentação fetal,
- Menor necessidade de analgesia e
- Menor risco de laceração no trato genital feminino (colo, vagina e vulva).

Além disto, o vácuo extrator não necessita da realização da episiotomia e, conseqüentemente proporciona menor risco de lacerações e rotura do esfíncter anal, quando comparado com o fórcepe.

Desvantagens do vácuo extrator

- Necessita da colaboração materna, pois é necessária a manutenção dos esforços expulsivos.
- Pode demorar mais que o parto fórcepe
- Proporciona pequeno aumento na incidência de céfalo-hematoma

Contra-indicações para uso do vácuo extrator

1. Prematuridade: impróprio em gestações < 34 semanas

## 2. Apresentações anômalas: pélvica, face, fronte

Cuidados após o uso do vácuo extrator:

- Avaliação do RN a procura de hematoma (céfalo-hematoma ou subaponeurótico)
- Avaliar períneo materno

### PARTO VAGINAL ASSISTIDO:VÁCUO

- A** **Ajuda:** solicitar ajuda, avisar paciente, chamar anestesista, pediatra, controlar o tempo
- B** **Bexiga:** esvaziar bexiga
- C** **Colo:** checar dilatação cervical
- D** **Descrever** variedade de posição e lembrar risco de **DISTÓCIA**
- E** **Equipamento:** checar todo o material
- F** **Fórcipe:** aplicação do fórcipe. Checar a aplicação correta PSF
- G** **Gentil** tração
- H** **Hora de parar:** fora contração. **Hora de abandonar:** 20', 3 tentativas, 3 falhas
- I** **Incisão** (episiotomia)
- J** **Já é hora de retirar.** Visibilização da ATM.

### MNEMÔNICO ALSO 2 - VÁCUO EXTRATOR

**Letra A:** ao decidir pelo parto assistido utilizando o vácuo extrator o obstetra deve avisar a paciente que será necessário ajudar no nascimento utilizando um equipamento chamado vácuo extrator. Solicitar a presença do médico assistente, pediatra e anestesista na sala de parto.

**Letra B:** esvaziar a bexiga com sonda de alívio seguindo os princípios da antisepsia

**Letra C:** Checar se o colo está completamente dilatado

**Letra D:** Descrever a variedade de posição, isto é, ter segurança na definição da variedade de posição da apresentação fetal. Sempre que o parto for assistido o profissional deve ter em mente a possibilidade de ocorrer distócia de ombro, pois com a tração fetal pode ocorrer abertura da cintura escapular.

**Letra E:** Antes de iniciar o procedimento todo o equipamento deve ser checado, ou seja, a sucção do vácuo, material para episiotomia, pinças para clampar o cordão e a equipe necessária em sala. A sucção do vácuo deve ser inicialmente testada na mão: a campânula é adaptada na palma da mão, o auxiliar inicia a realização do vácuo utilizando a bomba de sucção até 40 mmHg. Checado o funcionamento adequado, o

auxiliar solta a pressão e obstetra posiciona a campânula no pólo cefálico fetal. É realizada nova sucção até 20 mmHg e mantém-se nesta pressão até iniciar a contração (área amarela). Na contração uterina o auxiliar aumenta a pressão até 40 mmHg (área verde) e é iniciada a tração da apresentação. Terminada a contração também suspende a tração e libera a pressão no vácuo para 20 mmHg novamente.

**Letra F:** a técnica para aplicação do vácuo, isto é, para aplicação segura do instrumento. Limpar o vértice da apresentação retirando sangue e secreções maternos. Afastar os lábios vaginais. Dobrar a campânula de plástico e colocá-la a três centímetros do bordo da fontanela occipital, sobre a sutura sagital. Verificar com o dedo em volta da campânula posicionada sobre o pólo cefálico se não houve apreensão de tecido materno. Calibrar o manômetro entre a área amarela e a área verde. O ponteiro deve ser mantido na área amarela entre as contrações e na área verde durante as contrações.

**Letra G:** cumpridos todos os passos inicia-se a tração que deve ser firme e concomitante com a contração uterina. Esta tração deve ser realizada em ângulo reto com o plano da campânula, que ficará automaticamente no eixo correto da tração. O eixo de tração é o meio mais eficiente de efetivar o progresso: ocorrerá maior progresso com menor força. Não devem ser realizados movimentos de oscilação ou rotação com o vácuo extrator, apenas tração constante, durante a contração, na linha do canal de parto. Quando o polo fetal se apoiar na sínfise púbica para realizar hipomóclio, o cabo do vácuo extrator deve ser elevado, mudando da posição horizontal para quase vertical.

**Letra H:** hora de para, isto é, a tração deve ser suspensa entre as contrações. O vácuo deve ser abandonado se não ocorreu o nascimento após 20 minutos do início do procedimento ou após 3 tentativas sem sucesso ou se a campânula soltou por 3 vezes.

**Letra I:** Incisão ou episiotomia. O instrumento não requer realização de episiotomia, visto que não há necessidade de aumentar o espaço no canal de parto como ocorre com o vácuo extrator

**Letra J:** ao visualizar a articulação temporo-mandibular do feto as colheres devem ser retiradas

#### 5.4-7. Avaliação da vitalidade fetal

Conceito: Consiste na avaliação do bem estar fetal buscando a insuficiência placentária e déficit do aporte de nutrientes e oxigênio para os tecidos, possibilitando a predição do sofrimento e óbito fetal. A avaliação da vitalidade fetal será descrita:

**a) Anteparto**

**b) Intraparto**

**a) Avaliação de vitalidade fetal anteparto em gestações de baixo risco:** O principal objetivo da avaliação de vitalidade fetal anteparto é identificar e promover o parto de fetos que estão sob risco de hipóxia, reduzindo assim a ocorrência de lesões permanentes nos nascidos vivos, especialmente no sistema nervoso central (SNC) e óbito perinatal. Apesar do uso generalizado das tecnologias não-invasivas disponíveis, faltam evidências que orientem a forma apropriada de aplicá-las ou que demonstrem melhorias dos resultados perinatais.

**a.1) Métodos propedêuticos de avaliação da vitalidade fetal em gestação de baixo risco:** A avaliação se inicia com a anamnese materna obtendo informações sobre a movimentação fetal. Na seqüência, a avaliação de vitalidade continua com o exame físico, dando ênfase à medida da altura uterina e a ausculta da frequência cardíaca fetal (FCF).

**a.1.1) Movimentação fetal (MF):** A MF se reduz em resposta à hipoxemia, portanto constitui medida indireta da integridade e função do SNC fetal. Em condições normais, há um aumento progressivo da MF até a 29ª semana, com redução discreta no último trimestre. Estudos que correlacionam a visibilização da MF por meio do ultrassom com a percepção materna da mesma mostram que 50% dos movimentos de membros e 80% dos movimentos que incluem o tronco e os membros são perceptíveis. A presença da MF é tranquilizadora, entretanto não há consenso sobre padrões de normalidade, nem sobre um “limite de alarme” abaixo do qual o risco fetal é maior. Diante disso, recomenda-se valorizar a impressão materna de que a atividade fetal está reduzida. Orienta-se que a gestante deva perceber MF no período da manhã, da tarde e da noite, em especial após as refeições. Apesar de não haver consenso, utiliza-se, na prática, a percepção materna de pelo menos dois MF vigorosos após as principais refeições como parâmetro adequado para boa vitalidade fetal.

Principais causas de redução da MF:

- Atenção materna precária
- Sono fetal
- Jejum materno

- Álcool
- Drogas sedativas
- Hipóxia
- Córdico–indução da maturidade pulmonar
- RCIU
- Hipotireoidismo fetal
- Anemia fetal
- Doenças ósteo-musculares ou neurológicas do feto
- Alteração no volume do líquido amniótico

**a.1.2) Avaliação da altura uterina:** A medida da altura uterina auxilia no rastreamento das alterações no crescimento fetal e no volume de líquido amniótico.

**a.1.3) Cardiotocografia (CTG) anteparto:** É o método que permite o registro simultâneo da FCF, batimento a batimento, da contratilidade uterina e dos MF e se fundamenta na análise de parâmetros biofísicos que se modificam devido à hipóxia no SNC fetal. É um método simples, não invasivo e bem difundido. Em gestações de baixo risco é o primeiro exame complementar a ser utilizado para avaliação de vitalidade fetal de rotina no caso de pós-datismo (gestações com 40 semanas ou mais) ou quando houver alguma indicação antes de 40 semanas de gestação.

Limitações da CTG:

- Depende da presença de maturidade cardíaca fetal, a qual existe a partir da 28ª semana
- Ampla variação interobservador na interpretação do traçado da FCF,
- Diversidade de nomenclatura e sua baixa especificidade (50%).

Segundo o consenso do National Institute of Child Health and Human Development, de 1997, os parâmetros que devem ser avaliados são:

Normal	110-160 bpm
Bradicardia	< 110 bpm
Taquicardia	> 160 bpm

- **Linha de base (LB) da FCF:**

Representa o valor médio da FCF, observada por pelo menos dois minutos, em momentos onde não há acelerações, desacelerações, variabilidade > 25 bpm ou contrações uterinas.

Bradicardia leve, entre 100 e 110 bpm, pode estar associada à pós-datismo.

### Quadro 9 - Classificação da LB da FCF

- **Variabilidade da FCF:** Representa a oscilação da FCF em torno da LB, irregular em amplitude e frequência. Por refletir diretamente a atividade cerebral, a variabilidade ausente é o achado mais específico associado à asfixia fetal. Variabilidade normal, quando presente, está relacionada a bom resultado perinatal.

Ausente	indetectável
Minima	0 - 5 bpm
Moderada (normal)	6 - 25 bpm
Aumentada	>25 bpm

Figura 19 - Estreito inferior da bacia obstétrica e ângulo subpúblico

O padrão sinusoidal se caracteriza por ondas em forma de sino, com amplitude de 5 a 15 bpm. É um padrão monótono, com ritmo fixo e regular e que não se altera com estímulo sonoro. Pode ser encontrado em fetos anêmicos, após anestesia materna e na hipóxia fetal grave.

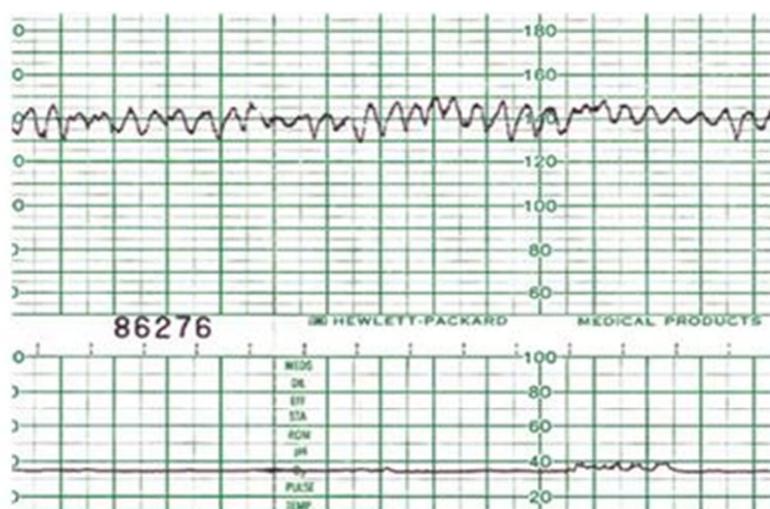


Figura 20 - Fórcepe Simpson Braun. Detelhe da articulação Inglesa.  
(Extraído Obstetrícia Básica – Bussamara Neme – 3ª edição – 2006)

- **Aceleração transitória (AT):** Consiste no aumento visualmente abrupto da FCF. Em gestações com mais de 32 semanas, a aceleração deverá ser de, no mínimo, 15 bpm e ter a duração de 15 segundos a 2 minutos. Se a aceleração durar mais que dois e menos que dez minutos, temos uma aceleração prolongada. Caso dure mais que dez minutos, caracteriza uma mudança no nível da linha de base da FCF.
- **Desaceleração:** Consiste na redução visualmente abrupta da FCF, geralmente relacionada à contração uterina, com duração variando de 15 segundos a 2 minutos. Se a desaceleração durar mais que dez minutos, caracteriza uma mudança no nível da LB da FCF.

**Interpretação da CTG anteparto:** Alguns índices podem ser utilizados para a interpretação, em conjunto, dos parâmetros nos traçados anteparto de FCF. O mais conhecido é o índice cardiotométrico de Zugaib & Behle, de 1981, caracterizado pela somatória de pontuações distribuídas da seguinte forma:

Parâmetro	Normal	Pontuação
Linha de base	110 – 160	1
Variabilidade	10 – 25	1
Acelerações	60 % das MF	2
Desacelerações	ausentes	1

Diagnóstico CTG	Pontuação
Feto ativo	4 a 5 pontos
Feto Hipoativo	2 a 3 pontos
Feto Inativo	0 ou 1 ponto

Figura 21 - Fôrcipe Simpson Braun. Ampla curvatura pélvica na colher acima e curvatura cefálica entre as colheres articuladas abaixo.  
(Extraído de Willians Obstetrícia – 20ª edição)

Se o resultado da CTG for feto ativo e não houver outras evidências clínicas de anormalidade, a avaliação da vitalidade fetal será encerrada. Nesse caso, o risco de óbito fetal em uma semana é de 1/1000 nascidos vivos. Entretanto, se o resultado for feto hipoativo ou inativo, a avaliação deverá prosseguir com a realização do estímulo fetal.

**Cardiotocografia estimulada:** É um complemento da CTG de repouso quando esta mostra um resultado hipoativo ou inativo, auxiliando na identificação de fetos bem

oxigenados que estejam em períodos de sono. É capaz de reduzir em 39% os falsos-positivos, melhorando a especificidade da CTG. O estímulo poderá ser vibroacústico ou mecânico (movimento) sobre o pólo cefálico do feto por 5 segundos. A interpretação da CTG estimulada é baseada na resposta cardio-aceleratória.

- Feto reativo: quando há aumento da FCF de pelo menos 20 batimentos acima da linha de base, com duração de no mínimo 3 minutos (180 segundos) ou quando após o estímulo, o feto passa a apresentar AT (resposta bifásica).
- Feto hiporreativo: quando o aumento da FCF for menor que 20 batimentos e/ou a duração for menor que 3 minutos
- Feto não reativo: quando não há resposta cardioaceleratória.

Se o resultado da CTG estimulada for feto reativo e não houver outras evidências clínicas de anormalidade, a avaliação da vitalidade fetal será encerrada. Entretanto, diante de outros resultados, a avaliação deverá prosseguir com a realização do Perfil Biofísico Fetal.

**a.1.4) Perfil Biofísico Fetal (PBF):** descrito por Manning et al. em 1980 combina a avaliação de parâmetros biofísicos fetais (marcadores agudos) e do volume de líquido amniótico (marcador crônico), por um período máximo de 30 minutos. Baseia-se na hipótese de que as atividades biofísicas do feto são um reflexo do grau de oxigenação do SNC e que desaparecem na seqüência contrária a que surgem. Além disso, a associação de parâmetros melhora a predição do sofrimento fetal. Os marcadores agudos são: reatividade cardíaca, movimento respiratório, movimento somático e tônus. Parâmetros normais recebem pontuação 2 e anormais recebem zero.

- **Reatividade cardíaca:** CTG anteparto com feto ativo ou CTG estimulada com feto reativo ou com padrão bifásico recebem pontuação 2. Os demais resultados recebem pontuação 0. Esse parâmetro é o primeiro a se alterar na hipoxemia.
- **Movimento respiratório (MR) fetal:** Os MR são movimentos paradoxais, em gangorra, que ocorrem em salvas, havendo momentos de pausa respiratória elas. Considera-se normal a presença de pelo menos uma salva de MR com duração de 30 segundos.
- **Movimento somático (MS) fetal:** Os movimentos somáticos podem ser classificados em simples ou isolados, representados por flexão e extensão de membros, movimentos de rotação, representados por movimentos do tronco e estiramentos, representados por movimentos do tronco e membros. Considera-se normal a ocorrência de pelo menos um movimento simples ou um estiramento amplo ou de três movimentos discretos de rotação ou de membros.

- **Tônus:** O tônus é a última atividade biofísica a desaparecer. É normal quando há atitude de flexão, abertura e fechamento das mãos e movimentos oculares, palpebrais ou de sucção.
- **Volume de líquido amniótico (LA):** A avaliação do LA no PBF, leva em consideração a medida do diâmetro ântero - posterior (AP) do maior bolsão. É considerado normal quando esta medida é maior ou igual a 2 cm.

Diante da suspeita clínica de redução do LA ou do achado de um bolsão menor que 2cm, orienta-se realizar o cálculo do índice de líquido amniótico (ILA). Este é obtido por meio da somatória dos diâmetros AP dos maiores bolsões nos quatro quadrantes uterinos. Valores de normalidade dependerão da IG e estão disponíveis na Tabela 1.

**Tabela 1: Valores do índice de Líquido Amniótico (ILA) durante a gestação normal (Magann et al., 2000)**

Idade gestacional (semanas)	No.	ILA (cm)					
		% 5	% 10	% 50	média	% 90	% 95
14	50	2.8	3.1	5.0	5.4	8.0	8.6
15	50	3.2	3.6	5.4	5.7	8.2	9.1
16	50	3.6	4.1	5.8	6.1	8.5	9.6
17	50	4.1	4.0	6.3	6.6	9.0	10.3
18	50	4.6	5.1	6.8	7.1	9.7	11.1
19	50	5.1	5.6	7.4	7.7	10.4	12.0
20	50	5.5	6.1	8.0	8.3	11.3	12.9
21	50	5.9	6.6	8.7	8.9	12.2	13.9
22	50	6.3	7.1	9.3	9.6	13.2	14.9
23	50	6.7	7.5	10.0	10.3	14.2	15.9
24	50	7.0	7.9	10.7	11.0	15.2	16.9
25	50	7.3	8.2	11.4	11.7	16.1	17.8
26	50	7.5	8.4	12.0	12.3	17.0	18.7
27	50	7.6	8.6	12.6	12.8	17.8	19.4
28	50	7.6	8.6	13.0	13.3	18.4	19.9
29	50	7.6	8.6	13.4	13.6	18.8	20.4
30	50	7.5	8.5	13.6	13.8	18.9	20.6
31	50	7.3	8.4	13.6	13.8	18.9	20.6
32	50	7.1	8.1	13.6	13.7	18.7	20.4
33	50	6.8	7.8	13.3	13.4	18.2	20.0
34	50	6.4	7.4	12.9	13.0	17.7	19.4
35	50	6.0	7.0	12.4	12.5	16.9	18.7
36	50	5.6	6.5	11.8	11.8	16.2	17.9
37	50	5.1	6.0	11.1	11.1	15.3	16.9
38	50	4.7	5.5	10.3	10.3	14.4	15.9
39	50	4.2	5.0	9.4	9.4	13.7	14.9
40	50	3.7	4.5	8.6	8.6	12.9	13.9
41	50	3.3	4.0	7.8	7.7	12.3	12.9

**Tabela 1 Valores do Índice de Líquido Amniótico (ILA) durante a gestação normal**

**Interpretação do PBF:** A interpretação e conduta de acordo com o resultado do PBF estão mostradas no quadro abaixo.

PBF	LA	Interpretação	Conduta
8 ou 10/10	Normal	Baixo risco para asfixia	Expectante
8 ou 10/10	Reduzido	Provável asfixia crônica	Discutir resolução da gestação
6/10	Normal	Possível asfixia aguda	Repetir em 6 horas
6/10	Reduzido	Provável asfixia crônica	Discutir resolução da gestação
4 ou 2 ou 0/10	Normal ou reduzido	Asfixia aguda	Resolução da gestação

#### Quadro 10 - Pontuação obtida no PBF, sua interpretação obstétrica e conduta

A indicação de resolução da gestação no caso de um resultado de PBF 8/10 ou 6/10, com redução do LA deve considerar a idade gestacional e os resultados da Dopplervelocimetria. Para fetos com 36 semanas ou mais, a resolução está indicada e a via de parto dependerá da avaliação Dopplervelocimétrica. Para fetos com menos de 36 semanas, a manutenção da gestação deverá ser a opção quando a avaliação Dopplervelocimétrica assim o permitir. Nessas situações, portanto a avaliação Dopplervelocimétrica dos vasos fetais está indicada. No caso do PBF 4 ou 2 ou 0/10, a resolução é a conduta pelo elevado risco de sofrimento fetal. No caso de um PBF 10/10 ou 8/10, sem redução do LA, o risco de óbito fetal em uma semana é de 0,4 a 0,6 em 1000 NV.

#### a.1.5) Dopplervelocimetria (DVC) dos vasos fetais

- **Artéria umbilical (AU):** A medida da resistência vascular na AU avalia resistência ao fluxo placentário, que pode estar aumentada secundariamente à invasão trofoblástica inadequada, infartos ou trombozes, com observação de redução progressiva da velocidade diastólica e aumentos nos índices de impedância no sonograma deste vaso. Com progressão da doença de base e da lesão placentária, o fluxo diastólico pode se tornar ausente ou até mesmo reverso. A DVC umbilical está indicada nos casos de gestações de alto risco que cursam com doença placentária, nos casos de comprometimento da vitalidade fetal, especialmente com oligohidrânio (mesmo em gestações de baixo risco e quando o feto tem biometria abaixo da esperada para a idade gestacional, para diferenciar o feto restrito do feto constitucionalmente pequeno).

**ATENÇÃO:** Os índices de impedância são maiores na inserção fetal do cordão umbilical, por isso o volume de amostra do Doppler pulsado deve ser posicionado o mais próximo possível da inserção placentária do cordão. Valores de normalidade do

índice de resistência na AU variam com a idade gestacional e estão disponíveis na tabela 2. Quando se detecta anormalidade no Doppler da AU, há indicação de avaliação do Doppler de artéria cerebral média.

**Tabela 2: Valores de referência para medidas seriadas do Índice de Resistência (IR) na atéria umbilical (Acharya et al., 2005).**

Idade Gestacional (semanas)	0,40	0,45	0,50	0,55	0,60	0,65	0,70	0,75	0,80
27	0,44	0,46	0,48	0,51	0,53	0,56	0,58	0,61	0,63
28	0,45	0,47	0,49	0,52	0,54	0,57	0,59	0,62	0,64
29	0,46	0,48	0,50	0,53	0,55	0,58	0,60	0,63	0,65
30	0,50	0,52	0,54	0,59	0,64	0,69	0,74	0,76	0,79
31	0,49	0,51	0,53	0,58	0,63	0,68	0,73	0,76	0,78
32	0,47	0,50	0,52	0,56	0,61	0,67	0,72	0,75	0,77
33	0,46	0,48	0,51	0,55	0,60	0,66	0,71	0,74	0,77
34	0,45	0,47	0,50	0,54	0,59	0,65	0,70	0,75	0,76
35	0,44	0,46	0,48	0,53	0,58	0,64	0,69	0,72	0,75
36	0,42	0,45	0,47	0,52	0,57	0,63	0,68	0,71	0,74
37	0,41	0,43	0,46	0,51	0,56	0,62	0,67	0,70	0,73
38	0,40	0,42	0,45	0,50	0,55	0,61	0,66	0,70	0,73
39	0,39	0,41	0,44	0,48	0,54	0,60	0,65	0,69	0,72
40	0,38	0,40	0,43	0,47	0,53	0,59	0,65	0,69	0,71
41	0,36	0,39	0,41	0,46	0,52	0,58	0,64	0,67	0,70

**Tabela 2 – Valores de Referência para medidas seriadas**

- **Artéria cerebral média (ACM):** Se existe um Doppler alterado de AU indicando insuficiência placentária, existe a possibilidade de hipoxemia fetal. Logo, outros vasos fetais deverão ser estudados para se avaliar as respostas sistêmicas do feto à redução de oxigênio. A avaliação da ACM nos informa sobre a centralização hemodinâmica fetal. Neste fenômeno, a queda na pressão parcial de O<sub>2</sub> e do pH e o aumento da concentração de CO<sub>2</sub> estimulam quimiorreceptores que causam vasodilatação, com redistribuição do fluxo sanguíneo fetal de modo a privilegiar a perfusão de órgãos nobres, como o cérebro, o coração e as suprarrenais, em detrimento de outros menos importantes para a sobrevivência do feto. No sonograma da ACM, essa centralização é diagnosticada por aumento da velocidade diastólica e queda nos índices de impedância, que atingem o máximo cerca de duas semanas antes do início da acidose fetal. O máximo da adaptação vascular antecede o grau crítico de hipoxemia. Assim, considerando-se a seqüência de alterações na DVC que é desencadeada pela hipoxemia, quando se detecta anormalidade no Doppler da ACM há indicação de avaliação do Doppler do ducto venoso. Valores de normalidade do índice de resistência na ACM variam com a idade gestacional e estão expostos na tabela 3.

**Tabela 3: Valores do Índice de Pulsatilidade (IP) e Índice de Resistência na artéria cerebral média** (Bahlmann et al., 2002)

Idade gestacional (semanas)	PI		RI	
	média	90 %- intervalo	média	90 %- intervalo
18	1.514	(1.006–2.022)	0.687	(0.544–0.787)
19	1.594	(1.125–2.105)	0.708	(0.574–0.808)
20	1.666	(1.194–2.180)	0.727	(0.592–0.828)
21	1.729	(1.255–2.246)	0.744	(0.608–0.846)
22	1.784	(1.307–2.304)	0.758	(0.622–0.861)
23	1.830	(1.351–2.354)	0.771	(0.633–0.874)
24	1.869	(1.387–2.395)	0.782	(0.643–0.886)
25	1.899	(1.414–2.428)	0.790	(0.651–0.895)
26	1.920	(1.433–2.452)	0.796	(0.656–0.902)
27	1.934	(1.444–2.469)	0.801	(0.659–0.907)
28	1.939	(1.446–2.477)	0.803	(0.661–0.910)
29	1.936	(1.440–2.476)	0.803	(0.660–0.911)
30	1.924	(1.426–2.468)	0.801	(0.657–0.910)
31	1.904	(1.403–2.451)	0.798	(0.652–0.907)
32	1.876	(1.372–2.426)	0.792	(0.645–0.902)
33	1.739	(1.333–2.392)	0.783	(0.636–0.894)
34	1.795	(1.285–2.350)	0.773	(0.625–0.885)
35	1.741	(1.230–2.300)	0.761	(0.612–0.873)
36	1.680	(1.165–2.241)	0.747	(0.597–0.860)
37	1.610	(1.093–2.174)	0.730	(0.579–0.844)
38	1.532	(1.012–2.099)	0.712	(0.560–0.826)
39	1.446	(0.923–2.016)	0.692	(0.539–0.807)
40	1.351	(0.826–1.924)	0.669	(0.515–0.785)
41	1.248	(0.720–1.824)	0.644	(0.489–0.761)
42	1.136	(0.606–1.715)	0.618	(0.462–0.735)

**Tabela 3 – Valores do Índice de Pulsatilidade (IP)**

• **Ducto venoso (DV):** O Doppler arterial não fornece informações sobre a função cardíaca ou fluxo venoso. O DV é o vaso de escolha para a avaliação do território venoso, pois regula o retorno venoso em fetos normais e anormais, recebe diretamente o pulso retrógrado do átrio direito (AD) e é responsivo a mudanças na oxigenação, além de ser facilmente identificado pelo Doppler Colorido. O sonograma do DV é característico. Possui uma onda bifásica com dois picos de velocidade, um sistólico, outro diastólico e fluxo sempre positivo durante a sístole atrial. Mais recentemente, tem-se falado em uma onda V entre os picos. A onda S, correspondente à sístole ventricular, é formada pelo efeito de “sucção” provocado pela contração dos ventrículos. A cordoalha tendínea também se contrai e puxa as valvas AV, reduzindo muito a pressão no AD, aumentando assim a velocidade do fluxo. Na seqüência tem-se a onda V, que corresponde ao retorno das valvas AV à posição inicial, com redução do fluxo atrial. A onda D corresponde à diástole ventricular, momento em que novamente ocorre redução da pressão e aumento da velocidade de fluxo no AD, após abertura das valvas AV, na fase de enchimento ventricular passivo. E, finalmente, a onda A correspondente a sístole atrial, quando há grande aumento da pressão e redução da velocidade do fluxo neste local.

Quando ocorre redistribuição do fluxo sanguíneo na centralização hemodinâmica fetal, há vasoconstricção periférica e aumento da pós-carga do feto. Ao lado destas alterações, ocorre lesão hipóxica miocárdica, com redução da complacência e da contratilidade cardíaca. Todas essas modificações levam a falência cardíaca, com aumento do volume residual e da pressão diastólica ventricular, o que levará a redução das velocidades de fluxo, mais acentuadamente do fluxo na onda A. Com a piora das condições clínicas, a onda A pode tornar-se zero ou até reversa. Além disso, há aumento dos de impedância, sendo o mais utilizado na prática clínica o índice de pulsatilidade (IP).

**Interpretação da Dopplervelocimetria dos vasos fetais:** em gestações de baixo risco, se o feto tiver 36 semanas ou mais, deve-se proceder a resolução da gestação sempre que houver DVC anormal de vasos fetais. Dentro deste contexto, podem-se ter as seguintes situações:

- Doppler de AU anormal, porém exibindo fluxo diastólico positivo, com DVC normal da ACM: quando os parâmetros biofísicos estiverem normais e o feto for cefálico, pode-se realizar a indução do trabalho de parto, com vigilância fetal intraparto rigorosa devido ao maior risco de hipóxia. Se houver prejuízo dos marcadores agudos ou contra-indicação ao parto via vaginal, realizar cesárea.
- Doppler de AU anormal, porém exibindo fluxo diastólico positivo, com DVC anormal da ACM, deve-se realizar Doppler do DV. Se o IP do DV for menor que 1, os parâmetros biofísicos estiverem normais e o feto for cefálico, deve-se proceder como na situação anterior. Se o IP do DV for maior ou igual a 1, resolver a gestação por parto cesárea.
- No caso de Doppler da AU com fluxo diastólico ausente ou reverso, a resolução da gestação deverá ser imediata por parto cesárea.

Caso se diagnostique alteração na DVC de fetos com menos de 36 semanas, mesmo que a gestação seja de baixo risco, a gestante deverá ser encaminhada para seguimento em serviço terciário.

**b) Vigilância fetal intraparto:** Sua utilização se baseia no fato de que uma modulação central adequada da frequência cardíaca fetal (FCF) depende de boa oxigenação cerebral. Por isso, a monitorização fetal intraparto (MFIP) é considerada teste de rastreio de hipoxemia e acidose fetal.

**Escolha do método de ausculta da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto**

O American College of Obstetricians and Gynecologists (2009) define a MFIP intermitente como o método de escolha em gestações de baixo risco, porém, este método poderá ser substituído pela ausculta fetal contínua de acordo com os seguintes fatores:

- Risco materno – fetal;
- Disponibilidade da equipe e nível de assistência;
- Decisão sobre o método após discuti-lo com a paciente, uma vez que a ausculta contínua reduz a mobilidade da parturiente e dificulta o seu contato com acompanhante e a equipe;
- Resultado da Cardiotografia (CTG) realizada na admissão.

A eficácia da MFIP deve ser avaliada pela sua capacidade de reduzir a ocorrência de complicações perinatais sem aumentar desnecessariamente as taxas de parto vaginal assistido e de cesáreas.

#### **Diretrizes para a realização da MFIP intermitente**

- Procedimento para ausculta adequada: realizar as Manobras de Leopold para determinação da situação e posição fetal. Posicionar o transdutor sobre o ponto de melhor ausculta da FCF, diferenciando o pulso materno do fetal. Na seqüência, realizar a ausculta da FCF, durante e logo após as contrações uterinas.
- Frequência da ausculta: de acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (2005):
  - Em gestações de baixo risco:
    - Fase ativa da dilatação: a FCF deverá ser auscultada a cada 30 minutos,
    - Período expulsivo: FCF deverá ser auscultada a cada 15 minutos
  - Em gestações de alto risco
    - Fase ativa da dilatação: auscultar FCF a cada 15 minutos
    - Período expulsivo: auscultar FCF a cada 5 minutos
- Momentos de ausculta: A FCF deverá sempre ser auscultada na admissão da paciente, no início da estimulação do trabalho de parto, previamente à deambulação, antes da administração de drogas, antes e após a analgesia, após ruptura de membranas corioamnióticas, após exame vaginal e quando houver atividade uterina anormal.

**Interpretação da MFIP:** O National Institute of Child Health and Human Development em associação com o American College of Obstetricians and Gynecologists e a

Society for Maternal–Fetal Medicine realizaram, em 2008, um workshop sobre monitorização fetal eletrônica a fim de uniformizar conceitos, nomenclatura, sistemas de interpretação e protocolos de condutas. A interpretação da FCF é visual a partir de um traçado e as definições dos parâmetros do mesmo podem ser aplicadas tanto para a avaliação intraparto como para a anteparto. Entretanto, o sistema de interpretação da FCF baseado em categorias só deve ser aplicado para a avaliação intraparto. O Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) adotou as resoluções do workshop de 2008 e estabeleceu um método mnemônico (DR. CONIVADO) para facilitar a interpretação da MFIP.



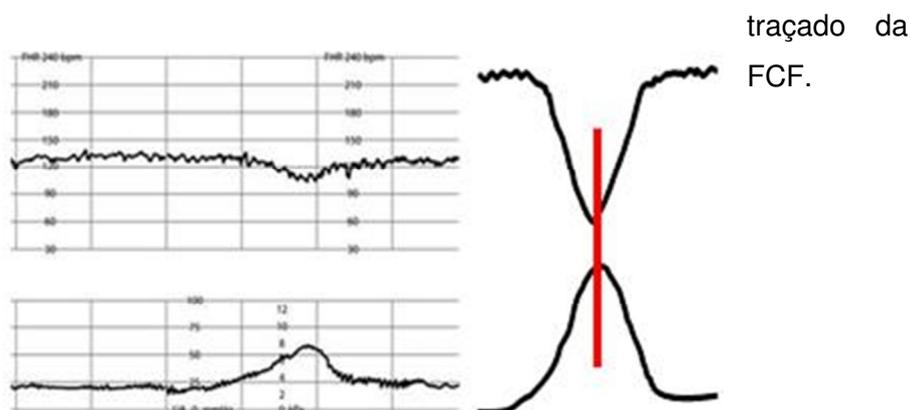
### MNEMÔNICO ALSO 3 - CTG INTRA-PARTO

- **DR** - Definir risco materno-fetal: antes de interpretar qualquer traçado de FCF, deve-se conhecer a história da paciente, identificar os fatores de risco pré-natais e intraparto, avaliar a reserva fetal e a progressão trabalho de parto. Orienta-se sempre interpretar um traçado considerando uma situação clínica e a combinação dos fatores de risco detectados.
- **CO** – Contrações: Deve-se quantificar o número de contrações em 10 minutos e caracterizar a periodicidade, intensidade, duração, início e término das contrações e os períodos de relaxamento entre elas. Tem-se atividade uterina normal quando há, no máximo, cinco contrações em 10 minutos. Taquissistolia é o termo utilizado para caracterizar a presença de mais de cinco contrações em 10 minutos. Evitar termos como hiperestimulação e hipercontratilidade.
- **NI** - Nível da linha de base da FCF: Representa o valor médio da FCF, observada por pelo menos dois minutos, em momentos onde não há acelerações, desacelerações, variabilidade > 25 bpm ou contrações uterinas. A

variação normal é de 110 a 160 bpm e a bradicardia leve, entre 100 e 110 bpm, pode estar associada à pós-datismo.

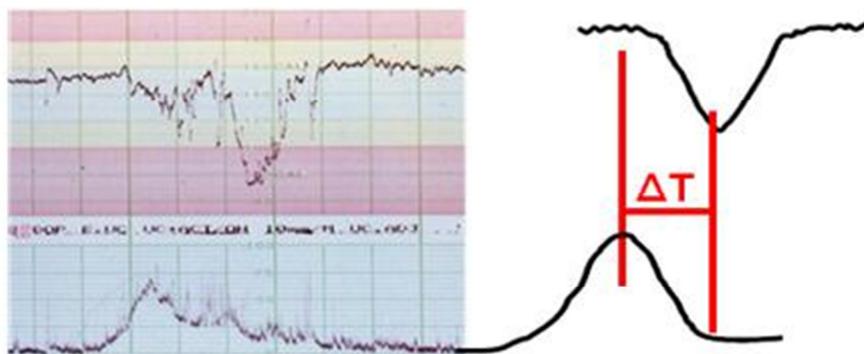
- **V** - Variabilidade da FCF: Representa a oscilação da FCF em torno da linha de base, irregular em amplitude e frequência. Reflete diretamente a atividade cerebral. É por isso que variabilidade ausente é o achado mais específico associado à asfixia fetal. Variabilidade normal, quando presente, está relacionada à bom resultado perinatal.
- **A** – Aceleração: Aumento visualmente abrupto da FCF. Em gestações com mais de 32 semanas, a aceleração deverá ser de, no mínimo, 15 bpm e ter a duração de 15 segundos a 2 minutos. Em gestações com menos de 32 semanas, a aceleração deverá ser de, no mínimo, 10 bpm e ter a duração de 10 segundos a 2 minutos. Se a aceleração durar mais que dois e menos que dez minutos, temos uma aceleração prolongada. Caso dure mais que dez minutos, caracteriza uma mudança no nível da linha de base da FCF.
- **D** – Desaceleração: Redução visualmente abrupta da FCF, geralmente relacionada à contração uterina, com duração variando de 15 segundos a 2 minutos. Se a desaceleração durar mais que dez minutos, caracteriza uma mudança no nível da linha de base da FCF. Quando elas estão presentes em 50% ou mais das contrações são chamadas de recorrentes. Quando ocorrem em menos de 50% das contrações são chamadas intermitentes. O tipo de desaceleração será definido de acordo com seu comportamento em relação à contração.

d1. Precoce: o início e o término da desaceleração coincidem com o início e o término da contração uterina, de forma que o máximo da desaceleração coincide com o pico da contração. Sua fisiopatologia está relacionada à compressão pólo cefálico, com alterações locais do fluxo sanguíneo, levando à estímulo de centros vagais e bradicardia. Geralmente, essas desacelerações são benignas na ausência de outras anormalidades no



### Figura 22- Desaceleração Precoce

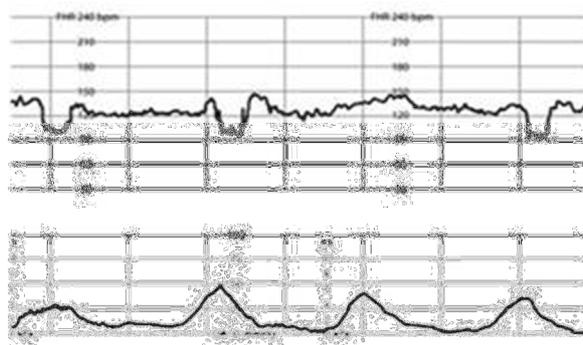
d2 Tardia: o início e término da desaceleração ocorrem após a contração uterina, havendo um intervalo ( $\Delta T$ ) de 30 segundos ou mais entre o pico da contração e o máximo de desaceleração. Sua fisiopatologia está relacionada à redução do fluxo útero-placentário durante contração uterina em situações de baixa reserva fetal, levando à hipóxia, acidose, depressão miocárdica e consequente bradicardia.



### Figura 23 - Desaceleração Tardia

- a) Variável: desaceleração relacionada à compressão de cordão umbilical e como tal pode estar presente mesmo na ausência de contração uterina. Varia amplamente com relação ao início, profundidade e duração. No início da compressão funicular, o primeiro vaso a ser obstruído é a veia umbilical, resultando em hipovolemia, estímulo de receptores de volume atriais e taquicardia fetal. Com a piora da compressão do cordão, há oclusão das artérias umbilicais, resultando em hipertensão, estímulo de barorreceptores aórticos e carotídeos e bradicardia fetal. Com a descompressão, a desobstrução dos vasos se faz na ordem inversa. São características de benignidade: desaceleração aguda e de recuperação rápida, variabilidade normal e acelerações no início e término da desaceleração, (os chamados

“ombros”). São sinais de mau prognóstico: início tardio ou de retorno lento, perda da variabilidade, linha de base taquicárdica e ausência dos “ombros”.



**Figura 24** -  
variável

**Desaceleração**

- **O** - Opinião e conduta: Após definição do risco materno-fetal, da avaliação das contrações e dos parâmetros da FCF, há a necessidade de se realizar um diagnóstico e definir um plano de tratamento adequado para o caso. Os termos sofrimento fetal, asfixia fetal e traçado não tranquilizador foram substituídos pelo sistema de classificação em três categorias.

**ATENÇÃO:** É de extrema importância a documentação apropriada da interpretação da MFIP. Todos os parâmetros da FCF deverão ser transcritos em prontuário, assim como as características das contrações uterinas e a classificação em três categorias. Na seqüência, deverão estar anotadas as condutas específicas tomadas devido à alteração da FCF, as observações e avaliações maternas, as respostas maternas e fetais às intervenções e se houve ou não retorno às condições normais. Além disso, a decisão de prosseguir com o trabalho de parto deverá ser explicitada, assim como a forma de vigilância fetal a partir de então.

#### **Sistema de classificação da MFIP**

- **Categoria I:** nesta categoria estão os traçados da FCF de fetos com pH normal no momento da avaliação. Esses fetos deverão ser monitorizados rotineiramente por ausculta intermitente, sem qualquer intervenção específica.
- **Categoria II:** nesta categoria estão os traçados indeterminados. Não são preditivos de *status* ácido-básico fetal anormal, mas também não podem ser classificados como I ou III. Os fetos dessa categoria deverão ser monitorizados por ausculta contínua e, em algumas circunstâncias, deverão ser reavaliados por meio de exames complementares e submetidos a manobras de suporte (reanimação), ou seja, a intervenções que visam à melhora da FCF.

- **Categoria III:** nesta categoria estão os traçados da FCF de fetos com *status* ácido-básico anormal e que necessitam de pronta intervenção por meio de manobras de suporte (reanimação) e do parto imediato.

Os achados característicos de cada categoria estão listados abaixo.

<p><b>Categoria I</b> <b>Normal</b></p>	<p>Linha de base: 110 – 160 bpm E            Variabilidade moderada: 6 – 25 bpm (normal) E            Ausência de desacelerações variáveis e tardias E            Desacelerações precoces presentes OU NÃO e Acelerações presentes OU NÃO</p>
<p><b>Categoria II</b> <b>Indeterminada</b></p>	<p>Taquicardia OU            Variabilidade ausente/minima/aumentada isolada OU            Desacelerações variáveis em &gt; 50% contrações com variabilidade mínima/moderada OU            Desacelerações tardias em &gt; 50% contrações com variabilidade moderada OU            Desacelerações variáveis com acelerações no início e final ("ombros"), retorno lento OU profundas OU            Desaceleração &gt; 2 minutos, porém &lt; 10 minutos OU            Ausência de aceleração após ES ou estímulo do couro cabeludo</p>
<p><b>Categoria III</b> <b>Anormal</b></p>	<p>Padrão sinusoidal OU            Variabilidade ausente E            Desacelerações tardias em <math>\geq</math> 50% contrações OU            Desacelerações variáveis em &gt; 50% contrações OU Bradicardia</p>

**Quadro 11 - Classificação da Frequência Cardíaca Fetal Intraparto (National Institute of Health, 2009)**

**Medidas de suporte ou reanimação fetal:** o principal objetivo das manobras de reanimação fetal é melhorar as condições fetais diagnosticadas como Categoria II e III. Diversas condições podem deteriorar o padrão da FCF, de forma que devem ser diagnosticadas e resolvidas. A avaliação inicial e tratamento incluem os seguintes itens:

- Mudança do método de MFIP de intermitente para contínua;
- Exame vaginal para excluir prolapso de cordão umbilical após corioamniorrexe, sangramento vaginal e dilatação cervical e descida fetal rápida;
- Avaliação dos sinais vitais maternos para excluir hipotensão arterial postural ou hipotensão materna pós-analgésia locorregional. No primeiro caso, orienta-se realizar mudança de decúbito materno a fim de propiciar descompressão aortocava e de cordão umbilical. No caso da hipotensão secundária à analgesia, realizar hidratação endovenosa vigorosa com 1000 ml SF 0.9% ou Ringer Lactato, à pinça aberta e administração de efedrina endovenosa, se a não houver reversão da hipotensão com a hiperhidratação;
- Administração de O<sub>2</sub> nasal materno em máscara (5 litros/minuto);
- Avaliar status ácido-básico fetal por meio de estímulo sonoro vibroacústico ou estímulo digital (ou com pinça Allis) do couro cabeludo fetal. A ocorrência de aceleração da FCF indica que o pH fetal está acima de 7,20;

- Caso seja possível, realizar a coleta de uma amostra de sangue fetal para determinação do pH. Entretanto, esta conduta tem sido substituída pelos estímulos fetais, por estas serem menos invasivas e fornecerem informações semelhantes;
- Suspende agentes ocitócicos: interromper a infusão de ocitocina, a administração de misoprostol e retirar o pesário de PG;
- Se houver taquissístolia, realizar tocólise por meio da injeção subcutânea de Terbutalina, na dose de 0,5 mg (1 ampola);
- Realizar amnioinfusão transcervical no caso de corioamniorrexe associada à desacelerações variáveis recorrentes, profundas e prolongadas, pois leva à redução da compressão de cordão e conseqüentemente dos índices de cesárea. A amnioinfusão pode ser contínua ou intermitente, após consentimento informado da paciente. Por meio do exame vaginal, deve-se inserir, na cavidade amniótica, um tubo de conexão acoplado à solução fisiológica (SF) 0,9% ou ringer lactato (RL) aquecido e infundir 250 a 500 ml em bolus. Para manutenção, orienta-se efetuar a infusão de 50 a 60 ml por hora até normalidade no traçado.

#### **5.4-8. Indução De Trabalho De Parto**

Consiste em estimular as contrações uterinas em pacientes fora de trabalho de parto com o objetivo de promover o parto. Precedendo a indução do trabalho de parto, deve-se avaliar a idade gestacional, a vitalidade fetal, a atividade uterina e as condições do colo uterino. Para avaliar as condições do colo utiliza-se o Índice de Bishop (1964) modificado. Esse índice analisa o conjunto de variáveis cervicais e da apresentação fetal apontando se o colo é favorável ou desfavorável ao parto. O índice varia de 0 a 13 e quando o score for  $\geq 6$ , o colo é considerado favorável para o parto (quadro 8).

#### **1. Indicações mais comuns da indução do trabalho de parto no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater**

- Gestação prolongada (42 semanas)
- Corioamniorexe prematura em gestação a termo
- Oligohidrânio
- Outras: Síndromes hipertensivas e Restrição de crescimento intra-uterino (RCIU)

#### **2. Contra-indicações à indução do trabalho de parto**

- Desproporção céfalo-pélvica;
- Apresentações anômalas (pélvica, composta, córmica, defletida de 2º grau);
- Avaliação da vitalidade fetal demonstrando sinais de sofrimento fetal;
- Placenta prévia centro-total;
- Vício pélvico;
- Macrossomia fetal documentada;
- Cicatriz uterina corporal.
- Infecção genital ativa por herpes vírus
- Carcinoma invasor de colo uterino

**3. Avaliação do Índice de Bishop:** o sucesso da indução do trabalho de parto depende de vários fatores, porém o mais importante deles é a condição cervical

**3.1. Colo com índice de Bishop < 6:** este índice aponta um colo desfavorável, sendo oportuno o prévio preparo do colo com prostaglandinas. No Centro de Referência-Mater, o preparo do colo é realizado com o análogo da prostaglandina E<sub>2</sub> chamado misoprostol ou dinosprotona (pessário de prostaglandina E<sub>2</sub> - PGE<sub>2</sub>). Em colos desfavoráveis, a taxa de parto normal em 24 horas é maior com misoprostol (70 a 90%) comparado à ocitocina (<50%), preferindo-se, nestes colos, a indução com o misoprostol ou PGE<sub>2</sub>.

**Misoprostol:** é um análogo de prostaglandina que no Brasil é fabricado para uso via vaginal. O protocolo para utilização do misoprostol consiste em:

- Realizar avaliação da vitalidade prévia (além de amnioscopia se possível)
- Dose: comprimidos de 25ug, via vaginal de 4 em 4 horas
- Local de colocação: fundo de saco posterior, sem vaselina. Pode ser utilizado o aplicador de creme vaginal
- Tempo de indução: dois dias seriado de 3 doses cada um, com descanso noturno, totalizando 6 doses, se bolsa íntegra. No caso de corioamniorrexe prematura o tempo de indução é 24 horas contínuas com 25µg de misoprostol de 4 em 4 horas.
- A associação com ocitocina só poderá ocorrer após o mínimo de 4 horas após o último comprimido de misoprostol
- A taxa de parto vaginal em 24 horas com 6 doses de misoprostol é de 70 a 91%
- Efeitos adversos relacionados ao uso de misoprostol:
  - Taquissistolia;
  - Hipertonia;
  - Hipertermia;
  - Tremores;
  - Síndrome de hiperestimulação (taquissistolia e/ou hipertonia associada a alteração da FCF);
  - Efeitos gastro-intestinais (náuseas, diarreia e vômitos).
- Critérios de falha de indução:
  - Atividade uterina ausente após 3 doses ao dia de misoprostol por 2 dias (6 comprimidos de 25µg no total);
  - Índice de Bishop sem modificação do *score* após 12 horas de indução com atividade uterina.

#### **ATENÇÃO:**

- ❖ Não Há necessidade de manter a parturiente deitada após a colocação do comprimido de misoprostol
- ❖ Ao decidir pela indução do parto com colo desfavorável, a equipe deverá explicar o procedimento passo a passo para a paciente e acompanhante
- ❖ No caso de taquissistolia e/ou hipertonia pode ser realizada hiperidratação com SF 0,9%, 1000 ml EV a pinça aberta, analgesia e/ou terbutalina EV (dose: 1 ampola ou 0,5 mg IM)

**Prostaglandina E<sub>2</sub> (dinoprostona-10mg):** o reservatório de 10mg de dinoprostona serve para manter a liberação constante e controlada. A taxa de liberação é de aproximadamente 0,3mg por hora durante 24 horas em mulheres com membranas intactas, porém, em mulheres com ruptura prematura de membranas a liberação é maior e mais variável. O pessário libera continuamente dinoprostona no tecido cervical a uma taxa que permite que a maturação cervical progrida até seu estágio completo e com a facilidade de remover a fonte de dinoprostona quando o médico decidir que a maturação cervical está completa ou o parto iniciado, quando a dinoprostona não mais é necessária.

- Realizar avaliação da vitalidade prévia (além de amnioscopia se possível)
- Dose: pessário de 10mg de dinoprostona (PGE<sub>2</sub>), aplicado via vaginal, dose única. Este produto é conservado sob refrigeração (-10 a -20C) e deve ser retirado do freezer imediatamente antes da inserção, rasgando a embalagem na parte superior. Não utilizar tesouras ou objetos cortantes para cortar a embalagem para não danificar o produto. Retirar o produto da embalagem pela fita.
- Inserção: Segurar o pessário entre os dedos da mão examinadora e inserir no fundo de saco vaginal posterior, atrás do colo uterino, usando apenas pequenas quantidades de lubrificantes hidrossolúveis.
  - Para assegurar que o pessário permaneça *in situ* deve ser virado 90º de forma a mantê-lo em posição transversal ao fundo vaginal posterior, atrás do colo uterino.
  - Permitir que uma porção suficiente de fita permaneça do lado de fora da vagina para possibilitar a remoção.
  - Após a inserção, assegurar que a paciente permaneça deitada por 20 a 30 minutos, (tempo suficiente para que o pessário se intumescça). A dinoprostona será liberada de forma contínua durante 24 horas, portanto é importante a monitorização das contrações uterinas e da condição fetal, em intervalos regulares.
- Tempo de indução: Deve ser utilizado um único pessário que, em geral, é a quantidade suficiente para obtenção da maturação cervical. Se a maturação cervical mostrar-se insuficiente no período de 24 horas, o pessário deve ser removido.
- Critério de falha da indução: Índice de Bishop sem modificação do *score* após 24 horas da inserção
- Remoção: o pessário pode ser removido de forma rápida e fácil puxando suavemente a fita de remoção. Deve-se observar se todo o produto (sistema de

liberação vaginal e sistema de remoção) foi removido da vagina. Na remoção do produto da vagina, o pessário estará intumescido, 2 a 3 vezes em relação ao seu tamanho original, e deverá ser maleável. Situações em que o pessário de dinoprostona deve ser removido da cavidade vaginal para interromper a administração da droga:

- a) Quando a maturação cervical for julgada completa
- b) Na vigência das seguintes circunstâncias:
  - Presença de contrações uterinas dolorosas (3 contrações a cada 10 minutos) independentemente de qualquer modificação cervical para evitar a possibilidade de hiperestimulação uterina.
  - Ruptura espontânea ou artificial das membranas.
  - Qualquer indício de hiperestimulação uterina ou contrações uterinas hipertônicas.
  - Evidência de sofrimento fetal.
  - Evidência de efeitos adversos sistêmicos maternos à dinoprostona, tais como náuseas, vômitos, hipotensão e taquicardia.
  - Pelo menos 30 minutos antes de iniciar uma infusão intravenosa de ocitocina.
- Contra-indicações:
  - Pacientes em franco trabalho de parto
  - Pacientes com diagnóstico de corioamniorrexe prematura
  - Associada a outras drogas ocitócicas ou quando estas já estiverem sendo administradas.
  - Pacientes com cicatriz uterina prévia: por exemplo cesariana, miomectomia, etc
  - Pacientes com diagnóstico de desproporção cefalo-pélvica;
  - Apresentação do feto seja anômala;
  - Suspeita ou evidência de sofrimento fetal;
  - Grandes multíparas ( $\geq$  três partos vaginais);
  - Alergia à dinoprostona ou qualquer um de seus excipientes.
  - Placenta prévia ou sangramento vaginal inexplicado durante a gravidez atual.

**ATENÇÃO:** o sistema de recuperação do pessário, constituído por uma bolsa de poliéster e uma fita de remoção, possui uma abertura que é necessária para a

inserção do pessário em seu interior durante o processo de fabricação. O pessário NUNCA deve ser retirado de dentro de sistema de recuperação.

**3.2. Colo com índice de Bishop  $\geq 6$ :** neste *score* a taxa de parto normal é semelhante com ocitocina ou misoprostol, sendo a ocitocina a 1ª escolha.

- Realizar avaliação da vitalidade prévia (além de amnioscopia se possível)
- Modo de uso: Diluir 5UI de ocitocina em 500 ml de SG5%. Isto corresponde a concentração de 10mUI/ml. Cada 4 gota corresponde a 2mUI. Deve-se iniciar com 4mUI (8 gotas) por minuto ou em bomba de infusão e reavaliar em 30 minutos. Se a atividade uterina estiver satisfatória, manter o gotejamento, caso contrário, dobrar o gotejamento a cada 30 minutos até 40 gotas/minuto (20mUI/ml).
- Tempo de indução: dois dias seguidos, com descanso noturno, se bolsa íntegra
- Efeitos adversos relacionados ao uso da ocitocina:
  - Taquissistolia;
  - Hipertonia;
  - Síndrome de hiperestimulação (taquissistolia e/ou hipertonia associado a sofrimento fetal). No caso de taquissistolia e/ou hipertonia a conduta deve ser:
    - Suspender ocitócico: cessar o gotejamento do soro com ocitocina
    - Hiperidratação com 1000 ml EV de SF 0,9% (pinça aberta)
    - Terbutalina 05 ampola SC
    - Analgesia

#### 4. Integridade das membranas corioamnióticas

4.1. Corioamniorexe prematura (sem sinais de corioamnionite): para as pacientes com corioamniorexe as drogas de escolha são o misoprostol ou a ocitocina, pois o pessário de PGE<sub>2</sub> está contra-indicado neste grupo.

Misoprostol: as recomendações são as mesmas da bolsa íntegra, com exceção que o tempo de indução é 24 horas contínuas com 25µg de misoprostol de 4 em 4 horas.

- Constituem critérios de falha de indução:
  - 24 horas de indução contínua sem atividade uterina eficaz (total 6 doses)
  - 12 horas de indução com atividade uterina efetiva e sem alteração do Índice de Bishop.

**ATENÇÃO:** No CRSM-Mater, realiza-se a abordagem baseada em fatores de risco para Estreptococo do Grupo B, portanto todas as parturientes com bolsa rota  $\geq 18$  horas deverão receber profilaxia intra-parto para este agente.

**5. Indução do parto em paciente com uma cesárea anterior:** neste grupo de pacientes o ideal é aguardar o início espontâneo do trabalho de parto, pois os estudos demonstram menor risco de complicações se o trabalho de parto inicia de forma natural. Nos casos de indicação materno-fetal para interrupção da gestação, visto que a presença de cicatriz de cesárea prévia não constitui uma contra-indicação absoluta a indução do trabalho de parto, se a equipe obstétrica decidir pela indução, alguns cuidados são importantes:

5.1. Intervalo de tempo entre a cesárea prévia e atual resolução da gravidez: não há estudo que correlacione o tempo de cesariana com o risco de ruptura uterina, mas no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater recomenda-se não induzir o trabalho de parto em pacientes com cesárea realizada até 12 meses.

5.2. Escolha da droga para indução do parto: o principal risco durante a indução é a ruptura uterina que varia conforme a droga utilizada para a indução. A ruptura uterina tem sido relatada em 24,5 casos/1000 mulheres submetidas à indução com misoprostol sendo observado um risco menor de ruptura uterina (7,7 casos/1000 pacientes) com a utilização de ocitocina em pacientes com cesárea prévia. O risco de ruptura uterina na indução com ocitocina é semelhante ao risco de ruptura com trabalho de parto espontâneo. Apesar de ser uma opção para indução do trabalho de parto, a grande limitação e falha da indução com a ocitocina ocorre em colos desfavoráveis. No Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater, a indução do trabalho de parto em pacientes com cesárea anterior DEVE SER REALIZADA COM OCITOCINA conforme descrito previamente, sendo o misoprostol e a PGE<sub>2</sub> contra-indicados.

5.3. Condições que necessitam ser definidas previamente à indicação de indução de pacientes com cesárea anterior:

- Macrossomia fetal deverá ser descartada
- Assegurar que a vitalidade fetal está preservada;
- Assegurar que a incisão uterina prévia é segmentar, pois a incisão corporal contra-indica indução.

Nestas pacientes é fundamental:

- Designar um membro da equipe para avaliação mais atenta da paciente
- Anotação sistemática da evolução no prontuário e partograma
- Observar rigorosamente a queixa de dor no hipogástrio correspondendo ao local do segmento uterino para realizar precocemente o diagnóstico de iminência de ruptura uterina. Nesta intercorrência a dor é constante, porém se exacerba nas contrações que, em geral, são subintrantes

- Sinal de Bandl-Frommel: sinal de iminência de rotura uterina ou Síndrome da distensão do segmento uterino. Observa-se em nível da cicatriz umbilical um anel de constrição que corresponde ao limite entre o corpo uterino e o segmento (Sinal de Bandl) e o retesamento dos ligamentos redondos que se desviam para a face ventral do útero (Sinal de Frommel).
- Utilizar técnicas não farmacológicas para controle da dor com o objetivo de postergar a indicação da analgesia (perda do parâmetro de dor que é importante sinal de alerta nestas pacientes)

As doses de ocitocina, as recomendações de avaliação da vitalidade e as contra-indicações são as mesmas para as pacientes sem cesárea prévia. Obtendo-se sucesso na indução do trabalho de parto, recomenda-se criteriosa revisão do segmento uterino através do toque pela via vaginal e também do canal de parto. Neste caso recomenda-se a antibioticoprofilaxia.

#### **ATENÇÃO**

- ❖ É muito importante explicar à paciente e aos familiares como será realizada a indução do parto, quanto tempo o processo pode demorar e como será administrada a medicação para preparar o colo uterino (via vaginal). Estas orientações estão no anexo 13.3.4
- ❖ É fundamental o controle rigoroso da checagem dos comprimidos de misoprostol pela equipe assistente

**5.4-9. Assistência Ao Parto Cesárea:** A frequência do parto cesárea tem aumentado em todo o mundo, entretanto a possibilidade de complicações permanece elevada. Serão descritas as necessidades para adequada assistência e redução de riscos para parturiente, feto/recém-nascido e equipe de saúde.

**1) Recursos humanos:** o número de participantes do ato cirúrgico deverá ser apenas o necessário para tal procedimento, evitando-se, assim, que o excesso de circulantes aumente o risco de infecção do sítio cirúrgico. Assim, a equipe recomendada para a participação no procedimento fica composta:

1a. Obstetrícia: 3 membros em campo cirúrgico.

1b. Anestesiologia: 2 membros

1c. Pediatria: 2 membros para recepção do recém-nascido

1d. Enfermagem: 1 enfermeira com treinamento em urgências

- 1 (um(a)) auxiliar com treinamento em urgências para auxílio à equipe cirúrgica/anestésica
- 1 (um(a)) auxiliar com treinamento em urgências para auxílio à equipe da pediatria

## 2) Materiais

O centro cirúrgico deve dispor de salas com fonte de gases (O<sub>2</sub> e ar comprimido) e vácuo para aspiração. A unidade obstétrica deve contar com uma área para recuperação pós-anestésica, cuja capacidade deve guardar relação direta com a demanda.

2.1. A equipe da anestesia deverá ter a sua disposição:

- Um conjunto de anestesia completo (com respirador, bloco de fluxômetros e vaporizadores),
- Material de reanimação como laringoscópio, cânulas de Guedel, tubos endotraqueais de diversos calibres, conjunto para ventilação manual (máscara facial, bolsa de borracha e válvula unidirecional)
- Monitor cardíaco com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva
- Drogas necessárias a realização da assistência anestésica, bem como do tratamento de eventuais urgências que venham a ocorrer durante o ato operatório

2.2. A equipe da obstetrícia deverá ter a sua disposição:

- Campos cirúrgicos estéreis em quantidade adequada
- Instrumental cirúrgico adequado
- Fios cirúrgicos conforme descrito na técnica cirúrgica abaixo

- Aspirador a vácuo
- Bisturi elétrico

2.3. A equipe da pediatria deverá ter a sua disposição:

- Berço aquecido padronizado
- Aspirados com sonda de calibre adequado
- Fonte de oxigênio disponível e pronta para ser utilizada
- Laringoscópio e cânulas endotraqueais de tamanhos variados para eventual necessidade de entubação
- Aspirador de mecônio
- Drogas necessárias para reanimação neonatal
- Material para cateterização umbilical.

### 3) Cuidados gerais obrigatórios

3.1. Avisar a parturiente e acompanhante que haverá necessidade de realizar parto cesárea e solicitar a colaboração para que sigam todas as orientações da equipe

3.2. Prevenir hipotensão pós-bloqueio anestésico e manter parturiente euvolêmica (infusão rápida de volume ou expansor, utilizar drogas, etc)

3.3. Utilizar O<sub>2</sub> com máscara ou cateter nasal **sempre** (3 Litros/minuto)

3.4. Realizar a descompressão dos grandes vasos desviando o útero para à esquerda

3.5. Evitar comentários entre e inter equipes que possam atrasar ou atrapalhar o início do procedimento

3.6. Solicitar ao acompanhante que aguarde do lado de fora da sala cirúrgica até ser chamado para entrar em sala

### 4) Prevenção de intercorrências cirúrgicas

4.1. Adequado conhecimento da anatomia pélvico-abdominal

4.2. Adequado conhecimento da técnica cirúrgica

4.3. Disponibilidade de instrumentos e materiais necessários (listados acima)

### 5) Passos Técnicos:

5.1. Paciente com sonda vesical de demora em decúbito dorsal

5.2. Antissepsia com PVPI degermante

5.3. Antissepsia com PVPI e colocação de campos esterilizados

5.4. Incisão cutânea: deverá ser feita à Pfannenstiel. Em casos específicos, a incisão poderá ser realizada através de incisão mediana infra-umbilical, como nos casos de extrema urgência, distúrbios de coagulação e abdome materno em aortal.

5.5. Abertura do sub-cutâneo através de dissecação digital

- 5.6. Abertura da fascia aponeurótica do músculo reto abdominal com tesoura Mayo
- 5.7. Abertura do peritônio parietal com auxílio de pinças Kelly
- 5.8. Abertura do peritônio visceral com tesoura Metzembaun
- 5.9. Rebaixamento do peritônio visceral inferior e da bexiga
- 5.9. A histerotomia deverá ser transversa no segmento uterino realizada **apenas** pelo cirurgião
- 5.10. Extração fetal, clampeamento de cordão e entrega do RN para equipe da pediatria.
- 5.11. Dequitação e curagem uterina
- 5.12. Histerorrafia com fio absorvível Vicryl 0. Recomenda-se o fechamento com pontos separados, porém, a opção de realização contínua ancorada fica a cargo do cirurgião responsável.
- 5.13. Revisão da hemostasia e limpeza da cavidade peritoneal
- 5.14. Fechamento do peritônio parietal com Vicryl 2.0, pontos simples contínuos
- 5.15. Aproximação da musculatura reto-abdominal com Vicryl 2.0, pontos em “U” ou em “borda grega”
- 5.16. Sutura da aponeurose com Vicryl 0, pontos contínuos ancorados
- 5.17. Aproximação do sub-cutâneo com Vicryl 2.0, pontos simples invertidos
- 5.18. Sutura da pele com Nilon 3.0, pontos simples. A sutura intra-dérmica com fio Nylon 4.0 ou Monocryl 4.0 poderá ser realizada nas pacientes que não apresentem contra-indicações (obesidade, incisão mediana, infecções cutâneas, distúrbios de coagulação).
- 5.19. Curativo oclusivo

#### 5.4-10. Assistência ao 3º e 4º Períodos

**Terceiro período ou secundamento ou dequitação:** esta fase se inicia com a expulsão fetal e termina com a expulsão placentária. A duração deste período NÃO deve exceder 30 minutos, observando-se aumento na incidência de complicações hemorrágicas maternas quando a duração deste período excede este tempo. Este período é extrema importância devido à gravidade e complexidade de suas complicações, cujas principais são:

- Sangramento transvaginal profuso (uma das principais causas de mortalidade materna)
- Retenção de restos placentários provocando sangramento e/ou infecção puerperal
- Inversão uterina

Após a retirada a placenta é mandatória realizar sua revisão, evidenciando-se ausência ou não de cotilédones, assim como a integridade das membranas e cordão umbilical. Realizar, ainda, revisão do canal de parto, procedendo-se à sutura da episiotomia, caso realizado, ou de lacerações decorrentes do parto. Neste período, com o objetivo de prevenir a hemorragia pós-parto recomenda-se a realização do manejo ativo do 3º período após o desprendimento do ombro fetal anterior. Este manejo ativo se constitui em medidas clínicas e medicamentosas descritas a seguir:

- **Manejo ativo do 3º período:** o manejo ativo do terceiro período consiste na administração de um agente ocitócico imediatamente depois do parto e tração controlada do cordão umbilical para a expulsão da placenta. Tal medida mostrou-se capaz de reduzir o risco de hemorragia puerperal.

- **Uso profilático de agentes ocitócicos**

Toda puérpera deverá receber, após a saída fetal, 10UI de ocitocina IM na porção lateral do músculo vasto lateral da coxa ou endovenosa se estiver com acesso venoso. A evidência atual sugere que o manejo ativo do terceiro período do parto diminui a incidência da hemorragia pós-parto, terceiro período prolongado, necessidade de transfusão sanguínea e anemia materna, quando se compara com a conduta expectante, que permite a expulsão espontânea da placenta. A administração de alcalóides ergotamínicos também é uma opção na profilaxia da hemorragia puerperal.

- **Tração controlada do cordão**

Na dequitação placentária, deve-se manter tração controlada do cordão umbilical até que a placenta se apresente no intróito vaginal. Neste momento, puxos maternos são desencadeados, solicitando-se a paciente que contraia levemente a musculatura abdominal para a completa expulsão placentária. Após o descolamento da placenta da

superfície uterina, roda-se a placenta, de encontro ao períneo materno, para que o desprendimento das membranas seja completo.

- **Revisão da placenta, dos anexos e do canal de parto**

O exame da placenta, cordão umbilical e membranas imediatamente após a expulsão é indispensável, principalmente para verificar a integridade, certificando-se de que não foram deixados restos placentários ou de membrana na cavidade uterina. Havendo suspeita de retenção de material intra-útero, a curagem (inspeção manual da cavidade uterina) e/ou curetagem deverá ser efetuada. Após esta análise, deve-se realizar a revisão do canal de parto, procedendo-se à sutura da episiotomia, caso realizada, ou de lacerações decorrentes do parto, com fios de sutura absorvíveis.

### ATENÇÃO

- ❖ Nos casos de parto vaginal em pacientes com cesárea prévia se indica revisão da cavidade uterina, procedimento que sempre deve ser realizado sob anestesia e por profissional experiente. A antibioticoprofilaxia também deverá ser realizada para este procedimento.
- ❖ Quando a dequitação não ocorre após 30 minutos até 1 hora da saída fetal o diagnóstico é de **Retenção placentária** e será realizada a extração manual da placenta, seguida de curagem. Estas pacientes podem necessitar de reposição volêmica e/ou uso de ocitocina previamente ao procedimento. Para a realização deste procedimento é ESSENCIAL:
  - Antibioticoprofilaxia
  - Anestesia da paciente
  - Proteção de corpo e braços para o obstetra

**Quarto período ou período de Greenberg:** corresponde aos primeiros sessenta minutos após a dequitação. Recomenda-se que a paciente seja avaliada a cada 30 minutos e os dados anotados em prontuário. Neste período, em geral, a paciente já estará no alojamento conjunto e os principais parâmetros avaliados são:

- Estado geral e queixas da paciente
- Pressão arterial
- Pulso
- Tônus uterino
- Volume do sangramento genital

Estes cuidados devem ser iniciados na sala de parto e mantidos até o final deste período. A avaliação da paciente e os dados do exame físico devem ser anotados no impresso próprio para este fim.

**5.5- Assistência ao puerpério ou pós-parto:** o puerpério é o período após o parto que se caracteriza por modificações involutivas e de recuperação do organismo materno, estendendo-se até a 6ª semana pós-parto (alguns autores referem até a 12ª semana). Quando este retorno ao estado não gravídico ocorre dentro do período esperado e não apresenta intercorrências, o puerpério é considerado fisiológico.

**Puerpério fisiológico:** as mudanças involutivas e de recuperação são genitais e extragenitais:

a) Genitais

**Útero:** A involução uterina esta baseada em modificações histológicas que ocorrem no miométrio e no endométrio.

Modificações macroscópicas:

- A altura uterina diminui 1-1,5 cm/dia
- A espessura das paredes (4-5 mm após o parto) volta ao normal em 5-6 semanas.
- A amplitude e a rapidez do processo involutivo do útero são comprovados pela diminuição do seu peso:
  - Após o parto o útero pesa 1000 g
  - Após 7 dias o peso diminui até 500 g
  - Após 14 dias o útero pesa 300 g
- Redução das dimensões do útero, promovendo a eliminação das camadas do endométrio resultando nos lóquios. As vilosidades placentárias degeneram e a caduca desliza, ficando somente a camada esponjosa. Neste nível aparece uma barreira de polimorfonucleares funcionando como uma proteção antimicrobiana

**Lóquios:** são corrimentos vaginais que surgem após o parto e são constituídos pelos produtos da descamação decidual. As características dos lóquios se modificam em coloração e quantidade com a evolução do puerpério e podem auxiliar na definição de puerpério normal ou anormal. É muito difícil quantificar a loquiação e nos primeiros dias pós-parto podem ultrapassar 50 gramas, depois diminuem para 15-20gramas. Uma das formas de avaliar a quantidade de loquiação é quantificar o número de absorventes higiênicos diários.

Existem 4 tipos de lóquios:

- Lóquio vermelho (lochia rubra)
- Lóquio serosanguinolento (lochia fusca)
- Lóquio amarelo (lochia flava)

- Lóquio branco-amarelados (lochia Alba)

**Quadro 12 - Características dos lóquios**

	RUBRA	FUSCA	FLAVA	ALBA
<b>COR</b>	vermelha	rosada	amarelada	branca
<b>CONTEÚDO</b>	sangue coagulado, tecido histolizado, plasma	Sangue pequena quantidade, plasma, decídua histolizada	Exsudação serosa, células decíduais, muco cervical, flora	Células decíduais degeneradas, células cilíndricas e basais escamosas, leucócitos
<b>PERÍODO</b>	1º ao 3º dia pós-parto	3º ao 5º dia	6º ao 15º dia	16º dia ao final do puerpério

Após a eliminação da decídua, isto é, depois que foram eliminados os lóquios, a reconstrução do endométrio passa por 4 fases:

- Fase de regressão: Dura 4-5 dias e ocorre a descamação final de restos celulares e células decíduais.
- Fase de cicatrização: a camada basal começa a produzir uma nova camada celular que vai cobrir toda área desnuda
- Fase de proliferação: inicia com a recuperação da função ovariana após a 12ª semana após o parto se a paciente está amamentando ou mais precocemente nas mulheres que não amamentaram. O mecanismo é semelhante ao da fase de proliferação do ciclo menstrual, ocorrendo por estimulação estrogênica

Fase de retorno ao ciclo menstrual: Se a mulher não amamenta, o ciclo menstrual recomeça após 6 semanas. O retorno aos ciclos menstruais para as mulheres que amamentam é dependente do tipo de aleitamento e do tipo de anticoncepção utilizada.

**Colo uterino:** retorna rapidamente ao normal após o parto:

- Nas primeiras 24 horas após o parto o colo está edemaciado, com várias áreas de sufusão hemorrágica e fissuras. O canal cervical ainda não está refeito e não é possível identificar orifício interno e externo. Ao realizarmos o toque vaginal podemos ascender facilmente a cavidade uterina
- Após o 1º até o 10º dia do parto as fibras musculares e de colágeno se reorganizam refazendo o canal cervical. O toque vaginal realizado 2-3 dias após o parto mostra o orifício externo pérvio para uma polpa (2cm). Uma semana após o parto o OE é pérvio para 1cm e costuma estar fechado depois de 10 dias de puerpério.

**Vagina:** após o parto, com a saída da placenta e o bloqueio da função gonadal pela amamentação, observa-se um hipoestrogenismo que repercute sobre o epitélio do trato genital inferior provocando atrofia/hipotrofia. A vagina apresenta mucosa lisa e

fina. A recuperação do epitélio do trato genital inferior nas lactentes terá início após a 12ª semana, com o reinício da função ovariana, motivo pelo qual NÃO É RECOMENDADA A COLETA DE COLPOCITOLOGIA PARA RASTREIO DO CÂNCER CERVICAL no retorno de puerpério (30 a 40 dias). A colpocitologia pode ser colhida após o 3º mês do parto em mulheres que estão amamentando.

b) Extragenitais

**Glândula mamária:** sofre alterações anatômicas e fisiológicas durante a gravidez e puerpério imediato. Sua função é a produção láctea que nutrirá o recém-nascido e permitirá a transferência de anticorpos maternos. Estes aspectos serão abordados no capítulo da amamentação.

**Aparelho cardiovascular:**

- O volume sanguíneo aumenta rapidamente no pós-parto, jogando na circulação uma quantidade importante de sangue que provem dos “lagos” venosos uterino,
- O débito cardíaco e a pressão venosa central aumentam nas primeiras horas pós-parto
- Os principais parâmetros da atividade cardíaca da puérpera (débito cardíaco, frequência cardíaca, pulso, pressão arterial, pressão venosa central) retornam ao nível pré-gravídico na primeira semana de puerpério.

**ATENÇÃO:** No pós-parto imediato pode ocorrer crise hipertensiva e eclâmpsia, especialmente na hipertensão induzida de gravidez. A droga prescrita para controle da pressão arterial no puerpério dependerá da doença de base, mas a preferência será os inibidores da enzima conversora de angiotensina. Também pode ocorrer ruptura de aneurisma pré-existente.

**Aparelho urinário:**

- Nos primeiros 2-3 dias a puérpera apresenta poliúria, chegando a urinar 2-3 litros em 24 horas. A diurese e a transpiração aumentadas podem favorecer a desidratação, mas reduzem a embebição gravídica.
- Nas primeiras 4 semanas regride a dilatação dos cálices e dos ureteres.

**Aparelho digestivo:**

- Apetite costuma estar normal, mas aumenta a sede

- A hipotonia intestinal observada durante a gestação se mantém no puerpério favorecendo a constipação intestinal e hemorróidas

**Sistema hematológico:**

- A hemoglobina e o hematócrito podem diminuir em decorrência das perdas de sangue durante o parto, atingindo níveis menores que os observados durante a gravidez
- Os leucócitos estão aumentados (granulocitose até 30.000/mm<sup>3</sup>), mas com linfopenia e eosinopenia
- Fibrinogênio e o VSH ficam elevados até 10-12 dias após o parto.

**Sistema nervoso:** a puérpera apresenta labilidade emocional com tendência a depressão (choro freqüente, sem razão). Esse estado, na maioria das vezes, é passageiro, e não atrapalha os cuidados com o recém-nascido

**Sistema ósteo-muscular:** articulações: tornam-se firmes, desaparecendo a frouxidão ligamentar própria da gravidez

**Pele e pelos:**

- Melasma: quando presente tende a regredir podendo desaparecer no puerpério.
- Estrias: quando presentes perdem a coloração arroxeadas e tornam-se branco-nacaradas
- Queda importante dos cabelos com tendência a recuperação após o 3º mês do puerpério

**Assistência ao puerpério fisiológico:** o puerpério será classificado de acordo com a duração:

- Puerpério imediato ou precoce: inicia 90 minutos após o parto e vai até o 10º dia após o parto
- Puerpério tardio: 11º dia até o 45º dia após o parto
- Puerpério remoto: após 46º dia após o parto (6 semanas)

**Puerpério imediato ou precoce: 90 minutos até 10 dias após o parto:** No puerpério fisiológico, em especial após o parto vaginal, a paciente pode referir cansaço e desânimo. Algumas pacientes podem referir calafrios sem ascensão da temperatura. A

grande maioria das puérperas receberá alta hospitalar no início deste período. Estes primeiros dias costumam ser estressantes para a puérpera e para a família, sendo fundamental o apoio da equipe de saúde e da instituição caso seja necessário. Algumas puérperas ficam muito inseguras, emocionalmente instáveis e apresentam choro fácil.

**1<sup>as</sup> 24 horas: observar e valorizar:**

- a) Lipotímia frequente ou toda vez que levantar: É comum ocorrer lipotímia na 1<sup>a</sup> vez que a puérpera adquire a posição ortostática após o parto, sendo recomendado que neste momento a paciente seja sempre auxiliada pela equipe da enfermagem. Entretanto, se ocorre repetição freqüente da lipotímia é necessário reavaliar a paciente e caso a equipe julgue necessário, realizar exames complementares como, por exemplo, dosagem de hemoglobina e hematócrito para detectar a causa desta hipotensão postural.
- b) Queixa de dor: As primeiras 24 horas do puerpério em mulheres que receberam anestesia costumam transcorrer sem dor, pois é rotina a administração de morfina. As pacientes que não receberam analgesia e foram submetidas a episiorrafia podem queixar-se de dor no local da sutura. É importante que a puérpera que refere dor seja avaliada pela equipe para descartar intercorrências que podem ter evolução desfavorável. Após a avaliação, a equipe fará a prescrição, ou não, de medicamentos.
- c) Sangramento via vaginal: a equipe deve valorizar a informação de sangramento abundante, com coágulos ou que esteja associado com repercussão hemodinâmica
- d) Dificuldade para urinar: pode ser a conseqüência de traumas durante o parto, ocasionalmente resultando em retenção aguda de urina. Nestes casos é necessária a sondagem vesical, que dependendo do trauma, deverá ser de demora.

A 1<sup>a</sup> avaliação deverá ocorrer em 6 horas após o parto, obviamente respeitando-se o horário de sono da paciente, com preenchimento da ficha padronizada de evolução do puerpério.

MODELOS DE PRESCRIÇÃO		
PÓS-PARTO IMEDIATO		
CESÁREA	VAGINAL	FÓRCIPE/VÁCUO
Jejum	Dieta geral laxativa	Dieta geral laxativa
SF 0,9% 1000ml correr 80gotas/minuto Após SGF 1000ml correr 70gotas/minuto Após SG5% 1000ml correr 70 gotas/minuto		
Dipirona 1amp EV 6/6h Cetoprofeno 1amp EV 8/8h (diluído em 100ml de SF0,9%) e correr em 30 minutos	Avaliar a paciente se queixa	diclofenaco 50mg VO 8/8h
Sinais vitais Movimentos no leito SVD em drenagem sistema fechado Amamentação por livre demanda Observar sangramento vaginal	Sinais vitais Estimular deambulação Amamentação por livre demanda Observar sangramento vaginal	Sinais vitais Bolsa de gelo perineo Estimular deambulação Amamentação por livre demanda Observar sangramento vaginal
PRESCRIÇÃO APÓS 6H		
CESÁREA	VAGINAL	FÓRCIPE/VÁCUO
Diclofenaco 50mg 8/8h		
Sinais vitais Dieta geral laxativa Observar lóquios Retirar SVD Retirar curativo Retirar cateter peridural se presente pela equipe de anestesia Estimular deambulação Amamentação por livre demanda	Sinais vitais Dieta geral laxativa Observar lóquios Retirar cateter peridural se presente, pela equipe de anestesia Estimular deambulação Amamentação por livre demanda	Sinais vitais Dieta geral laxativa Observar lóquios Retirar cateter peridural se presente, pela equipe de anestesia Estimular deambulação Amamentação por livre demanda

**Quadro 13 - Modelos de prescrição para o puerpério**

### ATENÇÃO

- ❖ A antibioticoprofilaxia deve ser realizada em sala de parto.
- ❖ A prescrição de sulfato ferroso deve ser realizada para puérperas com hemoglobina ≤ 10. Em casos de suspeita de infecção, não prescrever sulfato ferroso.

**Após as 1<sup>as</sup> 24 horas até 10 dias após o parto:** neste período a paciente apresenta uma série de modificações que podem ser motivo de preocupação e insegurança se a paciente não foi previamente orientada.

- **Apojadura mamária:** Entre o 3<sup>o</sup> e o 5<sup>o</sup> dia pós-parto ocorrerá o início da secreção láctea mamária (descida do leite). É freqüente a puérpera apresentar elevação da temperatura (37,8°C a 38°C) na apoiadura.
- **Transpiração:** queixa muito freqüente nas puérpera, em especial nas mulheres que amamentam
- **Diminuição do peso corporal:** evidente nos primeiros 10 dias pela involução uterina e aumento da diurese

- **Hábito intestinal:** É frequente que a paciente que foi submetida a episiotomia/episiorrafia tenha medo de fazer esforço para evacuar, atrasando o retorno ao hábito intestinal. A paciente que foi submetida a cesárea, pelo íleo paralítico, também pode apresentar constipação.
- **Cólicas:** é freqüente que a puérpera sinta cólicas no baixo ventre e observe aumento do sangramento durante a amamentação. Isto se deve ao estímulo da secreção e liberação de ocitocina que contrai o músculo uterino pela sucção mamária realizada pelo RN. É muito importante tranquilizar a puérpera quanto a normalidade destes sinais e sintomas evidenciando que o retorno do útero a sua condição pré-gravídica é facilitado pela amamentação.
- **Parestesia da parede abdominal (dormência ou perda de sensibilidade):** é freqüente e se deve a secção de pequenos ramos nervosos na incisão cirúrgica da cesárea. A paciente deve ser informada que estes sintomas desaparecerão com o tempo, retornando a sensibilidade normal

**ATENÇÃO:** Se a paciente apresentar febre (temperatura oral  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) após as 1<sup>as</sup> 24 horas do puerpério, a hipótese diagnóstica será de Morbidade Febril Puerperal (MFP) e o puerpério passará a ser considerado anormal.

### **Roteiro da avaliação do puerpério**

#### **a) Sinais vitais**

- **Controle da temperatura:** deve ser realizado de 12/12 horas. A variação normal oscila entre 36,5 a 37,7°C. A técnica para aferir a temperatura no puerpério é a colocação do termômetro sublingual.
- **Pulso** (normal entre 60-80bpm). Taquicardia na ausência de febre aponta para evolução puerperal anormal
- **Pressão Arterial:** a cada 6 horas

**b) Alimentação:** em geral não há restrições alimentares, principalmente pós-parto vaginal. Na cesárea orienta-se não ingerir alimentos que fermentem, pois formam muitos gases acarretando dor e desconforto para a paciente. A dieta deve ser laxativa após qualquer tipo de parto

DIETAS	INDICAÇÕES	CARACTERÍSTICAS
GERAL	Pacientes cujas condições clínicas não exigem modificações dietoterápicas. Tem por finalidade fornecer calorias e nutrientes em quantidades diárias recomendadas para manter e/ou promover a saúde do indivíduo.	Sem nenhuma restrição, deve preencher todos os requisitos de uma dieta equilibrada.
BRANDA	Pacientes com problemas de mastigação e casos de absorção diminuída, quando os alimentos ingeridos devem ser de mais fácil desagregação. Esta dieta apresenta baixo teor de fibras.	É uma dieta de transição entre dietas de consistência pastosa e dieta geral. É restrita em frituras e alimentos crus, exceto os de textura macia. Todos os alimentos são abrandados por cocção ou ação mecânica.
PASTOSA	Pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição, em alguns pós-operatórios, casos neurológicos, insuficiência respiratória, diarreias. Objetiva proporcionar certo repouso digestivo. Os teores de nutrientes também devem aproximar-se do normal.	Os alimentos devem estar em forma de purê, mingau, batidos ou triturados, exigindo pouca mastigação e facilitando a deglutição.
LEVE	Pacientes com dificuldade de mastigação e deglutição. Em casos de afecções do trato digestório, em determinados preparos de exames, em pré e pós-operatórios.	Caracteriza-se por preparações de consistência líquida e pastosa, de fácil digestão, mastigação e deglutição.
LIQUIDA	Pacientes que necessitem de um mínimo de esforços nos processos digestivos e absorptivos para o fornecimento dos nutrientes. Muitas vezes, pelas limitações impostas pela dieta líquida, ela pode apresentar baixo teor nutritivo, por isso a evolução para a dieta pastosa deve ser feita o mais breve possível.	Utilizam-se alimentos de consistência líquida na temperatura ambiente, que produzam poucos resíduos e que sejam de fácil digestão.

**Quadro 14 - Especificações das dietas de acordo com a forma de preparo dos alimentos**

DIETAS	INDICAÇÕES	CARACTERÍSTICAS
DIABÉTICO	Indicada para indivíduos diabéticos, utilizando-se percentuais dentro do padrão normal de distribuição de calorias	Caracteriza-se por refeições sem adição de sacarose e restrição de alimentos ricos neste nutriente.
CONSTIPANTE	Indicada para indivíduos que apresentam transtornos intestinais, basicamente diarreia, havendo necessidade do uso de alimentos constipantes.	Dieta pobre em fibras, lactose e sacarose, com uso de alimentos constipantes e de fácil digestão.
LAXATIVA	Indicada para indivíduos que apresentam retenção de fezes, além do tempo normal de esvaziamento, por diferentes motivos.	Dieta rica em fibras e adequada em líquidos.
HIPOSSÓDICA	Indicada para pacientes com restrição de sódio.	Caracteriza-se por refeições sem adição ou com baixo teor de sódio e restrição de alimentos ricos neste nutriente.

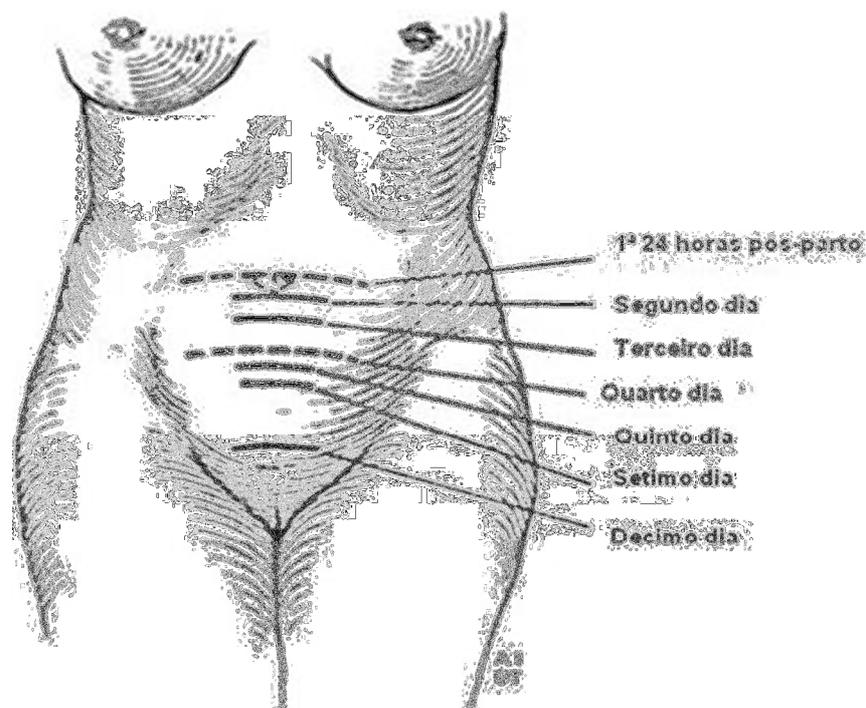
**Quadro 15 - Classificação da variabilidade da FCF**

- c) Deambulação precoce:** deve ser estimulada, pois reduz incidência das complicações tromboembólicas, da constipação intestinal e urinária.
- d) Higiene:** importante reforçar junto a puérpera e familiares os malefícios da falta de higiene, informando que não há risco em lavar cabelos e tomar banhos diariamente.

Além do banho, a puérpera deve lavar a região genital toda vez que urinar e evacuar

- e) **Hábito intestinal:** realizadas as orientações alimentares laxativas, se a puérpera não evacuou em 48 horas ela deve receber óleo mineral ou SUPOSITÓRIO DE GLICERINA.
- f) **Altura uterina:** diminui 1 a 1,5 cm/dia, isto é, no 10º dia o útero será novamente um órgão pélvico
- Nas 1ªs 24horas após o parto, o fundo uterino está ao nível da cicatriz umbilical
  - No 6º dia de puerpério o fundo uterino fica entre a cicatriz uterina e o pube
  - No 10º dia de puerpério o fundo uterino alcança a sínfise, tornando-se novamente um novo órgão pélvico

Paralelamente com a modificação de volume, a consistência fica mais firme e o útero retorna a sua antiga forma piriforme.



Figura

25 -

### Involução normal do útero pós-parto

- g) **Lóquios:** Anotar diariamente o volume, a cor e o cheiro

**Puerpério tardio (10 dias após o parto até 6 semanas pós-parto):** alguns autores estendem este período até 12 semanas pós-parto (3 meses) argumentando que a recuperação funcional ovariana tem início nesta fase, isto é, após a 12ª semana o

ovário reinicia a sua produção hormonal mesmo com a paciente amamentando. A puérpera terá retorno para revisão do parto nesta fase (30 a 40 dias de puerpério)

### **ROTINA DA EQUIPE DE OBSTETRÍCIA PARA AVALIAÇÃO PUÉRPERA INTERNADA OU PÓS-ALTA QUE APRESENTA FEBRE**

Ao realizar a avaliação de puérpera internada que evolui com febre na enfermaria ou que procura o pronto atendimento para avaliação a rotina será:

#### **1. Exame físico geral:**

- Cavidade oral (dentes) e orofaringe,
- Ausculta cardíaca e pulmonar
- Mamas (sempre chamar a enfermagem para reorientar quanto a amamentação)
- Abdômen: ruídos hidroaéreos, distensão, contração e involução uterina. Se cicatriz: abaulamento, hiperemia, drenagem de secreção, deiscência.
- Membros inferiores (MMII) procurando sinais de trombose venosa.

#### **2. Exame ginecológico: especular**

- Avaliar episiorrafia: abaulamento, hiperemia, drenagem de secreção
- Realizar teste do ergot.

#### **3. Formular hipótese diagnóstica**

- Discutir caso com CCIH
- Preencher ficha avaliação médica/ CCIH.

**ATENÇÃO:** As pacientes com febre (temperatura oral acima de 37,8°C após as 1ª 24h do parto) deverão colher HMG com diferencial de leucócitos, Hemocultura, Urina tipo I + UCA e, a critério clínico, realizar US pélvico.

#### **Recomendações na condução de puérperas com febre:**

- Todos os exames solicitados devem estar impressos;
- Reforçar anotação no prontuário de todas as condutas e intercorrências;
- Reforçar necessidade de comunicação entre as equipes sobre intercorrências
- Reforçar necessidade de valorizar as informações/queixas de pacientes/familiares;
- Reforçar necessidade de **APRIMORAR** a relação médico-paciente;

- O chefe de plantão deve estar ciente de todos os casos e presenciar o exame físico dos casos que apresentem intercorrências
- O chefe de plantão deverá ligar para o responsável de cada Setor do laboratório para checar resultados de exames. Após 24h da sementeira do material é possível obter a 1ª leitura da Hemocultura e da Urocultura e, após **48 Horas** se o resultado da cultura for negativo será liberado como definitivo. Quando houver crescimento de germes o resultado definitivo só será liberado após 72 horas.

### **5.6- Alojamento Conjunto**

Com a prática do Alojamento Conjunto pretende-se:

- Estabelecer um bom relacionamento mãe-filho que condicione o estabelecimento do vínculo afetivo;
- Promover melhor relacionamento da mãe com a equipe de saúde de modo que receba orientação e capacitação para o cuidado de seu filho;
- Diminuir a possibilidade de infecções cruzadas;
- Possibilitar à equipe de saúde a observação do comportamento normal do binômio mãe-filho.
- Cumprir as normativas do Hospital Iniciativa Amigo da Criança (IHAC)

Durante a permanência no Alojamento Conjunto deve ser desenvolvido um programa de cuidados progressivos em que, de início, o elemento da equipe de saúde é o agente executante do cuidado, passando gradativamente ao observador, ficando o papel de executante reservado à mãe. Por ocasião da alta, a mãe deverá estar capacitada a desenvolver as tarefas relativas ao cuidado do bebê.

#### **Para o estabelecimento do Alojamento Conjunto**

- As enfermarias deverão conter camas padrão hospitalar para as mães e berços de acrílico para os recém-nascidos (RN), mesa de cabeceira, armário para as roupas, cadeiras, escadinhas;
- A equipe de enfermagem tem que estar treinada para a assistência ao binômio. Esta equipe deve ser composta por uma enfermeira para cada 15 binômios e uma auxiliar de enfermagem para cada 6 binômios;
- Os RN devem ser assistidos por um neonatologista na sala de parto. Após o exame clínico e a constatação da ausência de anormalidades, o RN é liberado para o Alojamento Conjunto;

- O RN deve permanecer 24 horas ao lado da mãe;
- Assim que o binômio chega ao Alojamento Conjunto é recebido pela enfermeira/auxiliar de enfermagem, escalada no local, que instala mãe e filho em seus respectivos leitos;
- Deve ser realizado um exame físico pela enfermeira, tanto na mãe como no RN, para posterior elaboração do Planejamento da Assistência de Enfermagem.
- O RN é colocado no seio materno e, neste momento, são fornecidas orientações para a mãe, tais como postura correta durante a amamentação, posicionamento do RN, prega e pega corretas e condução da mamada. A mãe sobre a importância da livre demanda para o RN. As dúvidas da mãe quanto à amamentação são sanadas no momento que a mesma apresentar quaisquer dificuldades quanto à amamentação.
- As mamadas serão avaliadas continuamente pela equipe de enfermagem. Quando detectados problemas tanto em relação à mãe como ao RN, serão instituídas amamentações assistidas, onde a aproximação da equipe com o binômio se torna mais intensa no intuito de sanar dificuldades, melhorando o aleitamento materno, bem como o vínculo mãe-filho.
- O primeiro banho do RN é realizado na própria enfermaria (caso não tenha sido realizado no Centro Obstétrico) 2 horas após o parto. Nesse momento a mãe já recebe as primeiras orientações do banho do RN, curativo umbilical, vestuário e banho de sol.
- Sempre que a mãe estiver realizando o banho do RN, a enfermeira/auxiliar de enfermagem deve aproveitar esse momento para corrigir os erros e reforçar os cuidados com o RN.
- Em caso de realização de exames no RN, tais como coleta de sangue capilar para glicemia, eletrólitos, entre outros ou mesmo realização de raio-X, a mãe tem o direito de acompanhar seu filho até o local onde será realizado o exame (dentro da própria instituição). Caso a mesma não tenha condições ou não queira acompanhá-lo, o RN será encaminhado ao exame pela funcionária ou enfermeira responsável.
- Nos casos de mães adolescentes, a instituição comunica um familiar ou responsável para que compareça ao serviço a fim de ser orientado, juntamente com a mãe sobre os cuidados de higiene do RN e o aleitamento materno.
- As mães são orientadas também sobre a importância da puericultura, vacinas, registro de nascimento que é realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater e teste do pezinho.

- É agendada uma consulta de enfermagem entre o 7º e 10º dia pós-parto no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater com o objetivo de avaliar as condições físicas/emocionais do binômio e avaliar a amamentação.
- Todas as mães e RN já saem, na alta hospitalar, com a 1ª consulta (puericultura/ginecologia) agendada na Unidade Básica de Saúde ou no Centro de Referência da Saúde da Mulher-Mater.
- Todas as mães são convidadas a participar dos Cursos de Puérperas oferecidos às 2ª, 4ª e 6ª feiras, às 13h e 30 minutos cujos temas abordados são: amamentação, cuidados com o RN e contracepção. Durante o curso é oferecido lanche para as puérperas.
- Diariamente todos os binômios mãe-filho são convidados para o banho de sol das 9 as 10 horas. O Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater tem um local específico para esse fim (área privativa com jardim e bancos) e os binômios são acompanhados por um profissional da equipe de enfermagem. Esse momento, além de utilizado para orientações em grupo, proporciona troca de experiências, retirada de dúvidas e confraternização sendo oferecido lanche às puérperas.

## 5.7- Assistência À Amamentação

São inúmeros os benefícios que a prática do aleitamento materno oferece tanto para o crescimento e desenvolvimento de lactentes, como para a mãe, criança e família. As vantagens da prática do aleitamento materno estão expostas no quadro 22.

VANTAGENS PARA O ALEITAMENTO MATERNO		
Para a mulher	Para a criança	Para a família e a sociedade
Facilita estabelecimento do vínculo mãe-filho	Alimento completo para o lactante $\leq$ seis meses, no aspecto nutricional e digestivo	É gratuito, limpo e não contém microorganismos
Previne hemorragias pós-parto e favorece a involução uterina	Facilita a eliminação de mecônio e diminui o risco de icterícia	Está pronto e na temperatura certa
Contribui para retorno mais rápido ao peso pré-gestacional	Protege contra infecções	Reduz internações por problemas gastro-intestinais e respiratórios
Pode reduzir o risco de câncer no ovário e mama	Colabora na redução da taxa de desnutrição protéico-calórico e nos índices de mortalidade infantil;	Diminui o absenteísmo dos pais ao trabalho, uma vez que a criança se mantém mais saudável.
Pode prevenir a osteoporose	Melhora a resposta imunológica e diminui probabilidade de desencadeamento de processos alérgicos, pelo retardo da introdução de proteínas heterólogas existentes no leite de vaca	

**Quadro 16 - Vantagens do aleitamento materno para a mulher, para a criança e para a família e sociedade**

As ações de promoção e apoio ao aleitamento materno seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) devem iniciar durante a assistência pré-natal, estar presentes na sala de parto e nortejar o estímulo à amamentação no período pós-parto.

ACÇÕES DE PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO QUE PERMEIAM QUALQUER FASE DO CICLO GRAVIDICO-PUERPERAL
Ouvir os sentimentos, preocupações e experiências que a mulher tem sobre a amamentação
Estimular a mulher a falar utilizando perguntas abertas, expressões e gestos que demonstrem interesse; colocando-a como centro da situação e atenção:
Aceitar e respeitar o que a mulher sente e pensa, podendo dar informações para fazê-la refletir sobre sua forma de pensar e sentir frente à questão:
Utilizar linguagem simples que ajudem de forma prática, no máximo duas informações por vez, para a situação daquele momento
Evitar palavras que soem como julgamento ou como uma ordem
Investigar sobre o desejo da mulher em amamentar e sua história pessoal e familiar de amamentação
Identificar crenças e tabus relacionados à amamentação e ao aleitamento artificial.
Expor as vantagens do aleitamento materno para criança, mãe, família e sociedade
Orientar sobre a importância do aleitamento exclusivo nos 6 primeiros meses de vida e, se possível, amamentar até 2 anos.
Explicar sobre a composição do leite materno e do leite artificial
Expor os riscos da alimentação artificial: maior risco de diarreia, infecção respiratória, alergia e intolerância ao leite, desnutrição e deficiência de vitamina A, doenças crônicas, obesidade, menor desempenho em teste de inteligência. A mãe que introduz a alimentação artificial tem maior chance de gravidez precoce, menor proteção para o câncer de mama e ovário, artrite e anemia.
Reconhecer e elogiar as ações corretas encorajando-a a manter a boa prática
Realizar exame mamário
Informar sobre os recursos da comunidade na promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno. O município de Ribeirão Preto disponibiliza serviços públicos para orientação e pronto atendimento referente às questões de amamentação em toda a Rede de Unidades Básicas de Saúde, no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater e no Banco de Leite Humano do HCFMRP-USP.
Informar sobre a filosofia do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater como Hospital Amigo da Criança, expondo as normas e rotinas do serviço:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início da amamentação na sala de parto.</li> <li>• Alojamento conjunto,</li> <li>• Amamentação sobre livre demanda,</li> <li>• Não uso de mamadeiras, bicos e chupetas,</li> <li>• Uso restritivo (somente por indicação médica) de outro alimento ou bebida além do leite materno.</li> </ul>
Divulgar sobre as atividades de educação à saúde oferecida pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater a sua clientela:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursos para gestantes adultas</li> <li>• Curso para gestantes adolescentes</li> <li>• Curso para puérperas</li> <li>• Fornecimento de cestas básicas às mulheres que mantiverem a amamentação por 6 meses de puerpério</li> </ul>
Registrar os dados coletados na anamnese e no exame clínico específico no prontuário e proceder à avaliação da evolução da condição da mulher para amamentação apresentada por ocasião de cada consulta pré-natal.

### Quadro 17 - Ações para promoção do aleitamento materno

#### Ações de promoção e apoio ao aleitamento materno durante a Atenção Pré-Natal:

a1) Promover interação com a gestante extensiva a família, estabelecendo vínculo de confiança e realizando adequada avaliação das possibilidades de amamentação.

a2) Avaliar condições para o aleitamento materno e os riscos para a não amamentação ou desmame precoce, tendo por base os aspectos anteriormente apresentados e o exame das mamas. O exame físico das mamas é necessário para identificar alterações que possam prejudicar ou dificultar a amamentação. Dentre os fatores que influenciam na amamentação destaca-se o tipo de mamilo, pois interfere na capacidade de apreensão adequada. Os mamilos são classificados em:

- Protuso
- Plano
- Pseudo-invertido
- Invertido,

Os dois últimos tipos de mamilo são os que apresentam maior dificuldade para amamentação predispondo a traumas mamilares. A saída de colostro à expressão dos

mamilos pode ser observada a partir da segunda metade da gestação. Ao redor do mamilo localiza-se a aréola medindo de 2 a 4 cm de diâmetro onde são observados os Tubérculos de Montgomery que se hipertrofiam na gravidez produzindo secreção sebácea, cujo objetivo é lubrificar os mamilos e proteger a pele de ação de bactérias. Com o evoluir da gravidez observa-se a hiperpigmentação areolar e a formação da aréola secundária.

a3) Planejar e implementar ações na preparação biopsicossocial para amamentação atendendo as especificidades de cada caso avaliando a história pessoal e familiar em relação ao aleitamento materno assim como o desejo, as crenças e as condições para o exercício da função e discutir sobre os medos e tabus referentes a “pouco leite e leite fraco”;

a4) Orientar:

- Composição do leite materno e do leite artificial: as propriedades do leite humano refletem as exigências nutricionais e particularidades fisiológicas do metabolismo da criança. Dentre os fatores de superioridade do leite humano em relação aos outros leites destaca-se: melhor digestão, composição química balanceada, ausência de princípios alergênicos, proteção a infecções, efeitos biológicos e emocionais no desenvolvimento da criança. O leite humano contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas e água na proporção exata compatível com as necessidades individuais da espécie.
  - Cuidados com as mamas durante a gestação:
    - Higiene diária durante o banho e nos casos de mamilos invertidos ou pseudo invertidos enxugar adequadamente
    - Banho de sol: pela manhã até às 10 horas e a tarde após as 16 horas, tempo de exposição máxima 15 minutos
    - Não usar cremes, pomadas e óleos por deixar a pele mais sensível predispondo a traumas;
    - Uso de sutiãs adequados de preferência de algodão para maior aeração do local e com alças largas para maior sustentação;
    - Exercícios de protrusão do mamilo devem ser orientados com cautela além de não serem cientificamente comprovados seus efeitos.
- **Ações de promoção e apoio ao aleitamento materno durante o Parto:**

- b1) Promover ambiente que favoreça o aleitamento materno utilizando medicações analgésicas e anestésicas somente quando estritamente necessário, favorecendo a aplicação de estratégias humanizadas para redução e suporte da dor.
- b2) Possibilitar conforto e apoio emocional reduzindo a ansiedade que é um obstáculo ao aleitamento materno
- b3) Manter a parturiente hidratada e alimentada
- b4) Encorajar o contato precoce entre mãe e filho e o aleitamento materno na primeira hora de vida, dependendo das condições clínicas da parturiente e RN.
- b5) Auxiliar o binômio mãe/filho na prática do contato precoce e amamentação, restringindo intervenções desnecessárias, respeitando a individualidade e possibilitando o tempo mínimo recomendado para manutenção do contato (30 minutos). A manutenção deve ser avaliada, considerando as condições específicas da mãe e RN.
- b6) Registrar de forma completa a ocorrência do contato precoce e do aleitamento materno.
- b7) Encorajar a participação do acompanhante na realização do contato precoce e amamentação, preparando-o como agente de incentivo e apoio à mulher para amamentação.

▪ **Ações de promoção e apoio ao aleitamento materno no Pós-Parto:**

- c1) Realizar avaliação da amamentação no momento da internação no alojamento conjunto, considerando dados do prontuário sobre o pré-natal e parto e a condição clínica atual apresentada quanto as necessidades biopsicossociais e culturais maternas.
- c2) Avaliar as alterações fisiológicas do processo de lactação detectando possíveis desvios do normal, condições anatômicas e funcionais mamárias, condições da criança no desenvolvimento da sucção e pega correta e resposta de saciedade.
- c3) Possibilitar ambiente favorável à amamentação no alojamento conjunto, de modo que mãe e filho permaneçam juntos durante a internação, salvo casos específicos.
- c4) No caso de breve separação que seja por um período máximo de 30 minutos.
- c5) Encorajar a amamentação sobre livre demanda, salvo em casos especiais devidamente justificados. Nestes casos deve-se ter estabelecido os horários de amamentação.

c6) Respeitar o momento da amamentação, adequando os horários dos cuidados como exames físicos, exames laboratoriais e outros, de modo a não interferir no processo.

c7) Orientar os principais aspectos técnicos da amamentação

- Higiene das mãos antes de amamentar;
- Posicionamento da mãe e do bebê
- Testar a flexibilidade e protrusão dos mamilos;
- Promover o amaciamento da região areolar, pois a estase láctea na região da ampola provoca distensão da área dificultando a sucção da criança, favorecendo o trauma mamilar;
- Estimular a criança com o toque do mamilo no lábio da mesma de modo que abra a boca e realize a preensão correta da região mamilo-areolar, realizando movimento de sucção
- Fazer prega: apreender a região mamilo-areolar com a ponta dos dedos;
- Duração e frequência das mamadas depende do ritmo da criança e saída de leite pelos ductos, o recomendado é alimentação sob Livre Demanda, ou seja, sem horários fixos (amamentar quanto e quando a criança quiser). É importante que a criança esvazie completamente a primeira mama para então oferecer a segunda e alternar a ordem de oferta na mamada seguinte. Isto garante que a criança receba o leite do final da mamada, que tem maior teor de gordura e que cada mama seja estimulada para produzir leite, evitando estase láctea (ingurgitamento mamário)
- Caso requeira interromper a mamada, introduzir o dedo mínimo na comissura labial da criança para que ela solte o mamilo sem tracionar.
- Observar os sinais de apojadura (mamas pesadas, sensíveis, hipertermia, túrgidas e saída de colostro com estrias esbranquiçadas)
- Medidas para evitar o ingurgitamento mamário na presença de pontos de dor a palpção das mamas, indicativo de estase láctea;
- Realizar ordenha mamária para retirar o leite excedente e orientar quanto armazenamento do leite.

c8) Realizar no mínimo uma avaliação sistemática da mamada em 24 horas ampliando a frequência de avaliação a depender do caso. Em condições em que o diagnóstico é de amamentação ineficaz (suprimento inadequado de leite, real ou percebido, incapacidade do bebê de manter a pega e sucção, esvaziamento insuficiente das mamas, sinais observáveis de ingestão inadequada da criança, trauma/dor persistente

no mamilo, mamilo mal formado e subdesenvolvido, entre outros). Importante planejar e implementar o cuidado frente ao manejo clínico na amamentação durante a internação de modo a estabelecer a amamentação eficaz e ações de manutenção após alta hospitalar, atendendo a especificidade de cada caso.

c9) Criar condições favoráveis (horário de visita, possibilidade de comparecimento nos cursos e consultas) ao preparo de membros da família como agente de promoção, incentivo e proteção ao aleitamento materno.

c10) Agendar, no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater, de consulta de retorno nos primeiros 15 dias do pós-parto realizada pela Equipe de Enfermagem e Equipe de Pediatria e consulta médica na UBS e Centro de Referência para revisão pós-parto em torno dos 40 dias. O Projeto Floresce uma Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP garante a contra-referência para os serviços da rede básica para o acompanhamento perinatal da criança. Todos estes momentos são ímpares para oferecer suporte ao aleitamento materno.

c11) Orientar a paciente quanto aos direitos de proteção à maternidade. Os principais direitos garantidos à mãe trabalhadora pela Consolidação de Leis do Trabalho (CLT) e Constituição Federal Brasileira incluem:

- Estabilidade no emprego durante a gestação e até cinco meses após o parto;
- Licença maternidade remunerada de 120 dias (alguns de 180 dias);
- Licença paternidade de 5 dias contados a partir do nascimento do bebê
- Proteção do Aleitamento Materno: nos 6 primeiros meses de vida do bebê as mulheres que estão amamentando têm direito a dois (2) descansos de meia hora cada, durante a jornada de trabalho, podendo este prazo ser prorrogado a critério médico.
- Direito a creche no local de trabalho em empresas com mais de 30 trabalhadoras com mais de 16 anos, ou manter convênio com uma creche próxima ou reembolso a trabalhadora que deixar o filho em creche particular.

▪ **Ações de promoção e apoio ao aleitamento materno na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI):**

d1) Todo RN impossibilitado de ir para o alojamento conjunto será internado na UCI e as orientações para apoiar e estimular a amamentação estão descritas a seguir:

d2) Orientar mãe/família sobre as condições de saúde da criança;

d3) Estimular o acesso livre e precoce da mãe à UCI, propiciando o contato tátil com a criança sempre que possível;

d4) Iniciar as medidas para o estímulo à amamentação, cuidados com as mamas, a ordenha manual, armazenamento e administração do leite natural ordenhado (LNO) e o estímulo a sucção

▪ **Ações de promoção e apoio ao aleitamento materno durante consulta de puerpério:**

e1) Promover vínculo de confiança com a mulher e familiares permitindo adequada avaliação das condições de amamentação e do binômio mãe e filho.

e2) Investigar como a amamentação vem sendo conduzida, o desejo de amamentar e as vivências apresentadas até o momento.

### 5.8- Anticoncepção na alta hospitalar

Orienta-se abstinência sexual de 30 a 40 dias após o parto, ocasião em que a paciente deve realizar a consulta de puerpério. Muitas vezes, o casal não segue à orientação quanto a abstinência sexual ou a paciente tem sua consulta de puerpério postergada, aumentando o risco para uma gestação não programada. Este risco é mais elevado se a paciente não amamenta, pois em 30 a 45 dias poderá ocorrer ovulação e conseqüentemente nova gravidez. Visando evitar uma gravidez indesejada e com intervalo curto em relação à atual, são oferecidas orientações contraceptivas para a paciente que deu a luz no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater previamente à alta hospitalar.

O intervalo curto (menor que 18 meses) entre gestações é um dos fatores mais importantes no aumento da morbi-mortalidade neonatal e infantil. As crianças concebidas com intervalo intergestacional menor que 18 meses têm maior risco de:

- Baixo peso ao nascer
- Prematuridade
- Paralisia cerebral
- Subnutrição
- Desordens menstruais (nas crianças do sexo feminino)

A avaliação de crianças concebidas entre 18 e 24 meses após uma gestação prévia demonstrou menor risco de efeitos adversos pré e perinatais. Além do prejuízo fetal-neonatal, curtos intervalos gestacionais também causam aumento da morbi-mortalidade materna. Mulheres, com intervalo intergestacional menor que seis meses quando comparadas àquelas que concebem entre 18 e 23 meses da gestação prévia, têm maior risco de:

- Morte materna,
- Sangramento vaginal de terceiro trimestre,
- Ruptura prematura das membranas,
- Endometrite puerperal,
- Anemia

A contracepção no puerpério é a principal ação para aumento dos intervalos intergestacionais com objetivo de reduzir morbi-mortalidade infantil e materna; além de representar uma janela de oportunidade para adequado planejamento familiar de

uma população, pois a paciente encontra-se inserida em unidade de saúde e motivada a evitar uma nova gravidez em futuro próximo. Para as pacientes de risco para curtos intervalos intergestacionais (seja por baixa aderência ou por difícil acesso ao serviço de saúde) a contracepção precoce, intra-hospitalar, é uma medida interessante, de preferência através de métodos de longa duração, que não interfiram na lactação (a amamentação exclusiva até o sexto mês após o parto deve ser sempre estimulada), que independa de seguimento médico ou da aderência da paciente ao método.

### **MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS (MAC) DISPONÍVEIS:**

1. **Aleitamento materno exclusivo (LAM):** quanto utilizado de forma correta é um método eficaz (98%). A paciente deve ser bem esclarecida para evitar gravidez por uso inadequado do método. Para garantir a eficácia é fundamental:

- RN deve ter menos de 6 meses de idade,
- Estar em AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA (inclusive com mamadas noturnas)
- Estar em amenorréia.

A quebra de uma dessas condições reduz muito a eficácia do método e na prática não é bem aceito por médicos e pacientes.

2. **DIU (Dispositivo intra-uterino):** após o retorno de 40 dias e avaliação pelo ginecologista da Unidade, a paciente agendará a inserção do dispositivo. O dispositivo é inserido na cavidade uterina e apesar da elevada eficácia (99%) é pouco utilizado. A equipe do Centro de Referência realiza uma orientação sobre o método antes da alta.

3. **Preservativo masculino ou feminino:** eficácia contraceptiva teórica de 97%, porém seu uso como MAC exclusivo e rotineiro apresenta eficácia de 86%, o que torna necessária à associação com outro método. Destaca-se a importância de seu uso para prevenir DST.

4. **Contraceptivo de progestagênio isolado:** No contexto de não prejudicar a lactação e nem elevar o risco de trombose venosa, que é alto durante o puerpério, destacam-se os contraceptivos de progestagênios isolados (POCs) como opção de contracepção precoce. A OMS, 2004 recomenda iniciar o uso dos POCs seis semanas após o parto em mulheres que estão amamentando (WHO, 2004), no entanto, libera seu uso no pós-parto imediato para pacientes com alta morbimortalidade por gravidez, e acesso à saúde limitado. Caso a paciente opte por

um método hormonal, ela já tem alta do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater com receita ou inserção de uma das opções a seguir:

- **Progestagênio injetável trimestral (150mg):** é um progestagênio isolado, que deve ser administrado via intramuscular profunda a cada 90 dias. Tem elevada eficácia (99,7%). Vantajoso para pacientes que não toleram a via oral ou que esquecem a ingestão diária da medicação. Orientar que são freqüentes as irregularidades menstruais e que a amenorréia é observada em 55% das usuárias. É prescrito acetato de medroxiprogesterona (AMP) IM 150mg de 3 em 3 meses, iniciando 30 dias após o parto. Seu uso no puerpério imediato já foi avaliado e não se encontrou influência negativa no desenvolvimento infantil ou na duração e qualidade da lactação.
- **Minipílula:** São bastante eficazes se associadas à amamentação (99%). O principal mecanismo de proteção da gravidez não é a anovulação e sim os efeitos locais do progestagênio (no endométrio, muco e trompa). Deve ser substituída com o fim da amamentação. As principais minipílulas estão citadas a seguir:
  - Norestisterona, 0,35 mg, 1 comprimido ao dia, sem intervalo entre as cartelas, iniciando 30 dias após o parto.
  - Levonorgestrel (0,03 mg/dia)
  - Linestrenol (0,5 mg/dia)
- Outras opções de progestagênios isolados:
  - Pílula contínua de desogestrel: Tem alta eficácia (99%) e diferentemente das minipílulas, impede a gravidez por inibir a ovulação além de manter os efeitos contraceptivos locais dos progestagênios. Podem ser iniciados 30 dias pós-parto, 1 comprimido ao dia, sem intervalo entre as cartelas e pode ser mantida após a suspensão da amamentação.
  - Implante subdérmico de etonogestrel: O implante liberador de etonogestrel (Implanon®) é outro anticoncepcional de progestagênio isolado, em forma de bastão, mede 4 cm e libera progestagênio (etonogestrel) durante 3 anos, sendo, desta forma, considerado um anticoncepcional de longa duração. Tem elevada eficácia (99,7%), semelhante à da laqueadura (Índice de Pearl: 0,38 = risco de 3,8 gestações em 1000 mulheres por ano de uso da medicação). É inserido no subcutâneo, com anestésico local, por profissional treinado. Vantajoso para pacientes que não toleram a via oral ou que esquecem a

ingestão diária da medicação. Pode ser inserido no retorno de 40 dias pós-parto visto que a segurança no puerpério e para o neonato já foi avaliada e não se observou alterações no desenvolvimento físico ou psicomotor infantil, nem na composição ou quantidade leite materno

- DIU medicado com levonorgestrel: Apresenta vantagem adicional ao DIU não medicado por reduzir o sangramento e dismenorréia. Interessante para pacientes que não toleram a via oral ou que esquecem a ingestão diária da medicação. Pode ser inserido no retorno de 40 dias pós-parto. Tem duração de 5 anos.

5- Contracepção cirúrgica (masculina ou feminina): Aos casais que expressarem desejo de não engravidarem novamente ou que o profissional julgar adequado indicar um método definitivo, orientar a procurar o ginecologista ou a enfermeira-chefe da UBS mais próxima da residência da paciente e solicitar planejamento familiar. Até a liberação e realização da esterilização cirúrgica é prudente orientar o uso de outro MAC.

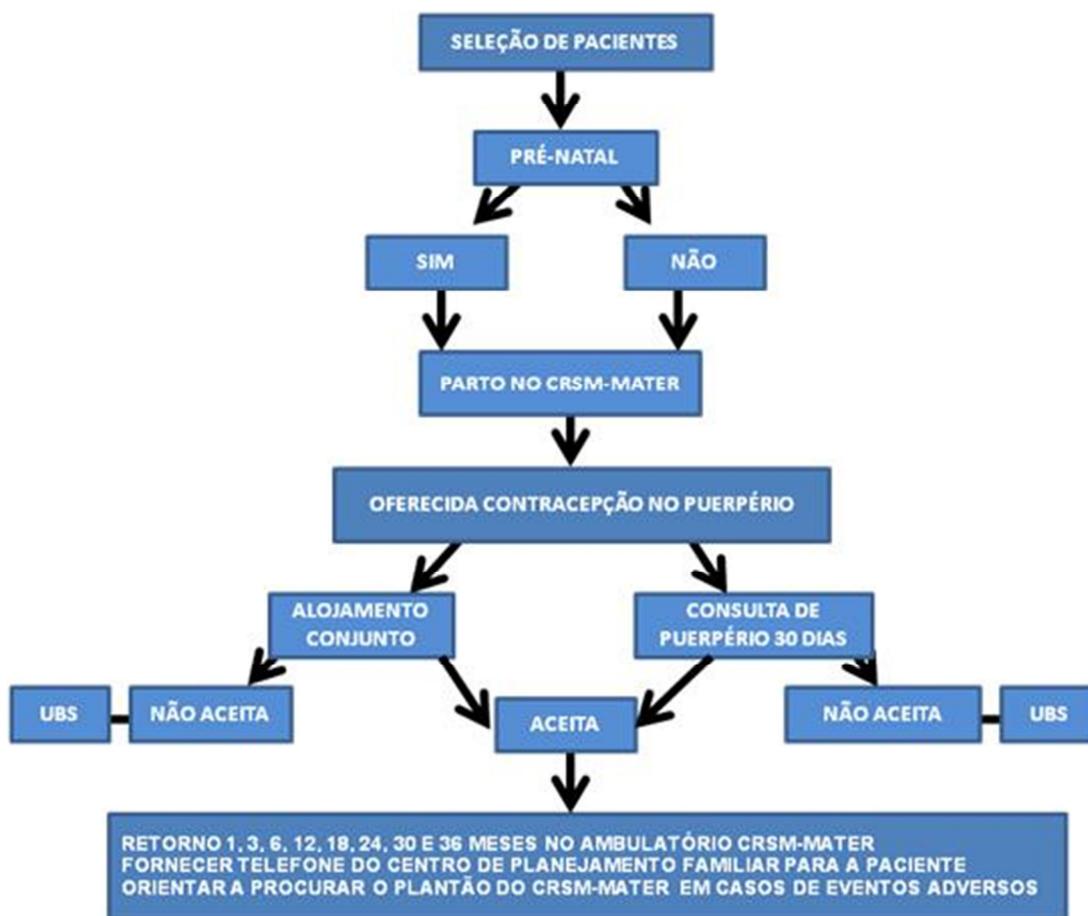
## ATENÇÃO

- ❖ Contraceptivos combinados (estrogênio + progestagênio): SÃO CONTRA-INDICADOS NO PERÍODO DE LACTAÇÃO, uma vez que reduzem a produção de leite. Na puérpera que não amamentará (adoção do RN, puérperas portadoras de infecções virais como HIV e HTLV I/II, natimorto ou óbito neonatal), esse método só deve ser prescrito após 6 semanas do parto, evitando-se o período trombogênico do puerpério.
- ❖ Se a puérpera estiver de acordo, ela receberá alta do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater com a orientação e a receita de método anticoncepcional.

As mulheres com pelo menos uma das características a seguir são consideradas de risco para apresentar intervalo intergestacional curto e poderão se beneficiar dos métodos anticoncepcionais de alto custo (implante subdérmico) e Dispositivo intra-uterino medicado com progestágeno (SIU) disponibilizados pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater no puerpério imediato:

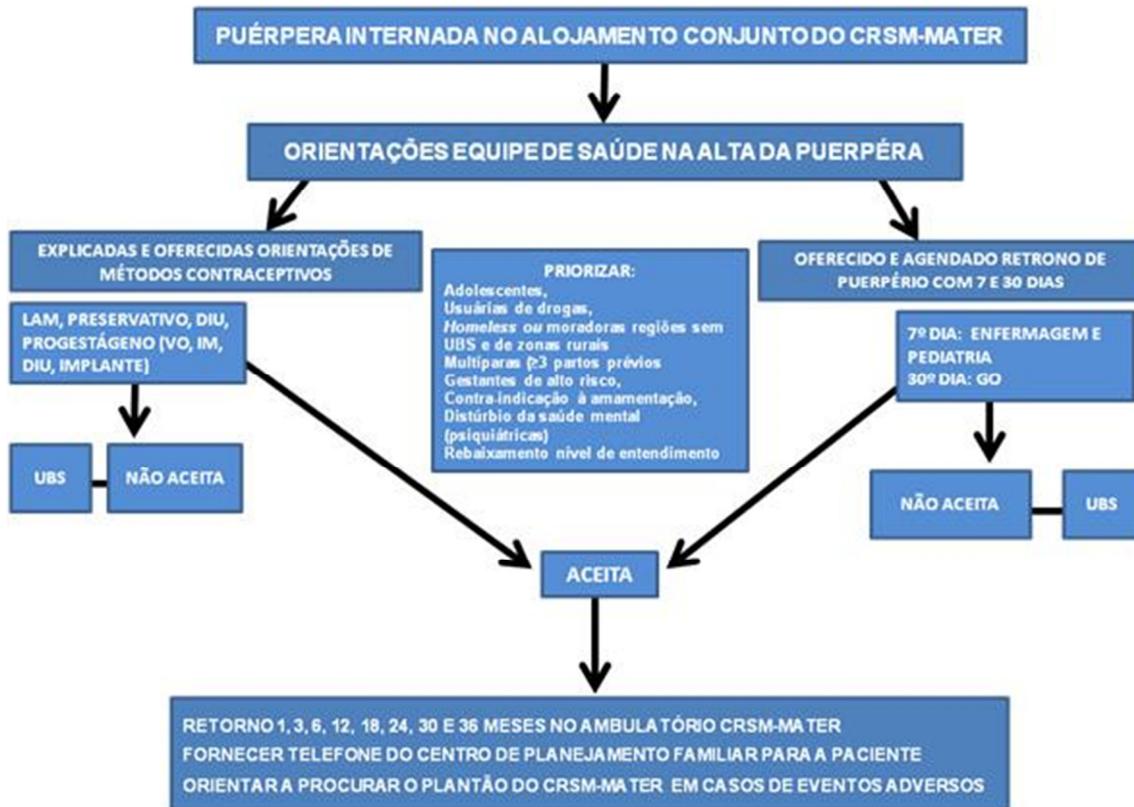
- Adolescentes precoces (idade  $\leq$  16 anos)
- Usuárias de drogas,

- Moradoras de rua (*homeless*) e de zonas rurais,
- Múltiparas ( $\geq 3$  partos prévios),
- Gestantes de alto risco,
- Pacientes com contra-indicação à amamentação,
- Puérperas com distúrbio da saúde mental (psiquiátricas)
- Rebaixamento nível de entendimento
- Moradoras de regiões em que não haja unidade básica de saúde.



**Fluxograma 10 - Oferecimento de contracepção no pós-parto imediato**

**ATENÇÃO:** As pacientes que optarem por utilizar o implante liberador de etonogestrel devem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que está no 13.4.1.



Fluxograma 11 - Oferecimento de contracepção na alta hospitalar

### 5.9- Alta Hospitalar

A alta hospitalar é prerrogativa do médico, no entanto a decisão é realizada em PARCERIA PELAS EQUIPES MÉDICAS (OBSTETRÍCIA E NEONATOLOGIA) E EQUIPE DE ENFERMAGEM. Essas equipes avaliam as condições de saúde da mãe e do RN, a habilidade e confiança da mãe para cuidar de si e do seu filho (a), o adequado suporte em casa e a facilidade para procurar ajuda qualificada em caso de necessidade.

O tempo de permanência hospitalar vem decrescendo, particularmente na obstetrícia. A alta precoce é vantajosa do ponto de vista médico, social e econômico, pois reduz o número de infecções hospitalares e satisfaz a vontade da paciente e familiar devido ao menor tempo de internação. Além destas vantagens, também reduz os custos hospitalares, entretanto podem-se enumerar algumas desvantagens:

- Prejuízo no aprendizado das pacientes sobre o aleitamento materno e cuidado com as mamas devido ao pouco tempo para orientar;
- Falha na identificação de problemas neonatais e maternos (icterícias, cardiopatias congênitas, traumas mamilares, infecções, etc).

#### Tipos de altas:

- a) Alta hospitalar
- b) Alta transferência
- c) Alta a pedido
- d) Fuga
- e) Alta licença

**a) Alta hospitalar:** é a liberação da paciente em concordância com as equipes de saúde e familiares, sem prejuízo para a mãe e RN.

**b) Alta transferência:** quando o paciente ou o RN precisam ser transferidos para outro hospital para tratamento mais específico.

#### Funções da equipe médica:

- A decisão de transferir a paciente para outro serviço, devendo este ato ser precedido de todos os cuidados necessários para preservar a saúde da paciente;
- Comunicar a equipe de enfermagem para que sejam avaliados os recursos humanos e materiais necessários para sua execução, bem como o fluxo mais rápido e adequado;

- Decidir sobre a necessidade de acompanhamento médico, ou não, no decorrer do percurso. No caso de haver apenas um plantonista e se as condições clínicas do paciente exigir o acompanhamento médico, o diretor clínico do hospital deve ser acionado para que haja um médico substituto durante o período de transferência. Nos casos mais graves, além do médico devidamente treinado para atendimento de emergência, se faz necessária a presença pelo menos mais um profissional da área de enfermagem, habilitado para auxiliar o médico;
- Fazer contato prévio com a equipe do serviço que receberá o paciente, avaliando conjuntamente a conveniência e a viabilidade da mesma e, sobretudo, inquirindo sobre a existência da vaga.
- Acionar a REGULACÃO MÉDICA. Portanto, a consulta prévia ao hospital que se deseja encaminhar o paciente é de extrema importância. A regulação médica deve ser ativada e informada que já foram realizados os contatos e que há, ou não há vagas para encaminhar o paciente.
- A equipe médica que autoriza a transferência e a equipe que acompanha a paciente durante a transferência assume a responsabilidade durante o período de transporte até a concretização da transferência para o outro hospital. Após isso, a paciente fica sob a responsabilidade do serviço que a recebeu. O médico que encaminhou a paciente deve fornecer relatório escrito e detalhado sobre a condição clínica, procedimentos realizados e resultados de exames da paciente.

**c) Alta a pedido:** ocorre quando a alta hospitalar é solicitada pelo paciente ou por seus responsáveis, cuja recusa pode resultar no cerceamento do direito de ir e vir (crime de seqüestro ou cárcere privado). Existem duas hipóteses para **alta à pedido** cuja distinção deverá ser **avaliada mediante parecer técnico**:

c.1) **Alta a pedido que NÃO envolve iminente risco à vida do paciente:** é direito da paciente obter a alta a pedido. Nem o médico e nem o hospital podem determinar que ele permaneça no hospital, cerceando seu direito de "ir e vir". Todavia, neste caso é de extrema importância que o médico e o hospital documentem a decisão do paciente que a alta se deu a pedido. Salienta-se que o referido documento somente servirá como prova se o médico cumprir o dever de informar ao paciente de maneira **ABSOLUTAMENTE CLARA** e **COMPLETA** os prós e contras da alta requerida. Assim, devidamente esclarecido e **sem iminente risco à vida**, o paciente (ou seu responsável) que mesmo assim insistir na alta a pedido desobriga o médico de dar continuidade em seu tratamento bem como de emitir receita. Nestes casos é

obrigatório que o paciente assine o **Termo de Responsabilidade ( 13.4.2)**, se possível, na presença de duas testemunhas. No termo, deverá constar que mesmo tendo solicitado e recebido a alta a pedido, ele poderá solicitar nova internação, estando o hospital disponível para atender a nova solicitação. Estas informações devem estar documentadas no prontuário médico. Ademais, o termo de responsabilidade assinado pelo paciente na alta a pedido só terá valor senão implicar em graves prejuízos à saúde e à vida do paciente. Laudo outro, ainda que existam declarações do próprio paciente quanto ao pedido de alta médica, se houver agravamento de seu estado de saúde, em decorrência da interrupção do tratamento, o médico poderá ser responsabilizado civilmente, além de responder por omissão de socorro. **A assinatura pelo paciente da alta a pedido não exonera a responsabilidade do médico se a situação dele se agravar.** Assim, se a alta a pedido puder gerar conseqüências de danos à vida e à saúde do paciente o médico deverá recusá-la, pois ele poderá ser responsabilizado civilmente, assim como o Hospital, bem como criminalmente na modalidade culposa para os crimes de homicídio e lesões corporais.

c.2) Alta à pedido que envolve risco à vida do paciente - nestes casos a equipe deve fazer o possível para que a paciente e familiares entendam a necessidade de internação ou de transferência para outro hospital. Se há risco de vida o médico **deve** se recusar a conceder a alta a pedido. Está previsto no Código de Ética Médica - artigo 56 - que o médico pode intervir contrariamente à vontade do paciente, em situações de "iminente risco à vida".

**"É vedado ao médico:**

***Art. "56 - Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida".***

Salientamos, ainda, que a alta médica é prerrogativa do médico, e, portanto, cabe a ele, e somente a ele, avaliar se existem condições para alta do paciente, ou seja, não é o chefe de serviço, o diretor clínico ou convênios que determinam a alta. Estes casos devem ser discutidos individualmente e o chefe de plantão deve acionar a diretoria clínica.

**Alta médica a pedido de RN ou adolescente:** as crianças e adolescentes têm proteção especial aos direitos fundamentais, inclusive à vida e a saúde, assegurados pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Assim, todos os profissionais da saúde, ou não, são responsáveis pela garantia à vida e à saúde da criança e do adolescente. O poder familiar (de quem tem a guarda da criança) não é absoluto, assumindo a responsabilidade do direito à vida e à saúde, também a sociedade, a comunidade e o Poder Público. Assim, no caso da alta a pedido realizada pelos pais, tutores e guardiões, na qual não existe iminente perigo de vida, a vontade dos responsáveis deverá ser analisada com extrema cautela, já que o poder familiar não garante o direito absoluto à vida da criança. Caso seja verificado risco, ainda que pequeno, o médico deve negar a alta e comunicar o Conselho Tutelar ou o Juízo da Infância e da Juventude e Promotoria da Infância e Juventude, se não existir Conselho na cidade, que tomará as medidas pertinentes. A alta a pedido de crianças e adolescentes pode ser aceita em casos especiais desde que seja para encaminhamento a outro hospital ou médico, passando formalmente a responsabilidade para outro profissional que esteja disposto a assumir, ou quando a criança ou o adolescente não estiverem em situação de qualquer perigo. Nos casos de alta a pedido de RNs e adolescentes, o “Termo de Responsabilidade” deverá ser assinado pelos responsáveis. Ressaltamos que o médico é também responsável pela vida e saúde da criança e adolescente e o interesse do menor sempre deverá sobrelevar ao daqueles que são seus responsáveis. Em caso de descumprimento do médico, que sabia existir algum perigo para a saúde do menor, poderá ensejar responsabilidade no âmbito civil, criminal e administrativo, não tendo o termo de responsabilidade condão de afastar tal implicação. Este termo está no 13.4.2.

**Alta a pedido da puérpera e do RN:** pelo exposto acima, nos casos de não haver indicação médica, mas sem que a paciente esteja em risco iminente de vida ou risco de agravamento de sua saúde pela alta médica, a alta a pedido deverá ser dada, assinando, a puérpera o termo de responsabilidade. Se não houver indicação médica, mas existir iminente risco de vida ou agravamento da saúde da paciente, o médico não deverá dar alta médica. Em relação ao recém-nascido, se o médico entender que existe perigo de vida ou agravamento à saúde do menor (ainda que mínimo), ele não deverá dar alta. Neste caso, se houver discórdia dos responsáveis, deverá o médico comunicar o Conselho Tutelar.

**d) Alta fuga:** quando a paciente deixa a Instituição sem a concordância das equipes de plantão. Em caso de fuga da paciente nos deparamos com duas situações:

- Pacientes com incapacidade de discernimento e aos adolescentes: nesses casos a responsabilidade em relação ao paciente é do estabelecimento a quem o mesmo foi confiado e pode gerar ações de indenização a não ser que seja comprovado que não houve negligência.
- Pacientes onde a capacidade de entendimento da situação está preservada: a evasão do paciente deve ser explicitada no prontuário médico e não há necessidade de realizar boletim de ocorrência. Mais importante que realizar boletim de ocorrência é a documentação do prontuário médico, isto é, a anotação preferencialmente pelo Chefe do plantão de todas as condutas da equipe.

**e) Alta licença:** a paciente é liberada para o domicílio com a orientação e o compromisso de retornar ao hospital para continuar o tratamento. Durante a ausência fica garantido o seu leito e não há prejuízo para o tratamento previsto, porém ressalta-se a responsabilidade da instituição e do médico até a alta hospitalar.

É função do médico:

- Registrar as condições gerais do paciente (mãe/RN) na folha de evolução hospitalar, assinar e carimbar;
- Assinar e carimbar o impresso “alta hospitalar”;
- Encaminhar a paciente para a consulta de puerpério em 30 a 40 dias no CRSM-Mater ou na UBS através de ficha de referência, assinar e carimbar;
- Elaborar receita com as medicações pertinentes conforme o caso, assinar e carimbar;
- Preencher DNV (declaração de nascido vivo, documento necessário para que o RN seja registrado), cartão de vacina e ficha de referência do RN se houver encaminhamento para outro serviço;
- Fornecer impresso de orientação de alta para puérperas que está no 11.3.5

## ATENÇÃO

- ❖ A equipe de obstetrícia é responsável por agendar a consulta de puerpério em 30 a 40 dias no CRSM-Mater para as pacientes adolescentes, grandes multíparas ( $\geq 3$  partos, distúrbios psiquiátricos, *homless*,  $\geq 2$  partos cesáreas, usuárias de drogas ilícitas, dificuldade de adaptação aos métodos rotineiramente prescritos)

- ❖ A equipe de obstetrícia deve informar a equipe do Projeto Floresce uma Vida presente no CRSM-Mater sobre a indicação de realizar o puerpério no CRSM-Mater.

#### É função da enfermagem:

- Orientar a paciente sobre o curso de puerpério realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater;
- Registrar as condições de alta do binômio, assinar e carimbar;
- Checar planejamento de enfermagem
- Conferir cumprimento da prescrição médica;
- Reforçar os cuidados domiciliares quanto a amamentação, cuidados com o RN, puericultura e teste do pezinho;
- Entregar para a paciente:
  - Cartão de gestante, ficha de referência e receitas;
  - Declaração de Nascido Vivo (DNV);
  - Cartão de vacina do RN;

A enfermeira ao avaliar as condições da mãe e do RN na alta, verifica a necessidade de oferecer ao binômio a “Alta Assistida”, que significa manter a assistência por profissionais de enfermagem no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater ou na UBS. Se a opção for pela UBS, deve-se fazer o encaminhamento através da ficha de referência e contato telefônico com a enfermeira do posto. Nos casos que for necessária a visita domiciliar, o agendamento desta visita e o contato com a enfermeira são realizados pela funcionária do Floresce uma Vida ou pelas enfermeiras do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater.

#### **Tipos de altas:**

- f) Alta hospitalar**
- g) Alta transferência**
- h) Alta a pedido**
- i) Alta fuga paciente**
- j) Alta fuga paciente + recém nascido**
- k) Alta fuga paciente menor de 18 anos**
- l) Alta Fuga Paciente Gestante em trabalho de parto**

m) **Alta hospitalar:** é a liberação da paciente em concordância com as equipes e familiares, sem prejuízo para a mãe e o RN.

n) **Alta transferência:** quando o paciente ou o RN precisam ser transferidos para outro hospital para tratamento mais específico.

Cabe ao médico:

- A decisão de transferência para outro serviço, devendo este ato ser precedido de todos os cuidados necessários para preservar a saúde da paciente;

- Comunicar a equipe de enfermagem para que sejam avaliados os recursos humanos e materiais necessários para sua execução, bem como a solicitação da ambulância de transferência;

- Fazer contato prévio com a equipe do serviço que receberá o paciente, avaliando conjuntamente a conveniência e a viabilidade da mesma e, sobretudo, inquirindo sobre a existência da vaga.

- Acionar a REGULAÇÃO MÉDICA. Portanto, a consulta prévia ao hospital que se deseja encaminhar o paciente é de extrema importância. A regulação médica deve ser ativada e informada que já foram realizados os contatos e que há, ou não há vagas para encaminhar o paciente.

- A equipe médica que autoriza a transferência e a equipe que acompanha a paciente durante a transferência assume a responsabilidade durante o período de transporte até a concretização da transferência para o outro hospital. Após isso, a paciente fica sob a responsabilidade do serviço que a recebeu. O médico que encaminhou a paciente deve fornecer relatório escrito e detalhado sobre a condição clínica, procedimentos realizados e resultados de exames da paciente.

• **Alta a pedido:** quando solicitada pela paciente ou por seus responsáveis.

O médico responsável e o hospital não podem ferir o princípio da autonomia da paciente cerceando o seu direito de “ir e vir”. Duas situações devem ser descritas:

**1ª) Quando não há risco de vida:** a instituição hospitalar e o médico devem documentar a decisão da paciente para que não sejam responsabilizados, caso de se agravem as condições de saúde da paciente. A solicitação de alta deverá ser registrada e assinada pela paciente e/ou responsável no “TERMO DE RESPONSABILIDADE”. Nos casos de alta a pedido de RNs e adolescentes, o “Termo de Responsabilidade” deverá ser assinado pelos responsáveis. A aceitação ou não do pedido de alta pelo médico, também fica condicionada à gravidade ou à iminência do perigo à vida do paciente. Diante do impasse da solicitação de alta pelos responsáveis e a recusa do profissional em aceitá-la, com base no atual Estatuto da Criança e do Adolescente orienta-se acionar a Vara da Infância e da Juventude para ajudar na resolução do conflito. Quando o paciente devidamente esclarecido e sem iminente risco à vida assume o não cumprimento da determinação médica de permanecer internado, desobriga o profissional de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita. Estas informações devem estar documentadas no prontuário médico. Mesmo tendo solicitado e recebido a alta a pedido, o paciente ou seus familiares poderão solicitar nova internação, e o hospital deve atender a esta solicitação.

**2ª) Quando há risco de vida:** nestes casos a equipe deve fazer o possível para que a paciente e familiares entendam a necessidade de internação e no CRSMRP- Mater. Se a transferência necessitar ser realizada para outro hospital, o médico responsável pelo plantão deverá tomar as condutas de alta transferência para os serviços de referência. Esta situação deve ser discutida individualmente e o chefe de plantão deve acionar a diretoria clínica.

- **Alta fuga paciente:** quando a paciente deixa a Instituição sem a concordância das equipes de plantão. A equipe assistencial relata detalhadamente o fato no prontuário médico, não precisa fazer Boletim Policial (BO).

- **Alta fuga paciente + recém nascido:** Equipe assistencial relata detalhadamente o fato no prontuário médico, precisa fazer Boletim Policial (BO – Boletim de ocorrência de autoria conhecida para resguardo da instituição de Saúde), local 5º Distrito Policial (Rua Javari, 4278 – Bairro Geraldo de Carvalho – Fone 3622-0074) e notificar o Conselho Tutelar ( de segunda a sexta comunicar as assistentes sociais do CRSMRP- MATER, nos finais de semana e feriados a enfermeira do plantão solicita ligação no PABX e comunica o Conselho Tutelar).

- **Alta fuga paciente menor de 18 anos:** a equipe assistencial relata detalhadamente o fato no prontuário médico, precisa fazer Boletim Policial (BO – Boletim de ocorrência de autoria conhecida para resguardo da instituição de Saúde) local 5º Distrito Policial (Rua Javari, 4278 – Bairro Geraldo de Carvalho – Fone 3622-0074) e notificar o Conselho Tutelar ( de segunda a sexta comunicar as assistentes sociais do CRSMRP- MATER, nos finais de semana e feriados a enfermeira do plantão solicita ligação no PABX e comunica o Conselho Tutelar).

- **Alta Fuga Paciente Gestante em trabalho de parto** - Equipe assistencial relata detalhadamente o fato no prontuário médico, precisa fazer Boletim Policial (BO – Boletim de ocorrência de autoria conhecida para resguardo da instituição de Saúde) local 5º Distrito Policial (Rua Javari, 4278 – Bairro Geraldo de Carvalho – Fone 3622-0074) e notificar o Conselho Tutelar.

### **OBSERVAÇÃO**

Os casos que necessitarem da confecção do Boletim de Ocorrência Policial, imediatamente após a constatação da fuga:

- o médico responsável pelo plantão deverá comunicar o diretor clínico;
- a enfermeira supervisora do plantão deverá comunicar a gerência de enfermagem.

- o Boletim de Ocorrência Policial será feito pela administração do CRSMRP-MATER.

É função da auxiliar administrativa:

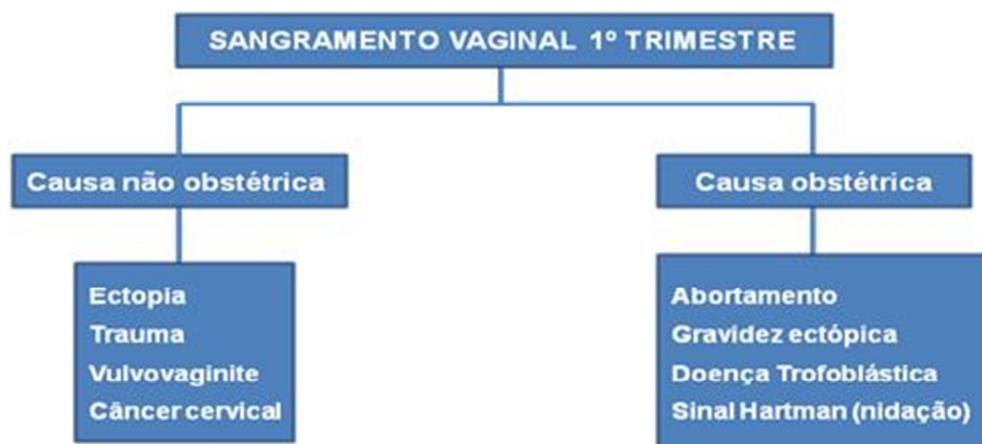
- Checar todos os documentos do prontuário, se os mesmos encontram-se identificados corretamente, preenchidos e com a assinatura do médico/CRM e assinatura da enfermeira/Coren;
- Fechar os prontuários;
- Registrar o prontuário no livro de alta hospitalar;
- Encaminhar os documentos de alta para a recepção
- Agendar data e horário para o retorno de puerpério;
- Oferecer a folha de avaliação do SAC (avaliação da satisfação do cliente)

É função da recepção:

- Solicitar da paciente e seu acompanhante a assinatura no impresso de alta hospitalar do RN
- Oferecer a folha de avaliação do SAC (avaliação da satisfação do cliente)

## 6. INTERCORRÊNCIAS DA GESTAÇÃO

**6.1- Sangramento de 1º trimestre:** ao realizar o atendimento de gestante na 1ª metade da gestação com sangramento via vaginal, o médico deve estar atento às diferentes hipóteses diagnósticas que cursam com esta queixa conforme exposto no fluxograma 12.



**Fluxograma 12 - Causas sangramento 1º trimestre gestacional**

### **Abortamento:**

**Parâmetros laboratoriais do 1º trimestre de gestação:** os níveis quantitativos de  $\beta$ HCG estão relacionados à idade gestacional e aos achados ultrassonográficos específicos do início da gravidez. Pelo menos duas dosagens de  $\beta$ HCG, realizadas com intervalo de dois a três dias podem determinar se a gestação está progredindo normalmente. A quantidade de  $\beta$ HCG deve dobrar a cada dois ou três dias entre a 4ª e a 8ª semana se a gestação está progredindo normalmente. A redução ou estabilização dos níveis deste hormônio predizem mal resultado, mas não distinguem entre aborto ou gravidez ectópica.

No quadro 19 pode se observar a correlação entre os níveis de  $\beta$ HCG, idade gestacional e marcadores ultrassonográficos.

IG pela DUM	Marcadores ao US PÉLVICO	Marcadores ao US TV	βHCG sérico
< 5 semanas	Nenhum	Possível saco gestacional	1800mUI/ml
5 a 6 semanas	Saco gestacional	Saco gestacional e vesícula vitelina	1800 a 3500mUI/ml
≥ 7 semanas	Embrião de 5 a 10mm	Embrião de 5 a 10mm com BCF	> 20000mUI/ml

**Quadro 18 - Correlação entre IG, níveis de β HCG e marcadores ultrassonográficos.**

▪ **Causas Obstétricas de sangramento vaginal no 1º trimestre**

**a1) Abortamento:** aproximadamente 15 a 20% das gestações diagnosticadas são abortadas e 80% destas perdas ocorrem no 1º trimestre a perda gestacional, caracterizando o aborto como a complicação obstétrica mais comum. Consiste na morte ou expulsão ovular ocorrida antes da 22ª semana ou quando o conceito pesa menos de 500g. Pode ser classificado em:

- Precoce quando ocorre até a 13ª semana
- Tardio quando ocorre entre a 13ª e 22ª semana

O diagnóstico é clínico e ultrassonográfico. O atraso menstrual, a perda sanguínea vaginal e a presença de cólicas no hipogástrio costumam serem as principais queixas clínicas. O exame genital é de grande importância e o exame especular permite a visualização do colo uterino, constatando-se a origem intra-uterina do sangramento. Eventualmente detectam-se fragmentos placentários no canal cervical e na vagina. O toque vaginal avalia a permeabilidade do colo. A ultrassonografia permite o diagnóstico de certeza entre um aborto evitável (presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo) e um aborto incompleto (presença de restos ovulares) ou aborto retido (presença de conceito morto ou ausência de saco embrionário)

**Formas clínicas:**

Ameaça de aborto ou abortamento evitável: presença de sangramento discreto ou moderado via vaginal sem que ocorra dilatação cervical e repercussão hemodinâmica. Geralmente a sintomatologia é discreta ou ausente (dor do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio). O exame especular identifica sangramento em pequena quantidade proveniente do canal cervical ou apenas coletado no fundo de saco

vaginal. Ao toque vaginal o colo uterino está fechado, o corpo uterino é compatível com a idade gestacional e os s e fundos de saco estão livres. A ultrassonografia PODE SER REALIZADA NA ROTINA (com agendamento prévio). No Centro de Referência-Mater, caso o profissional no plantão julgue necessário, poderá ser realizado ultrassom na urgência com equipamento disponível no pré-parto.

A conduta na hipótese de ameaça de aborto é:

- Repouso relativo no domicílio: diminui a ansiedade, favorece relaxamento e reduz estímulo contrátil uterino
- Abstinência sexual
- Antiespasmódicos: hioscina 1 comprimido via oral de 12 em 12 horas se cólicas

### ATENÇÃO

- ❖ A ameaça de aborto ou aborto evitável poderá evoluir para aborto ou gestação de evolução normal
- ❖ Pacientes com sangramento de 1º trimestre tem maior risco de complicações no decorrer da gestação do que aquelas que não apresentam sangramento

As demais formas clínicas e as condutas para cada uma delas estão expostas no quadro 25.

Forma clínica	Hemorragia	Cólicas	Útero	Colo	US	Conduta
Ameaça aborto	Discreta	fracas	Volume esperado	fechado	variável	Expectante
Aborto inevitável	Moderada	fortes	Volume esperado	dilatado	SG alterado	Interna e AMIU
Incompleto	Abundante com restos	Moderadas a fortes	Volume menor esperado	pérvio	Conteúdo	Interna e AMIU
Completo	Ausente mínima	ausentes	Volume menor esperado	fechado	Sem conteúdo intra-cavitário	Observação
Infectado	Pequena, com resto e odor	Fortes com febre	Amolecido e doloroso	pérvio	variável	Interna, antibiótico EV e esvaziamento uterino
Aborto retido	Ausente	Ausente	Volume menor esperado	fechado	CCN $\geq$ 5mm sem BCF ou sem embrião mas com anexos	Expectante ou interna e AMIU

### Quadro 19 - Diagnóstico diferencial e conduta para os diferentes tipos de aborto

**a2) Gravidez ectópica:** consiste na nidação do ovo fora da cavidade uterina, sendo a localização mais frequente na tuba uterina. Está associada a morbimortalidade materna que é reduzida pelo diagnóstico precoce.

### a2.1) Gravidez ectópica íntegra

#### -Quadro clínico:

- Bom estado geral,
- Estado hemodinâmico sem anormalidades,
- Atraso menstrual
- Teste de gravidez positivo
- Sangramento menstrual
- Dor no baixo ventre

#### -Exame físico:

- Normotensa, corada, hidratada, dor variável em baixo ventre à palpação profunda
- Exame especular: sangue no fundo de saco vaginal
- Toque: colo amolecido, OE fechado, pode-se palpar aumento ou massa em região anexial

### a.2.2) Gravidez ectópica rota

#### -Quadro clínico:

- Regular a mau estado geral,
- Estado hemodinâmico pode estar comprometido em grau variável
- Atraso menstrual
- Teste de gravidez positivo
- Sangramento menstrual
- Dor forte no baixo ventre
- Pode referir dor escapular

#### -Exame físico

- Hipotensão, descorada, sinais de irritação peritoneal à palpação profunda
- Exame especular: sangue no fundo de saco vaginal
- Toque: colo amolecido, OE fechado, pode-se palpar aumento ou massa em região anexial

**ATENÇÃO:** Realizada a hipótese diagnóstica de gravidez ectópica e a paciente apresentar condições clínicas de transferência, a equipe deverá encaminhar a mesma para a Unidade de Referência terciária.

### **a3) Doença trofoblástica gestacional (DTG)**

-Quadro clínico: Sangramento vaginal intermitente, indolor, em pequena quantidade que pode ser acompanhado da eliminação de vesículas. A visualização destas estruturas fecha o diagnóstico de DTG e o profissional deve encaminhar este material para exame anátomo-patológico

-Exame físico: Com a realização mais precoce da ultrassografia na gravidez, o quadro clássico de DTG não tem sido frequente: altura uterina maior que a esperada para idade gestacional, a cada episódio de sangramento a paciente refere diminuição do volume uterino com retorno ao crescimento posteriormente (útero em sanfona), hiperêmese gravídica e sinais de pré-eclâmpsia antes da 20ª semana. O mais frequente é o achado ultrassonográfico sugestivo de degeneração molar em gestante com sangramento no 1º trimestre.

-βHCG: níveis muito elevados

-Ultrassom: evidencia ausência de feto na maioria dos casos e múltiplos espaços vesiculares dentro do útero.

**ATENÇÃO:** Realizada a hipótese diagnóstica de doença trofoblástica gestacional a paciente deve ser encaminhada para a Unidade de Emergência do HCFMRP-USP.

A seguir destacam-se os principais cenários que podem ocorrer na sala de admissão do CRSM-Mater (urgência):

**CENÁRIO 1:** Gestante de 1º trimestre apresentando sangramento via vaginal

C1a) Hemodinamicamente estável, útero não palpável, BCF não audível, colo fechado, HD: Ameaça de aborto, Doença trofoblástica gestacional, Gravidez ectópica, Sangramento da nidação (Sinal de Hartman)

CD: Realizar ou repetir BHCG quantitativo

a1) Se BHCG positivo:

- Solicitar e colher Tipo sanguíneo e fator Rh e Hemograma
- Solicitar ultrassonografia na vaga (recepção marca na agenda do ambulatório)
- Agendar retorno no ambulatório do CRSM-Mater

Resultado da ultrassonografia:

- Gestação tópica: encaminhar a UBS

- Gestação ectópica ou doença trofoblástica gestacional: encaminhar para Unidade de Emergência
- Útero vazio sem massa anexial
  - repetir BHCG em 2 a 4 dias
  - se os níveis duplicarem ou triplicarem é indicativo de gestação em evolução possivelmente tópica devendo ser repetido o USTV em uma semana (no ambulatório)
  - Se os níveis de BHCG mantiverem ou diminuírem deve-se pensar em aborto ou gravidez ectópica
- Útero vazio com massa anexial: encaminhar para Unidade de Emergência

a2) Se BHCG negativo: encaminhar a UBS

**ATENÇÃO:** se gestante for Rh negativa e apresentar sangramento vaginal, a Imunoglobulina anti-D deverá ser prescrita e aplicada.

b1) Hemodinamicamente estável, útero aumentado, BCF não audível, colo aberto,

HD: Abortamento inevitável

CD: Internação para AMIU

Solicitar e colher Tipo sanguíneo e fator Rh, Hemograma. A critério clínico, o teste do tubo amarelo para avaliar coagulação pode ser realizado

c1) Hemodinamicamente instável, útero não palpável, BCF não audível, colo aberto, sem massa anexial palpável

HD: Abortamento inevitável + choque hemorrágico

CD: Internação para **AMIU**

Solicitar e colher Tipo sanguíneo e fator Rh, Hemograma e coagulograma

Reservar hemoderivados Hemocentro

d1) Hemodinamicamente instável, útero não palpável, BCF não audível, colo fechado, sem massa anexial palpável

HD: gravidez ectópica rota + choque hemorrágico

CD: Internação laparotomia

Solicitar e colher Tipo sanguíneo e fator Rh, Hemograma e coagulograma

Reservar hemoderivados Hemocentro

**CENÁRIO 2:** Gestante encaminhada com ultrassonografia evidenciando gestação tópica de no máximo 13 semanas, óbito embrionário/fetal ou ovo anembrionado (saco gestacional > 21mm) colo fechado, hemodinamicamente estável

HD: Abortamento inevitável: óbito embrionário

CD: Discutir com a paciente a conduta intervencionista (internação e AMIU) ou conduta expectante (retorno semanal com exames no ambulatório até completar 4semanas de seguimento ou até paciente apresentar sangramento)

Solicitar e colher Tipo sanguíneo e fator Rh, Hemograma e coagulograma

**ATENÇÃO:** Nos casos de conduta expectante para óbito embrionário ou fetal, a paciente deverá ter seus 1º resultados de exames (TS+coagulograma+HMG) checados no momento da avaliação na urgência. Após poderá ser seguida no ambulatório.

### **Aspiração manual intra-uterina (AMIU)**

Em quase todos os casos, a aspiração manual intra-uterina (AMIU), sob anestesia, é o tratamento mais apropriado para as complicações pós-aborto. Embora a técnica mais utilizada ainda seja a curetagem uterina, também conhecida como dilatação e curetagem (D&C) considera-se fundamental que seja substituída pela AMIU para tratar as complicações de gestações até a 13ª semana. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a AMIU como o método mais adequado para tratar o aborto incompleto no 1º trimestre, considerando esta técnica eficaz como tratamento para o aborto incompleto. As taxas de eficácia (definida como a evacuação completa do útero) variam entre 95% e 100% e, geralmente, excederam 98%. Embora a aspiração elétrica manual intra-uterina também seja apropriada para a atenção pós-aborto, sua disponibilidade é limitada.

Especificamente, comparado com a curetagem uterina, a AMIU oferece as seguintes vantagens:

- Aumenta o acesso da mulher à atenção pós-aborto,
- Reduz o tempo de espera,
- Reduz o risco de complicações durante o tratamento,
- Reduz o custo da atenção pós-aborto,
- Facilita os vínculos entre a atenção pós-aborto de emergência e os serviços de planejamento familiar.

**Implementação da AMIU:** para que este método seja utilizado nos serviços de saúde é necessário:

- **Capacitar os profissionais de saúde.**
- **Organizar o fluxo para manejo administrativo das pacientes.** sendo que as complicações do aborto podem ser simples ou questão de vida ou morte, um sistema de triagem ou de avaliação ajuda a administrar o fluxo de pacientes de forma que cada uma receba atenção adequada oportunamente.
- **Compra e abastecimento do equipamento.** apesar de que a AMIU não requer muito equipamento especializado nem muitos medicamentos, os profissionais de saúde devem implementar um sistema que assegure o constante reabastecimento de instrumental de AMIU e materiais farmacêuticos (antibióticos, anestésicos e medicamentos para o manejo da dor). Para implementar a AMIU, também é necessário coordenar com os outros departamentos do hospital, tais como a sala de internação, a farmácia, o registro médico, o laboratório clínico, o setor de equipamentos e abastecimento, assim como os departamentos cirúrgicos, obstétricos e ginecológicos, para que cada um compreenda sua função nas novas práticas de tratamento.

#### **Técnica da AMIU:**

##### **Passo Um: Preparação dos Instrumentos**

- Colocar o êmbolo totalmente dentro do cilindro.
- Colocar o anel de segurança no lugar, com as travas nos orifícios do cilindro.
- Pressionar os botões da válvula para baixo e para frente até que se prendam (1).
- Puxar o êmbolo para trás até que seus braços se abram e se prendam na base do cilindro (2).

##### **Passo dois: Preparação da Paciente**

- Pedir à paciente que esvazie sua bexiga.
- Fazer um exame bimanual para confirmar o tamanho e a posição do útero.
- Inserir o espéculo e realizar um exame para confirmar os dados obtidos na avaliação clínica.

##### **Passo três: Realização da Preparação Antisséptica do Colo Uterino**

- Seguir a técnica do não-tocar: nenhuma parte do instrumento a ser introduzida dentro do útero poderá entrar em contato com superfícies contaminadas antes de sua inserção através do colo uterino.
- Usar uma esponja embebida em antisséptico para limpar o orifício cervical.

- Começar no orifício cervical e trazer a esponja na direção da vagina, fazendo movimentos em espiral, sem repassar em áreas já limpas.
- Continuar até que o orifício tenha sido completamente coberto por antisséptico.

#### **Passo quatro: Dilatação do Colo Uterino**

- Se o colo não estiver suficientemente dilatado, usar dilatadores mecânicos ou cânulas progressivamente maiores para produzir a dilatação necessária.
- Dilatar o colo uterino o suficiente para permitir que uma cânula do tamanho aproximado do útero se encaixe perfeitamente no orifício cervical.

#### **Passo cinco: Inserção da Cânula**

- Exercendo tração sobre o Pozzi, inserir a cânula delicadamente através do colo do útero, pelo orifício cervical interno na cavidade uterina até que a cânula encoste no fundo do útero, quando então deve ser levemente puxada de volta, um pouco para trás.
- Não inserir a cânula com força.

#### **Passo seis: Sucção do Conteúdo Uterino**

- Conectar a cânula ao aspirador previamente montado.
- Liberar o vácuo do aspirador pressionando os botões.
- Esvaziar o conteúdo do útero girando a cânula devagar e suavemente 180 graus em cada direção, e fazendo movimentos para dentro e para fora.
- Ao terminar a aspiração, liberar os botões, desconectar ou retirar a cânula.

**ATENÇÃO:** Indícios de que o útero está vazio:

- ❖ Espuma vermelha ou rosa, sem tecido, passando através da cânula
- ❖ Sensação granulosa quando a cânula passa sobre a superfície do útero já esvaziado
- ❖ O útero se contrai em torno da cânula
- ❖ A paciente se queixa de cólicas ou dor, indicando que o útero está se contraindo

#### **Passo sete: Inspeção do Tecido**

- Esvaziar o conteúdo do aspirador em um recipiente.
- Examinar o tecido verificando a presença e quantidade de restos ovulares, procurando perceber se o esvaziamento foi completo e se há indícios de gravidez molar.
- Se o exame do tecido não for conclusivo, colocar o material em um recipiente transparente com água ou vinagre e observá-lo sobre uma fonte de luz.

**Passo oito: Realização de Outros Procedimentos Concorrentes**

- Após o término do esvaziamento intra-uterino, prosseguir com a contracepção ou outros procedimentos que precisem ser realizados, como inserção de DIU ou reparo de laceração cervical.

**Passo nove: Processamento dos Instrumentos**

- Após o término do procedimento, processar ou descartar imediatamente todos os instrumentos, incluindo o aspirador e as cânulas, de acordo com os protocolos locais.

## 6.2- Crise Hipertensiva e Eclâmpsia

Dentre as principais causas de morte materna no Brasil, a Hipertensão Arterial figura em primeiro lugar. De acordo com National High Blood Pressure Education Program (NHBPEP) em 2002, as síndromes hipertensivas são classificadas em:

### A) Hipertensão Arterial Crônica

### B) Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia

### C) Hipertensão Arterial Crônica com Pré-eclâmpsia Sobreposta

### D) Hipertensão Gestacional

#### a) HIPERTENSÃO arterial crônica

- Presença de HA de qualquer etiologia antes da 20ª semana de gestação
- Hipertrofia cardíaca
- Ausência de proteinúria
- Fundo de olho com alterações típicas de hipertensão
- Uréia > 25 mg%; Creatinina > 1mg%

#### b) Pré-eclâmpsia/eclampsia

- Pressão Arterial acima de 140/90 mmHg, aferida em repouso, em pelo menos duas tomadas com intervalo > que 4 horas. Nas pacientes obesas deve-se usar manguito específico
- Proteinúria maior que 300mg em 24 horas. Aceita-se 300 mg/l em amostra isolada na ausência de infecção urinária ou uma cruz (+) em urina tipo I.

#### c) Hipertensão Arterial Crônica com Pré-eclâmpsia Sobreposta

- Agrava a hipertensão pré-existente
  - Sistólica
  - Diastólica
- Desenvolve proteinúria
  - > 300mg/l em amostra urinária simples
  - > 300 mg em urina de 24 horas
- Edema similar ao da DHEG

#### d) Hipertensão Gestacional

- Elevação da pressão arterial no final da gravidez e/ou durante o trabalho de parto

- Tende a se resolver rápido no puerpério, mas é considerada hipertensão gestacional até 12 semanas de puerpério.
- Frequentemente precede a instalação de hipertensão arterial essencial em idade mais avançada

As gestantes com quadros clínicos descritos nas letras A, B e C devem ser encaminhadas ao AHIG-HCRP ( 13.5), pois o quadro clínico de alguns dos processos hipertensivos gestacionais são evolutivos. Antes do encaminhamento os profissionais que realizam o atendimento devem iniciar as primeiras medidas descritas a seguir:

- Repouso em DLE: decúbito lateral esquerdo, pelo menos 2 horas durante o período de vigília.
- Controle de Pressão Arterial e orientações quanto aos sintomas de elevação dos níveis pressóricos: PA diastólica > 110 mmHg, escotomas (distúrbios visuais), cefaléia persistente, náuseas e/ou vômitos, alteração do comportamento, dor abdominal (epigástrica/hipocôndrio direito).

**- Gestantes com HAS crônica (A e C) orienta-se:**

-Dieta hipossódica (1g/dia de sal: tampa da caneta “BIC”) e com quantidade reduzida de gorduras

-Manter ou adequar o tratamento em paciente que já fazia uso de droga hipotensora. Deve-se suspender o inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) e, caso a paciente faça uso de diurético, trocar para furosemida.

**URGÊNCIA HIPERTENSIVA/CRISE HIPERTENSIVA/IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA:**

as pacientes com esse quadro necessitam internação imediata.

**Quadro clínico:** níveis pressóricos elevados acompanhados ou não de sintomas

- PA diastólica  $\geq$  120 mmHg (mantida após repouso)
- Distúrbios visuais (turvação visual, escotomas)
- Cefaléia que não alivia com analgésico
- Alterações do comportamento
- Dor abdominal (epigastria e/ou dor hipocôndrio direito)
- Vertigem
- Vômitos
- Dispnéia
- Pre-cordialgia

**Conduta:** a equipe deve estar treinada para instituir de forma rápida e segura as intervenções descritas a seguir. A atenção a estas pacientes necessita de equipe, portanto ao iniciar a condução o médico deve solicitar ajuda nomeando os profissionais que participarão na condução do caso.

**1º passo: Instituir cuidados gerais:**

- ABC: manter via aérea pérvia e monitorar respiração e circulação
- Manter paciente em DLE ou cabeceira elevada
- Maca com proteção lateral disponível
- Acesso venoso calibroso
- Máscara de Oxigênio com reservatório (5 litros/minuto)
- Sondagem vesical de demora
- Ter à disposição material para intubação

**2º passo: Prevenir ou controlar convulsões: SULFATO DE MAGNÉSIO**

- **PAD  $\geq$  120mmHg COM OU SEM SINTOMAS:** TODA A PACIENTE COM NÍVEL PRESSÓRICO DIASTÓLICO DE 120 mmHG DEVERÁ INICIAR SULFATO DE MAGNÉSIO (mesmo sem sintomas)
- **SINTOMÁTICA (ECLÂMPسيا IMINENTE):** TODA A PACIENTE COM SINTOMAS DE ECLÂMPسيا IMINENTE DEVERÁ INICIAR SULFATO DE MAGNÉSIO
- **ECLÂMPسيا:** TODA A PACIENTE COM ECLÂMPسيا DEVERÁ INICIAR SULFATO DE MAGNÉSIO. A eclampsia é definida como o surgimento de convulsão tônico-clônica em gestantes com pré-eclâmpسيا, constituindo-se na principal causa de mortalidade materna em todo mundo e uma das complicações obstétricas mais graves em nosso meio.

Esquema de sulfato de magnésio utilizado no Centro de Referência: Esquema de Zuspan

- Dose de ataque de Sulfato de Magnésio a 10%: 5g EV  
1 vidro de MgSO<sub>4</sub> 10% tem 10ml que corresponde a 1g, portanto a dose de ataque são 5 vidros ou 50ml. Este volume deve ser infundido sem diluição em 15 a 20 minutos (se possível em bomba de infusão)
- Dose de manutenção do sulfato de magnésio de 1g/hora EV

Diluir 50ml de MgSO<sub>4</sub> (5 vidros em 450ml de SG 5%) e correr 100ml/hora em bomba de infusão

### ATENÇÃO

- ❖ Caso a paciente apresente novo episódio convulsivo até 20 minutos após a dose de ataque, deve-se repetir metade da dose de ataque (não utilizar benzodiazepínicos)
- ❖ Durante a administração do sulfato de magnésio o médico deverá permanecer ao lado da paciente verificando:
  - Nível de consciência
  - Pressão Arterial
  - Frequência cardíaca e respiratória
  - Reflexo patelar
  - Diurese horária ( $\geq 30$  ml/hora)
  - BCF

O intervalo de tempo entre as avaliações devem ser:

- 1<sup>a</sup> hora: a cada 5 minutos
- 2<sup>a</sup> hora: a cada 15 minutos
- 3<sup>a</sup> hora: a cada 30 minutos
- a partir da 4<sup>a</sup> hora: a cada 60 minutos

Ao utilizar o sulfato de magnésio é imprescindível manter seu antídoto (gluconato de cálcio) diluído ao lado do leito. A alteração em qualquer dos parâmetros descritos a seguir sinalizam a suspensão imediata da medicação. Frente à hiporreflexia ou dispnéia, o diagnóstico de intoxicação por sulfato de magnésio é a principal hipótese diagnóstica e o uso EV de gluconato de cálcio a 10% na quantidade de 10ml deve ser imediatamente administrado para evitar parada cardio-respiratória.



Figura 26 - Níveis de magnésio sérico (mg/dl)

**3º passo: Estabilizar a pressão arterial da paciente:****1ª escolha:** Hidralazina 1 ampola = 20 mg

Diluir 1 ampola em 19ml de SF ou água destilada (1º coloca 19ml de SF ou AD na seringa e depois aspira 1ml de hidralazina), injetar 5mg (ou 5 ml) EV a cada 20 minutos até a dose total de 20mg (obviamente antes de fazer nova injeção aferir a PA).

- Avaliar PA em 20 minutos
- Se redução de 20% ou PAD 100mmHg: observar

Se não controlar PA: Repetir 5 a 10mg EV a cada 20 minutos até a dose máxima: 40-100mg

**2ª escolha:** Nifedipina: 10mg VO a cada 30 minutos até um máximo de 30mg.**ATENÇÃO**

- ❖ A nifedipina para uso sublingual é contra-indicada. Atentar para não fazer Retard, pois é necessário efeito imediato.
- ❖ Alfametildopa ou outros betabloqueadores **não são indicados para emergência**, pois o tempo para início de ação é de 4 a 6 horas.
- ❖ Inibidores de ECA (enzima conversora de angiotensina) não devem ser usados, pois estão associados com malformações e morte fetal.
- ❖ Diuréticos não devem ser usados, pois podem causar hipofluxo placentário e sofrimento fetal
- ❖ Manter PA diastólica entre 90 a 100mmHg, não reduzir para níveis inferiores para não comprometer o fluxo placentário.



**Fluxograma 13 - Abordagem da gestante com crise hipertensiva**

**ATENÇÃO:**

- ❖ A resolução da gravidez deverá ser discutida com a equipe após a estabilização do quadro materno
- ❖ Concomitante com o controle da crise hipertensiva deve ser solicitado exames para avaliação do comprometimento sistêmico materno pela hipertensão

### 6.3- Corioamniorrexe Prematura

Conceito: Corioamniorrexe prematura consiste na ruptura das membranas corioamnióticas ANTES DO INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO (TP), não se relacionando com a idade gestacional. Outras definições são importantes:

- Corioamniorrexe prematura pré-termo: ruptura das membranas antes da 37<sup>a</sup> semana de gestação e antes do início do trabalho de parto
- Corioamniorrexe precoce: ocorre já na fase ativa do trabalho de parto, porém com dilatação cervical inferior a 6 cm
- Corioamniorrexe oportuna: ocorre com dilatação cervical entre 6 e 8 cm
- Corioamniorrexe tardia: ocorre com dilatação cervical acima de 8 cm
- Amiotomia: ruptura artificial das membranas corioamnióticas
- Período de latência: intervalo de tempo entre a ruptura das membranas e o início do trabalho de parto. A duração do período de latência é inversamente proporcional a idade gestacional sendo considerado prolongado quando a duração é maior que 24 horas.

Incidência: espontânea: ocorre em 5% das gestações, sendo que 1/3 das corioamniorrexes prematuras ocorrem em gestações pré-termo

iatrogênica: geralmente ocorre após procedimentos invasivos como amniocentese, cordocentese e fetoscopia

Avaliação da gestante com suspeita de corioamniorrexe:

- Determinar a idade gestacional
- Avaliar vitalidade fetal
- Confirmar a hipótese diagnóstica
- Descartar/confirmar infecção materna e/ou fetal

Diagnóstico da corioamniorrexe: em aproximadamente 90% dos casos o diagnóstico é realizado por meio da anamnese e exame físico

Anamnese: perda líquida de moderada a grande quantidade, que molha além da roupa íntima. Questionar a paciente sobre o momento em que ocorreu a perda líquida e, na presença de contrações uterinas, questionar se a perda ocorreu previamente ou após o início das contrações

Exame físico: o exame especular evidencia presença de líquido em fundo de saco vaginal, eventualmente com saída ativa pelo orifício cervical externo, podendo ser claro ou meconiado e conter ou não grumos. Além disso, pode-se observar umidade

perineal. O toque vaginal não deve ser realizado de rotina, mas se realizado recomenda-se luva estéril e uso de degermante tópico. Em caso de corioamniorrexe o toque permite sentir diretamente a apresentação fetal, sem interposição de membranas.

#### Testes diagnósticos

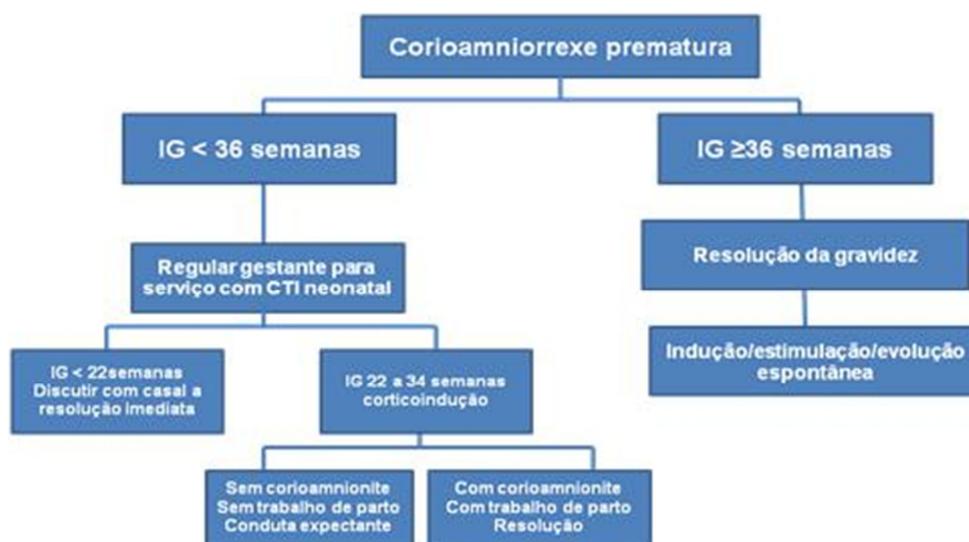
- Teste da Cristalização: sensibilidade próxima de 90%, entretanto o teste pode ser falso positivo na presença de sangramento e algumas infecções
- Teste de Iannetta (teste da chama): procede-se como na avaliação da cristalização, porém ao invés de deixar o material da lâmina secar, utiliza-se o calor da chama para aquecê-lo. A modificação da cor do material para marrom corresponde a teste negativo e a coloração esbranquiçada corresponde a teste positivo
- Teste do pH do conteúdo vaginal: pH vaginal acima de 6.0 em quadro suspeito é indicativo de corioamniorrexe. Vaginose bacteriana e sangramentos genitais também podem elevar o pH vaginal.
- Ultrassonografia: a avaliação do Índice de Líquido Amniótico (ILA) pode auxiliar no diagnóstico em caso de oligoâmnio associado a história sugestiva. Entretanto, apresenta pouca especificidade e sensibilidade devido às alterações do volume amniótico associadas a outras condições obstétricas
- Diagnóstico invasivo: reserva-se para aqueles casos suspeitos de corioamniorrexe prematura, especialmente pré-termo em que as provas diagnósticas anteriores revelam-se inconclusivas ou insuficientes para fechar diagnóstico. Consiste colocar tampão vaginal e injetar corante ou contraste radiológico na cavidade amniótica (preferencialmente sob visão ultrassonográfica). Após 1 hora, retira-se o tampão que nos casos de corioamniorrexe estará tinto pelo corante injetado no LA. No caso de contraste é necessário radiografar o tampão.

#### **Exames subsidiários para a paciente com diagnóstico de corioamniorrexe:**

- Vitalidade fetal: obrigatória nos casos de conduta expectante e na indução do trabalho de parto e recomendável nos casos de Estimulação ou evolução espontânea.
- Hemograma:
  - Indução e estimulação do TP: deve ser colhido a cada 12 horas a partir da internação até o nascimento nos casos de indução do TP

- Conduta expectante: a cada 3 dias. Nos casos de aumentos significativos na contagem global de leucócitos ou bastonetes, considerar início de tratamento para corioamnionite
- Swab endovaginal e endoanal para *Streptococcus agalactiae*: como no CRSM-Mater adota-se conduta ativa na profilaxia para este germe, não se recomenda sua coleta neste serviço. Exceção feita aos casos em que houver necessidade de internação para conduta expectante de Corioamniorrexe Prematura Pré-Termo por falta de leitos para transferência em serviço terciário
- Urina tipo I e Urocultura: deve-se fazer triagem clínica e laboratorial para focos infecciosos predisponentes de rotura das membranas, sendo que o foco urinário é o mais comum
- Curva térmica: deve ser realizada de preferência por via oral a cada 4 horas. Intervalos inferiores a esse deverão ser julgados individualmente

**Conduta:** Será baseada na idade gestacional e na concomitância ou não de corioamnionite e trabalho de parto, de acordo com o fluxograma 14



**Fluxograma 14 - Conduta para corioamniorrexe prematura**

### ATENÇÃO

- ❖ A conduta para indução/estimulação/evolução espontânea do TP de parto já foi descrita no capítulo de indução de trabalho de parto deste protocolo
- ❖ Está contra-indicado realizar inibição do trabalho de parto nos casos de corioamniorrexe
- ❖ Cuidados especiais:

- ❖ Não é necessário isolar a paciente
- ❖ Toques vaginais:
  - Evitar toques desnecessários, independente do tempo de bolsa rota. O toque deve ser realizado por um profissional com experiência visando manter padrão comparativo da evolução do Índice de Bishop e evitar repetição deste exame
  - Utilizar luvas estéreis, preferencialmente as de procedimento, após adequada higienização das mãos
- ❖ Orientação à paciente e acompanhante:
  - Tempo da indução: salientar que o processo de indução pode ser demorado e explicar o que está sendo feito
  - Tranquilizar quanto à perda líquida, desmistificando as histórias de “parto seco”, ou que “se a bolsa rompeu já deveria estar nascendo”
  - Explicar que o líquido continuará saindo, principalmente às movimentações maternas e fetais
- ❖ -Durante a assistência ao parto não há recomendações diferentes das habituais para estes casos.

#### Complicações da corioamniorrexe prematura:

Maternas: corioamnionite, endometrite e sepse

Fetais/neonatais: na gestação a termo a complicação mais freqüente é a infecção

#### **Profilaxia para Estreptococo do Grupo B ou *Streptococcus agalactiae* (SGB):**

trata-se de coco gram positivo cujo principal sítio de colonização é o trato gastrointestinal, mas pode colonizar o trato genitourinário. Aproximadamente 10% a 30% das gestantes são colonizadas por EGB, sendo de forma transitória, crônica ou intermitente. Esta colonização, quando presente no momento do parto, é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença estreptocócica neonatal. A infecção do recém-nascido ocorre principalmente durante a sua passagem no canal de parto ou por via ascendente, quando há ruptura de membranas. Na década de 70 este microrganismo surgiu como o mais importante agente causal de sepse em recém-nascidos. A sepse de início precoce foi reduzida em 70% após o uso da profilaxia intraparto.

#### **Manifestações clínicas**

Maternas: a maioria das gestantes é assintomática e em torno de 4% podem apresentar colonização maciça pelo EGB diagnosticado pela infecção do trato urinário causada por este agente.

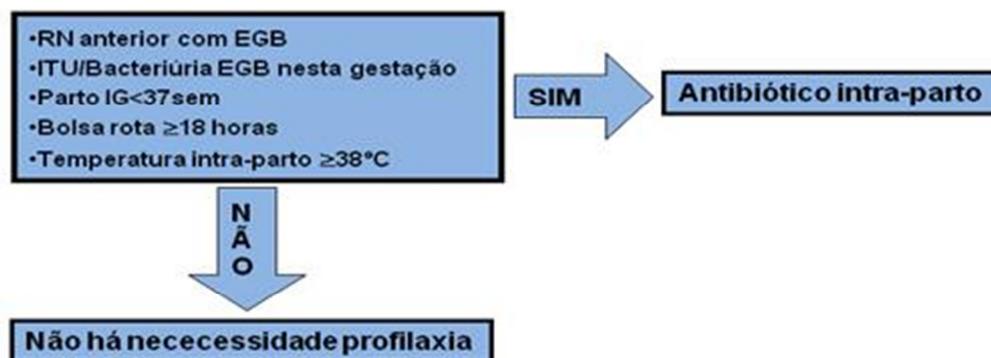
Recém-nascido: Podem ocorrer dois tipos de manifestações:

- Doença estreptocócica de início precoce (<7 dias após o nascimento)
- Doença estreptocócica tardia (entre 7 e 90 dias).

Estas incluem sepse, pneumonia, meningite, osteomielite, artrite séptica e celulite. Aproximadamente 1 a 2% dos recém-nascidos de mães colonizadas irão desenvolver infecção de início precoce. A mortalidade associada a esta infecção pode atingir 20%. A frequência de seqüelas nos sobreviventes é estimada entre 15 e 30%.

Diagnóstico da colonização materna pelo EGB: o objetivo é identificar as gestantes colonizadas que tem risco de transmissão vertical deste agente levando a doença neonatal pelo EGB. O rastreio pode ser realizado de duas formas:

- Cultura para EGB: Rastreio universal realizado por meio da coleta de material da vagina (1/3 inferior) e endoanal em meio específico em todas as gestantes entre 35 a 37 semanas de gestação. A abordagem deste tipo de rastreio é 50% mais eficaz que a abordagem por identificação de fatores de risco.
- Identificação de fatores de risco para EGB: esta é a forma de rastreio realizada no Centro de Referência da Saúde da Mulher-Mater



**Fluxograma 15 - Profilaxia intra-parto para EGB baseada em fatores de risco**

**A profilaxia intraparto para EGB está indicada nas seguintes situações:**

- Colonização diagnosticada nesta gravidez por swab vaginal/endoanal
- ITU ou bacteriúria assintomática por SGB nesta gestação
- História de sepse neonatal precoce em gestação prévia
- Quando o tempo de bolsa rota tiver ultrapassado ou tiver perspectiva de ultrapassar 18 horas até o parto. Recomenda-se não aguardar que as 18 horas

se completarem caso já se tenha estimativa do tempo até o parto superar este período

- Febre intraparto

Drogas utilizadas para a profilaxia da doença neonatal por EGB:

**1ª escolha é a Penicilina Cristalina:**

- Via endovenosa
- Dose de ataque de 5.000.000 UI
- Dose de manutenção de 2.500.000 UI a cada 4 horas até o parto (prolongar por até 48 horas caso não ocorra o parto dentro deste período)

**Drogas alternativas:**

- **Clindamicina** via endovenosa: 900 mg a cada 8 horas até o parto (prolongar por até 48 horas caso não ocorra o parto dentro deste período)
- **Ampicilina** via endovenosa: dose inicial 2g seguida por 1g a cada 4h até o nascimento

Para pacientes alérgicas a penicilina:

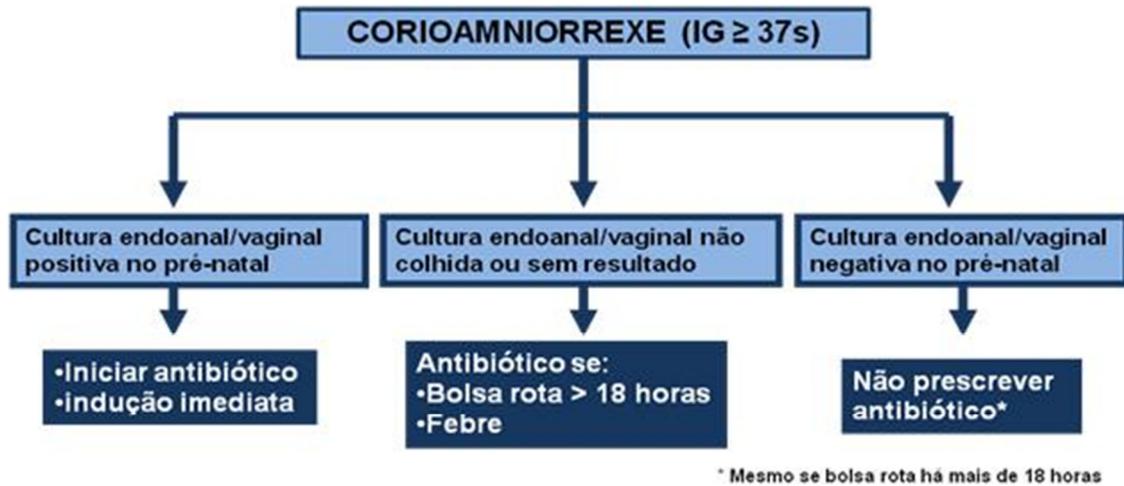
Com baixo risco de anafilaxia: **Cefazolina** EV 2g dose de ataque e 1g EV 8/8 h até o parto

Com alto risco de anafilaxia: **Clindamicina** EV 900 mg a cada 8 h até o parto

**ATENÇÃO:** A revisão da literatura demonstra que há redução na ocorrência de sepse neonatal de início precoce 30 minutos após a administração da primeira dose, porém a proteção máxima é obtida a partir da 2ª dose antes do nascimento e o ideal é haver um intervalo de pelo menos 4h entre a profilaxia e o parto.

**Situações em que a profilaxia intraparto para EGB NÃO está indicada**

- Gestação anterior com cultura positiva para EGB, a menos que cultura para a gestação atual seja positiva;
- Cesárea eletiva, na ausência de trabalho de parto ou ruptura de membranas (independente/e do resultado da cultura para EGB);
- Cultura vaginal/retal negativa para EGB dentro do período de 5 semanas antes do parto, durante a gestação atual, mesmo apresentando fatores de risco (parto <37 semanas, ruptura de membranas ≥18 horas)



Fluxograma 16 - Conduta para corioamniorrexe prematura a termo em relação a profilaxia para EGB

#### 6.4- Trabalho De Parto Pré-termo

Consiste na presença de duas ou mais contrações uterinas em 10 minutos associadas a trabalho de colo em idade gestacional inferior a 37 semanas. Muitas vezes o diagnóstico é duvidoso, flagrando-se contrações com frequência e intensidade compatíveis com trabalho de parto, sem haver trabalho de colo correspondente. O inverso também pode ocorrer, com dinâmica uterina frustra e colo esvaecido ou dilatado. O uso de tocolíticos consegue retardar o parto, em média, entre 2 e 7 dias, dependendo do tipo de droga utilizada e do momento em que foi instalada. Este tempo é suficiente para se realizar administração de corticóide

**a) Fatores de risco para o trabalho de parto pré-termo:** o principal fator de risco é o passado obstétrico de parto pré-termo, mas também se destacam infecções em geral; trabalho de parto pré-termo em gestação atual ou prévia; colo curto; anemia materna; extremos da idade reprodutiva; polidrâmnio; mal-formações mullerianas; gemelaridade; hipóxia; tabagismo; mal-formações fetais e corioamniorrexe prematura. A avaliação ecográfica do colo uterino pode auxiliar no diagnóstico, fornecendo informações principalmente quanto à dilatação do orifício cervical interno, comprimento cervical e eco glandular, que podem ocorrer semanas antes de alterações perceptíveis ao exame digital do colo uterino

**b) Diagnóstico:**

*b1) Exame físico:* triagem clínica para infecções genitais e avaliação cuidadosa da dinâmica uterina e da dilatação cervical

*b2) Exames laboratoriais:*

- Hemograma completo: avaliação de presença de anemia e infecções sistêmicas
- Urina tipo I e Urocultura: pesquisa de ITU, visto que o trato urinário é o principal foco infeccioso desencadeante de contrações uterinas

Swab endovaginal e endoanal para *Streptococcus agalactiae*: como a taxa de sucesso na redução de partos pré-termo com a inibição é relativamente baixa e significativa parcela das pacientes inicialmente inibidas voltam a entrar em trabalho de parto antes do termo, é importante detectar colonização por esse germe para instalar profilaxia no caso da progressão do trabalho de parto.

*b3) Outros exames:*

- **Cardiotocografia:** avaliar vitalidade fetal é obrigatório nos casos de inibição do trabalho de parto. Caso a idade gestacional seja precoce para a cardiotocografia, deve-se avaliar a vitalidade com o Perfil Biofísico Fetal ao ultrassom
- **Ultrassonografia obstétrica:** avaliar o crescimento fetal, líquido amniótico, buscar mal-formações fetais e buscar sinais indiretos de maturidade (principalmente para as idades gestacionais entre 34 e 36 semanas)
- **Ultrassom do colo uterino:** a presença de eco glandular e colo uterino maior que 2,0 cm indicam baixa probabilidade de progressão para parto pré-termo no período de 1 semana. A técnica para medir o colo uterino será descrita a seguir:
  - Via transvaginal
  - Bexiga vazia
  - Imagem sagital do colo com visualização do OE e OI sem incluir o segmento inferior, sem comprimir o colo.
  - Medir distância linear entre área triangular ecodensa no OE e incisura “V” OI
  - Imagem ampliada 2/3 tela
  - Espessura do LA colo = LP
  - Realizar 3 medidas: registrar mais curta
  - Pressão supra-púbica/fundo uterino 15-30s
  - Na presença de funil, o comprimento do colo deve ser medido entre a extremidade inferior do funil e o orifício externo.

**Interpretação do ultrassom transvaginal para mensuração do colo uterino:**

- Colo com comprimento cervical > 30mm: baixo risco de parto dentro de 48 horas (0-2%) e dentro de 7 dias (2-7%).
- Colo com < 20 mm: alto valor preditivo positivo para parto dentro das próximas 48 horas (próximo de 100%).
- Eco glandular ausente também tem alto valor preditivo positivo para parto pré-termo nas próximas 48 horas.



**Figura 27 - Demonstração da técnica de medida do comprimento do colo uterino ao USTV**



**Figura 28 - Formatos de funis do colo uterino a ultrassonografia transvaginal (azul: polo cefálico; laranja: colo uterino; vermelho: funil). Extraído de Iams, JD em Obst & Gynecol, 2003, 101:402-12**

Presença de dilatação do orifício interno, atentando para presença ou ausência de funil (Figura 27). O canal endocervical formando T com o segmento uterino mostra um trabalho de colo menor que quando há presença de funil. Os funis em Y, V e U mostram trabalhos de colo progressivamente mais intensos.

**c) Conduta:**

c1) Realizado o diagnóstico de Trabalho de Parto Pré-Termo, dependendo da dilatação cervical, a gestante deverá ser transferida para hospital terciário com disponibilidade de UTI Neonatal. Esta transferência deverá ser solicitada à Central de Regulação Médica para que seja liberada a vaga não apenas para a gestante, mas para o neonato caso não haja sucesso na inibição. A internação definitiva no Centro

de Referência-Mater só será possível quando não houver disponibilidade de leitos em outros hospitais, o que deverá estar claramente expresso no prontuário médico.

c2) Iniciar a tocolise imediatamente, caso não haja contra-indicação.

c3) Corticoindução: A aplicação intramuscular de Betametasona na dose de 12 mg a cada 12 horas por 24 horas em gestações abaixo de 34 semanas, sob risco de nascimento pré-termo, reduz significativamente a mortalidade neonatal, a síndrome de desconforto respiratório, a hemorragia intraventricular e a enterocolite necrotizante. Após as 34 semanas, os efeitos adversos do corticoide não compensam seus eventuais benefícios. A literatura evidencia efeitos danosos ao feto no uso de ciclos repetidos de corticoide (redução no crescimento pós-natal e alteração do desenvolvimento neurológico). Entretanto, há evidências de que a repetição de uma única dose de 12 mg pelo menos 7 dias após o primeiro ciclo não interfere negativamente no desenvolvimento da criança após o nascimento.

c4) Tocolise: fármacos tocolíticos

Agonistas Beta-Adrenérgicos (TERBUTALINA, RITODRINA). Têm boa eficácia tocolítica, porém estão mais frequentemente relacionados a efeitos adversos graves. Portanto, a inibição deve ser rigorosamente monitorizada.

- Mecanismo de ação: o estímulo dos receptores Beta-2 resulta em relaxamento da musculatura lisa, incluindo o miométrio.
- Dose (TERBUTALINA): 1,5 mg em 500 ml de soro fisiológico ou glicosado 5% e correr em Bomba de Infusão Contínua EV. Deve-se iniciar com 30 ml/h e a cada 30 minutos reavaliar a dinâmica uterina, PA; FC e BCF. A infusão deve ser aumentada em 30 ml/h a cada reavaliação até a inibição das contrações e a infusão deve ser reduzida ou interrompida se PA alterar 20% em relação à inicial, se frequência cardíaca materna estiver acima de 120 bpm ou BCF acima de 170 bpm. A manutenção deve ser feita com Terbutalina SC 0,5 mg a cada 8 horas (3 doses) após 2 horas sem contrações uterinas. A infusão EV deve ser interrompida 30 minutos após a 1ª dose SC.
- Efeitos colaterais:
  - Maternos: náuseas, vômitos, tremores, ansiedade, rubor, cefaleia, queimação retroesternal, taquicardia, angina, constipação, arritmias, edema pulmonar (principalmente se realizado hiperhidratação antes e associado ao uso do corticoide), infarto agudo do miocárdio, hipocalcemia, hiperglicemia
  - Fetais: taquicardia
  - Neonatais: hipoglicemia, hiperinsulinismo, hipocalcemia e cetoacidose

- Contra-indicações: Diabetes materno descompensado, cardiopatia materna e hipertireoidismo.

Bloqueadores de Canal de Cálcio (NIFEDIPINA). Embora a literatura demonstre eficácia semelhante à dos Beta-Adrenérgicos com padrão de segurança superior a eles, a indicação deste fármaco permanece *off label* para inibição do trabalho de parto pré-termo.

- Mecanismo de ação: reduzem o influxo de cálcio pela membrana da célula miometrial, controlando sua contratilidade e a atividade de marca-passo.
- Dose: 10 a 40 mg de Nifedipina simples na primeira hora (10 mg a cada 15 minutos) e 60 a 160 mg de Nifedipina Retard por 48 horas (20 mg a cada 6 horas).
- Avaliação: avaliar dinâmica uterina no início da medicação e a cada hora, até obter frequência de contrações abaixo de 2 em 30 minutos. Aferir PA a cada hora nas primeiras 4 horas.
- Efeitos colaterais: ocorrem em torno de 17% das gestantes, sendo 2% graves com necessidade de interrupção da medicação: hipotensão materna, tontura, rubor, sensação de desmaio, cefaléia e edema periférico
- Contra-indicações: hipotensão, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e estenose aórtica

Agonistas Beta-Adrenérgicos (TERBUTALINA, RITODRINA). Têm boa eficácia tocolítica, porém estão mais frequentemente relacionados a efeitos adversos graves

- Mecanismo de ação: o estímulo dos receptores Beta-2 resulta em relaxamento da musculatura lisa, incluindo o miométrio.
- Dose (TERBUTALINA): 1,5 mg em 500 ml de soro fisiológico ou glicosado 5% e correr em Bomba de Infusão Contínua EV. Deve-se iniciar com 30 ml/h e a cada 30 minutos reavaliar a dinâmica uterina, PA; FC e BCF. A infusão deve ser aumentada em 30 ml/h a cada reavaliação até a inibição das contrações e a infusão deve ser reduzida ou interrompida se PA alterar 20% em relação à inicial, se frequência cardíaca materna estiver acima de 120 bpm ou BCF acima de 170 bpm. A manutenção deve ser feita com Terbutalina SC 0,5 mg a cada 8 horas (3 doses) após 2 horas sem contrações uterinas. A infusão EV deve ser interrompida 30 minutos após a 1ª dose SC.
- Efeitos colaterais:

- Maternos: náuseas, vômitos, tremores, ansiedade, rubor, cefaleia, queimação retroesternal, taquicardia, angina, constipação, arritmias, edema pulmonar (principalmente se realizado hiperhidratação antes e associado ao uso do corticoide), infarto agudo do miocárdio, hipocalcemia, hiperglicemia
- Fetais: taquicardia
- Neonatais: hipoglicemia, hiperinsulinismo, hipocalcemia e cetoacidose
- Contra-indicações: Diabetes materno descompensado, cardiopatia materna e hipertireoidismo.

### Progesterona

- Mecanismo de ação: promove relaxamento da musculatura lisa, bloqueia a ação da ocitocina no miométrio e inibe a formação de “gap junctions” entre as células miometriais.
- Não devem ser usada como tocolítico, porém pode trazer benefício quando utilizada em pacientes com colo uterino curto ao ultrassom sem ter tido Trabalho de Parto, em pacientes com história prévia de Parto Pré-Termo ou que ficaram com colo curto após um Trabalho de Parto Pré-Termo inibido
- Duração do uso: pode ser usado a partir do diagnóstico de colo curto, ou no caso de indicação por risco prévio, a partir das 24 semanas. Seu uso pode ser estendido até as 34 semanas de gestação
- Dose: 100 a 200 mg, preferencialmente por via vaginal
- Aantagonista da Ocitocina (ATOSIBAN): não está disponível no Centro de Referência-Mater, visto que os casos de inibição de Trabalho de Parto Pré-Termo devem ser preferencialmente encaminhados a serviços terciários.

### Acompanhamento pré-natal:

- Pacientes que não tiverem sido encaminhadas para inibição em serviço terciário por falta de vagas, deverão ser encaminhadas para concluir o Pré-Natal no Ambulatório de Prematuridade do HC-FMRP-USP
- Caso a paciente esteja próxima ao termo (acima de 35 semanas), poderá ser seguida no Pré-Natal do CRSM-Mater até o parto.

**Cenário 1- Dinâmica uterina fraca e trabalho de colo ausente ou discreto:** ao atender uma gestante com

IG  $\geq$ 36semanas: deixar evolução espontânea

IG abaixo de 36 semanas com este quadro recomenda-se:

- Hidratação: a literatura não mostra benefícios no prolongamento da gestação e resultados perinatais, entretanto parece aliviar a sintomatologia das pacientes. Recomenda-se não extrapolar 1000 ml de SF 0,9% (principalmente se for optar pelo uso de Terbutalina para inibição) pelo risco de congestão pulmonar ou edema agudo de pulmão
- Repouso: também não há evidências de prolongar a gestação, entretanto possibilita evitar instalar medidas farmacológicas em pacientes cujas contrações cessariam espontaneamente
- Sintomáticos: não se prestam para interromper as contrações, porém aliviam a sensação de cólica em pacientes cujo limiar doloroso baixo torna as contrações de Braxton-Hicks sintomáticas.
- Reavaliação após 2 horas: deve ser realizada, preferencialmente, pelo mesmo examinador do início do atendimento, permitindo comparação evolutiva das contrações e alterações cervicais.

Quadro clínico inalterado: a paciente será liberada para casa com orientação de retornar ao Centro de Referência-Mater se houver aumento da atividade uterina ou perda vaginal (sanguínea ou líquida) ou, se não houver evolução, de retornar a consulta pré-natal

Quadro clínico se modifica com aumento da dinâmica e/ou modificação cervical: a conduta esta nos cenários 2 e 3.

### **Cenário 2 - Dinâmica uterina efetiva com trabalho de colo perceptível ao toque**

- Internar
- Avaliar vitalidade
- Repouso: literatura não demonstra vantagem em prescrever repouso absoluto ou relativo no aumento da duração da gravidez durante a inibição do trabalho de parto
- Instalar tocólise: lembrar que o sucesso da inibição do trabalho de parto pré-termo é maior quanto mais precoce a tocólise for instalada, portanto não se justifica desperdiçar tempo com hidratação ou reavaliação
- Corticondução
- Evitar toques desnecessários: a literatura demonstra que a realização de toques vaginais repetidos reduz a duração da gestação nos casos de Trabalho de Parto Pré-Termo

**Cenário 3- Dinâmica uterina de 3 contrações em 10 minutos sem trabalho de colo perceptível ao toque:**

- Internar
- Avaliação da vitalidade
- Repouso
- Tocólise
- Corticoindução
- Pode-se optar por avaliação complementar com Ultrassom de colo uterino: colo <20mm e/ou eco glandular ausente conduzir como nos casos em que se percebe alteração cervical.
- Quando não for possível realizar a mensuração do colo, a equipe deve realizar a conduta descrita no cenário 2.

### 6.5- Síndromes hemorrágicas da 2ª metade da gestação

O sangramento via vaginal do final da gestação traz grave ameaça à saúde da mãe e do feto. Juntamente com a hipertensão e a infecção, as síndromes hemorrágicas compõem a tríade responsável pela maioria das mortes maternas. Além das repercussões na saúde materna, os resultados perinatais incluem elevados índices de prematuridade e morte perinatal.

Para que a condução destes casos seja adequada é fundamental:

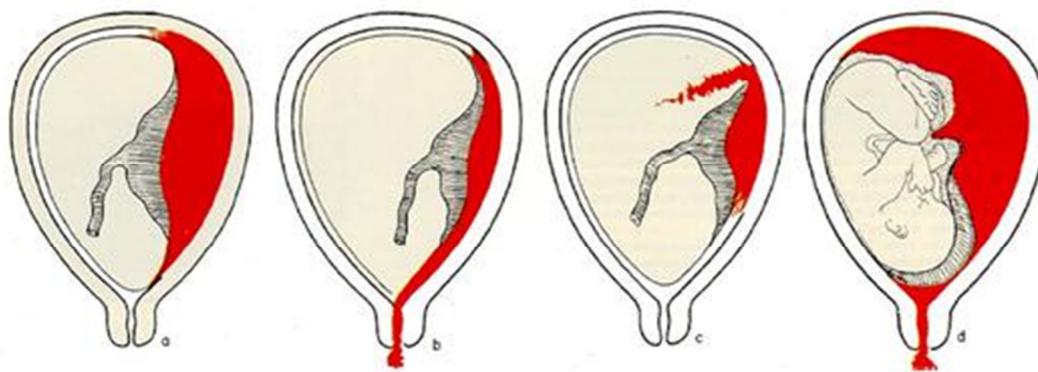
- Equipe treinada para a condução
- Protocolo sistematizado
- Rápida identificação da etiologia do sangramento
- Intervenção rápida e de acordo com o diagnóstico etiológico

**Etiologia:** as principais causas estão expostas no fluxograma 17



**Fluxograma 17 - Causas sangramento da 2ª metade da gravidez**

**DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA (DPPNI):** É definida como a separação abrupta da placenta normalmente inserida de seu sítio de implantação, após a vigésima semana gestacional e antes do nascimento do concepto. Incide em 0,5 a 3,0% das gestações. Sua causa primária é desconhecida. O sangramento do DPPNI pode resultar em hemorragia visível, hemoâmnio, ou ficar retido como um coágulo retroplacentário. Em torno de 20% dos sangramentos são ocultos e podem infiltrar o miométrio levando a apoplexia miometrial ou Útero de Couvelaire. Esta infiltração miometrial pode causar a hemorragia pós-parto.



**Figura 29 - Desenho esquemático ilustrando o sangramento no DPPNI**

#### **Fatores de Risco**

- Distúrbios hipertensivos na gravidez;
- DPPNI anterior;
- Multiparidade;
- Idade materna avançada;
- Tabagismo;
- Uso de cocaína;
- Trauma externo (acidente automobilístico, queda, violência física);
- Sobredistensão uterina (gestação múltipla, polidrâmnio);
- Placenta circunvalada.

**ATENÇÃO:** Gestantes que sofreram acidente automobilístico têm maior risco de apresentar DPPNI. Estudos realizados em centros de trauma observaram que o DPPNI foi a complicação mais comum ocorrendo em 3,5% das pacientes e evoluindo com óbito fetal em mais de 50%. Pacientes grávidas que sofrem queda, também podem evoluir com DPPNI e muitas vezes esta intercorrência ocorre horas após o trauma. Recomenda-se que todas as pacientes que sofreram trauma e não necessitam cuidados hospitalares sejam orientadas a observar qualquer sinal de dor ou sangramento e procurar imediatamente o serviço de saúde.

## Diagnóstico

- Clínico
  - Dor de início súbito, intensa e constante;
  - Hemorragia: sangramento vaginal de início súbito, vermelho escuro, sem episódios anteriores;
  - Hipertonia uterina;
  - Hipersensibilidade e dor à palpação uterina.
- Ultra-sonográfico
  - Baixa sensibilidade, podendo não demonstrar o hematoma em até 30% dos casos;
  - Tem importância fundamental no diagnóstico da vitalidade fetal, influenciando na conduta;
  - Auxilia no diagnóstico diferencial excluindo a hipótese de placenta prévia.

### De acordo com Sher o DPPNI pode ser classificado em três graus:

- Grau I: considerado leve, em geral diagnosticado no momento do parto quando se observa um coágulo retroplacentário explicando a causa do sangramento até então desconhecida
- Grau II: as pacientes são sintomáticas, o útero é doloroso, mas o feto está vivo
- Grau III: grave geralmente resultando em óbito fetal. Este grau é subdividido em:
  - III A: sem coagulopatia que ocorre em 2/3 das pacientes
  - III B: com coagulopatia que ocorre em 1/3 das pacientes

## Conduta

- Hospitalização imediata;
- Medidas gerais:
  - Oxigênio 5 litros/minuto em máscara;
  - Punção venosa calibrosa;
  - Reposição volêmica: infusão de RL ou SF 0,9% 1000ml;
  - Posição adequada: Trendelenburg e DLE;
  - Sondagem vesical de demora (controle da diurese);
- Amniotomia: quando a dilatação cervical permitir, a amniotomia deve ser realizada com o objetivo de reduzir a pressão intra-uterina e melhorar a oxigenação fetal além de estar associada a redução do risco de embolia pulmonar;

- Reserva de hemoderivados;
- Propedêutica laboratorial:
  - Tipagem sanguínea e provas cruzadas;
  - Hemograma;
  - Coagulograma (TP e TTPA);
  - Dosagem de fibrinogênio;
  - Provas de função renal.
- Interrupção da gestação
  - Cesárea:
    - Feto vivo viável;
    - Feto morto com comprometimento materno progressivo (III).
  - Parto vaginal:
    - Feto morto ou inviável;
    - Vitalidade fetal preservada e possibilidade de parto rápido, com quadro materno estável.

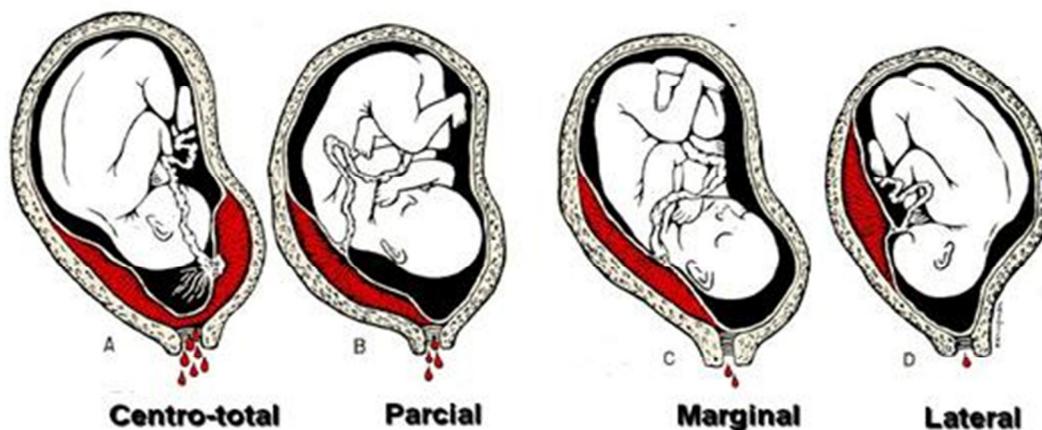
### **Complicações**

- Choque hemorrágico;
- CIVD;
- Insuficiência renal
- Insuficiência cardio-respiratória;
- Síndrome de Sheehan;
- Óbito materno.

**PLACENTA PRÉVIA (PP):** Consiste na implantação da placenta no segmento uterino inferior, até 2cm do orifício cervical interno (OCI) do colo, após a 28ª semana de gestação. Incide em 0,5 a 1,0% das gestações, mas tem sido observado um aumento na incidência possivelmente associada ao aumento das taxas de cesárea. Nos Estados Unidos é responsável por 0,03% das mortes maternas.

### **Classificação da PP:**

- Completa ou total: a placenta oclui completamente o orifício cervical interno (OCI);
- Parcial: a placenta oclui parcialmente o OCI;
- Marginal: a placenta atinge a borda do OCI, mas não o ultrapassa;
- Lateral: a placenta dista menos de 2 cm do OCI, sem margeá-lo.



**Figura 30 - Classificação da Placenta Prévia**

#### **Fatores de risco para PP:**

- Idade materna avançada (>40anos);
- Multiparidade (aumenta em 25xx o risco);
- Cesárea anterior e/ou cicatrizes uterinas prévias;
- Curetagem uterina;
- Extração manual da placenta em parto anterior;
- Situações de grande volume placentário como gestação gemelar e hidropsia;
- Tabagismo (aumenta em 2xx o risco);
- Doenças que deformam a cavidade uterina (malformação uterina, leiomiomatose).

#### **Quadro Clínico**

Caracteriza-se por sangramento vermelho rutilante, geralmente indolor, de surgimento agudo e sem sinais premonitórios. Na maioria das vezes este sangramento não é tão intenso a ponto de causar repercussões no organismo materno, cessando espontaneamente. Surge com freqüência no final do segundo e ao longo do terceiro trimestre de gravidez (fato explicado pela formação do segmento inferior do útero, quando ocorre estiramento das fibras miométriais que facilitam este descolamento). Raramente associado a distúrbios da coagulação, ao contrário do que ocorre no DPP, pois o sangue quase sempre se exterioriza totalmente. Sendo assim, não há formação de hematoma retroplacentário e conseqüente alteração da coagulação.

#### **Diagnóstico de PP:**

- Clínico:

- Sangramento vaginal vermelho vivo, indolor, de início e cessar súbitos, caráter intermitente e progressivo;
- Algumas pacientes podem iniciar o sangramento após a relação sexual
- Exame Obstétrico: BCF presente, útero indolor, tônus uterino normal.
- Exame ginecológico:
  - Exame especular: tem como objetivo visualizar a origem do sangramento descartando causas não obstétricas. Deve ser realizado cuidadosamente e na presença do médico residente ou assistente para que não haja necessidade de repetição do exame
  - Não realizar toque vaginal
- Ultrassonográfico:
  - Exame de escolha para diagnóstico sendo capaz de diagnosticar a localização placentária em 95% dos casos;
  - via transvaginal é a ideal para avaliação da localização placentária em relação ao orifício interno, sendo segura e bem tolerada pela paciente;

### **ATENÇÃO**

- ❖ Placenta prévia frequentemente se associa com apresentações fetais anômalas; O diagnóstico ultrassonográfico de placenta prévia é realizado, com segurança, após a 28ª semana gestacional.

**Conduta:**

Realizado o diagnóstico de placenta prévia a conduta depende do quadro clínico da paciente, do tipo de placenta prévia e da idade gestacional. A equipe deve:

- Orientar repouso físico e sexual para as gestantes que estão assintomáticas ou com sangramento discreto
- Fornecer medidas gerais de suporte
- Realizar exames laboratoriais
- Promover estabilização materna
  - Correção da hipovolemia
  - Reposição de volume
  - Correção da anemia
- Detectar e corrigir distúrbios de coagulação

Conduta em gestantes que apresentam placenta prévia em gestação abaixo de 37 semanas (<37s):

- Encaminhar para internação em serviço terciário;
- Até que a paciente seja recebida no serviço terciário, de acordo com o quadro clínico, a equipe deverá:
  - Orientar repouso físico e sexual;
  - Promover estabilização hemodinâmica;
  - Solicitar a tipagem sanguínea;
  - Corrigir os índices hematimétricos: manter hemoglobina > 10g/dl;
  - Avaliar a vitalidade fetal;
  - Prescrever corticóide entre 24 e 34 semanas de gestação;
  - Prescrever drogas tocolíticas quando for realizado o diagnóstico Trabalho de Parto Pré-termo: paciente hemodinamicamente estável, sangramento leve, feto pré-termo;

A interrupção da gestação está indicada quando:

- A vitalidade fetal está comprometida
- O sangramento é abundante
- A maturidade fetal presente

Conduta em gestantes que apresentam placenta prévia em gestação a termo ( $\geq 37s$ ):

**- Assintomáticas**

- Placenta prévia parcial, marginal e lateral
  - Conduta expectante
  - Controle rigoroso do trabalho de parto
  - Amniotomia
  - Parto vaginal
- 
- Placenta prévia centro-total: cesárea eletiva na 37ª semana

**- Sintomáticas: sangramento vaginal:**

- Cesárea:
- Sangramento abundante;
- Comprometimento da vitalidade fetal;
- Placenta prévia total ou parcial;
- Parto vaginal:
- Sangramento discreto;
- Feto com boa vitalidade;
- Placenta marginal ou lateral com colo favorável.

**Complicações materno fetais associadas a placenta prévia:**

- Acretismo placentario;
- Hemorragia anteparto e pós-parto;
- Atonia uterina
- Histerectomia pós-parto
- Transfusão sanguínea
- Restrição de crescimento intra-uterino

**ACRETISMO PLACENTÁRIO**

Com os elevados índices de cesárea observados no Brasil, é esperada uma elevação na incidência de placenta prévia. Portanto, tem-se recomendado em placentas de inserção baixa em pacientes com cesárea prévia, seja realizada a avaliação ultrassonográfica na busca de acretismo placentário. Na suspeita ou identificação deste tipo de placenta recomenda-se o encaminhamento para serviço terciário onde há disponibilidade de equipe multidisciplinar e suporte hemoterápico de grande volume. Caso o diagnóstico desta intercorrência ocorra durante a assistência ao trabalho de parto recomenda-se que o parto seja realizado por obstetra experiente

para extração fetal rápida. Na cesárea, ao realizar a incisão uterina segmentar transversa, o obstetra deve realizar a extração fetal através da placenta. Sempre utilizar agentes ocitócicos após a dequitação. Quando a equipe decidir pela histerectomia, esta sempre deverá ser realizada com a retirada do colo (histerectomia total).

**ROTURA UTERINA:** consiste na rotura total ou incompleta da parede uterina, relacionada ao corpo e segmento uterino inferior. É complicação obstétrica séria e a incidência global é de 1:1.500 partos, mas em pacientes com cicatriz uterina prévia chega a 1,7%.

#### Fatores predisponentes

Anteparto	Intraparto
Multiparidade	Desproporção céfalo-pélvica
Cirurgias uterinas prévias (incluindo cesárea anterior)	Macrossomia fetal
Anomalias congênitas uterinas	Apresentações anômalas
Sobredistensão uterina	Acretismo placentário
Rotura uterina prévia	

**Quadro 20 - Fatores de risco ante e intraparto para rotura uterina**

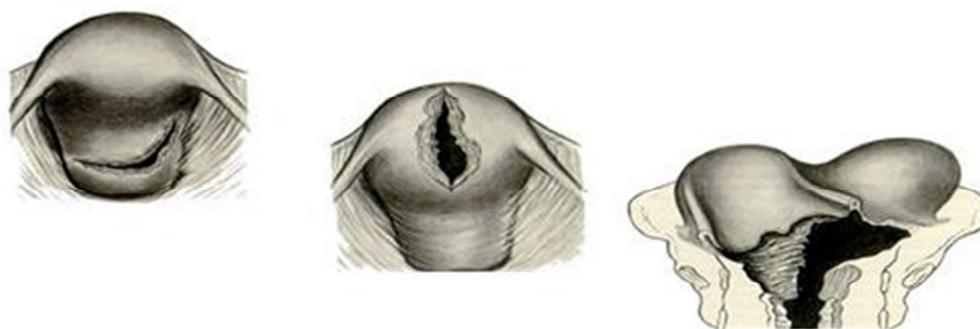
#### Tipos de rotura

- Completa: envolve todas as camadas do útero;
- Incompleta: abrange todo miométrio, porém o peritônio visceral permanece intacto.

#### Classificação

- **Etiologia**
  - espontânea: resulta de má assistência e negligência ao parto;
  - provocada: resulta de partos operatórios vaginais mal indicados ou mal executados.

- **Localização**
  - corporal
  - segmentar
  - segmento-corporal
- **Direção**
  - longitudinal
  - transversa
  - oblíqua



**Figura 31 - Tipos de rotura uterina quanto a localização e direção**

### Diagnóstico

- Clínico:
  - Dor de localização suprapúbica, abrupta e intensa;
  - Desaparecimento das contrações uterinas;
  - Sensibilidade extrema à palpação uterina;
  - Sangramento vaginal moderado;
  - Desaparecimento do batimento cardíaco fetal;
  - Sinal de Freund: sangramento vaginal aumenta com a mobilização da apresentação;
  - Sinal de Clark: crepitação subcutânea.
- Ultrassonografia detecta o feto na cavidade abdominal;
- Curagem uterina realizada após o parto para exploração do segmento uterino inferior.

### Tratamento

- Estabilização hemodinâmica;
- Tipagem sanguínea e reserva de sangue;

- Tratamento cirúrgico: Laparotomia
  - Conservador: Sutura uterina realizada em casos selecionados
    - Pacientes jovens que desejam mais filhos;
    - Rotura de pequena extensão;
    - Rotura recente e não complicada.
  - Histerectomia:
    - Roturas extensas ou hemorragias refatária;
    - Rotura tardia, associada à infecção peritoneal;
    - Choque séptico.

**Prognóstico:** o prognóstico depende de vários fatores como a localização e extensão da rotura, rapidez no diagnóstico e na conduta. A mortalidade materna varia de 2 a 30 % geralmente decorrente do choque hipovolêmico. A mortalidade fetal é alta, variando de 30 a 85 %, devido ao descolamento da placenta.

**ROTURA DE VASA PREVIA:** Causa rara de hemorragia no terceiro trimestre. É a única causa de sangramento da segunda metade de origem fetal e constitui evento cataclísmico levando a grave hemorragia e, freqüentemente, óbito fetal. Ocorre nas placentas de inserção baixa ou com inserção velamentosa do cordão. A hemorragia é concomitante à perda de líquido amniótico. O sangramento poderá ser indolor caso a paciente não esteja em trabalho de parto. O parto imediato é essencial se feto vivo.

#### **ROTINA PARA PACIENTE QUE INICIOU COM SANGRAMENTO VAGINAL SIGNIFICATIVO**

- ABC materno
- Anamnese caracterizando antecedentes e sangramento
- Exame físico: sinais vitais
- Exame obstétrico: ausculta dos BCF e avaliação da dinâmica uterina
- Providenciar reserva de sangue
- Pegar acesso venoso calibroso
- O2 em máscara 5l por minuto
- Monitorar sinais maternos
- Monitorar BCF

- Exame especular: deve ser realizado de forma gentil e cuidadosa em todas as pacientes e, preferencialmente, na presença do médico residente ou assistente
- Toque vaginal: só deve ser realizado em pacientes cuja localização placentária é conhecida
- Exames laboratoriais: Hemograma ou pelo menos hemoglobina e hematócrito, TP e TTPA, Tipo sanguíneo e fator Rh e contra-prova

**ATENÇÃO:** gestantes Rh negativas devem receber Imunoglobulina anti-D após cada episódio de sangramento

## 6.6- Distocias

Termo utilizado para definir o trabalho de parto cuja evolução é diferente do padrão esperado ou padrão eutócico. Literalmente significa trabalho de parto difícil ou disfuncional decorrente do desequilíbrio entre o tripé:

- Feto: é o objeto móvel que se desloca
- Bacia: é o trajeto ou caminho que o objeto móvel tem de percorrer
- Contração uterina: é o motor que impulsiona o feto a progredir no trajeto

Os principais fatores associados ao parto distócico são:

- Alterações da contratilidade uterina ou distócias funcionais
- Alterações da bacia óssea
- Alterações fetais: Macrossomia, apresentações anômalas e mal formações fetais

O diagnóstico de um parto distócico é fundamental para a assistência materno fetal segura e de qualidade e para realizar este diagnóstico é necessário:

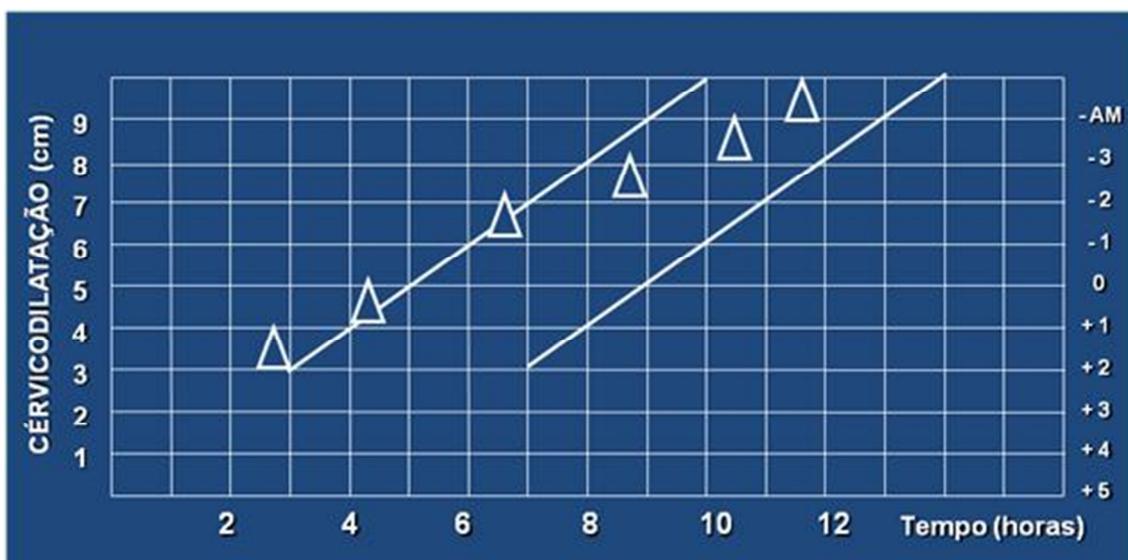
- Equipe conheça a evolução eutócica e esteja treinada para reconhecer a evolução anormal do trabalho de parto
- Reavaliação da paciente em intervalos regulares, preferencialmente pelo mesmo examinador
- Utilização criteriosa do partograma

<b>DIAGNÓSTICO DAS DISTÓCIAS</b>	
<b>PERÍODOS</b>	<b>DISTÓCIAS</b>
<b>PERÍODO DILATAÇÃO</b> fase ativa	Fase Ativa Prolongada Parada Secundária Dilatação Parto precipitado
<b>PERÍODO EXPULSIVO</b> descida apresentação	Parada Secundária da Descida Período Expulsivo Prolongado

Figura 32 - Diagnóstico das distócias de acordo com a fase do trabalho de parto

### DISTÓCIAS DO PERÍODO DE DILATAÇÃO (FASE ATIVA)

**Fase ativa prolongada:** nesta distócia a dilatação progride lentamente, mantendo uma velocidade menor que 1,2cm/hora e a distócia funcional é a principal causa deste tipo de evolução. A conduta é estimular a deambulação, utilizar recursos como a bola, o banco ou indicar a amniotomia ou prescrição de drogas uterotônicas.



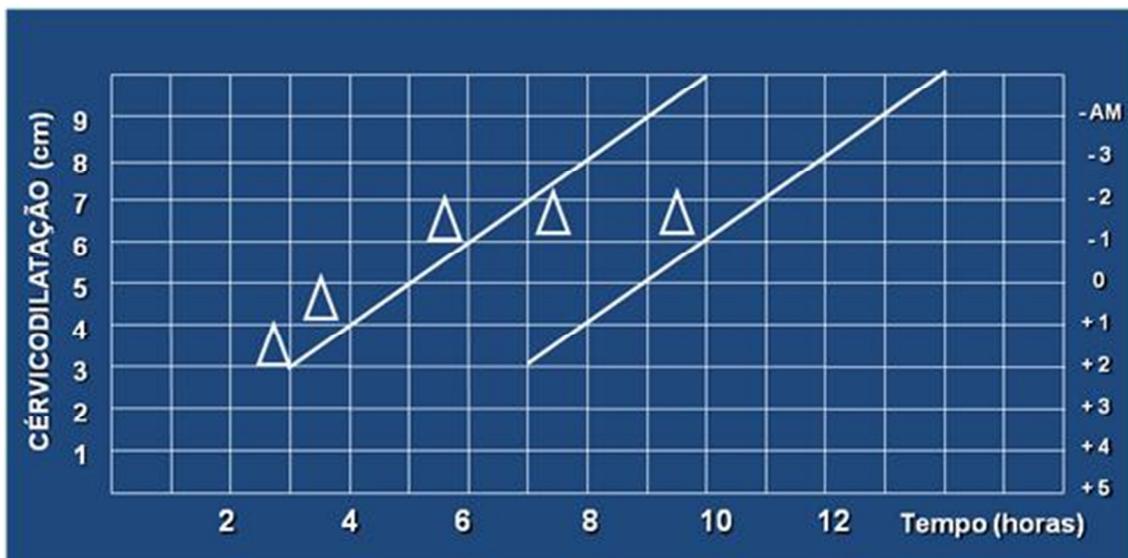
**Figura 33 - Partograma ilustrando a Distócia fase ativa prolongada**

**Parada secundária da dilatação:** ocorre quando a dilatação cervical se mantém em dois toques vaginais realizados com intervalo de duas horas. A principal causa é a desproporção céfalo-pélvica (DCP) que poderá ser relativa ou absoluta.

DCP relativa: quando a vitalidade fetal está preservada pode-se tentar a correção orientando:

- Deambulação
- Amniotomia
- Analgesia de parto

DCP absoluta: ocorre, por exemplo, nos macrocéfalos e para evitar toco-traumatismos maternos a resolução deverá ser por cesárea



**Figura 34 - Partograma ilustrando a Distócia parada secundária da dilatação**

**Parto precipitado:** definido pelo tempo entre o início da fase ativa e a expulsão fetal menor ou igual a 4 horas. Este tipo de parto está associado com toco-traumatismo materno e fetal/neonatal e atonia uterina com hemorragia pós-parto. Em primigestas pode ocorrer espontaneamente, mas em geral costuma ser iatrogênico pelo uso indevido de drogas uterotônicas. Ao detectar esta evolução a equipe deverá:

- Suspender uterotônicos
- Hidratar a paciente
- Manter criteriosa vigilância do bem estar fetal
- Realizar cuidadosa revisão do canal de parto após o nascimento
- Realizar manejo ativo do 3º período
- Manter vigilância no alojamento conjunto pelo risco de hemorragia pós-parto

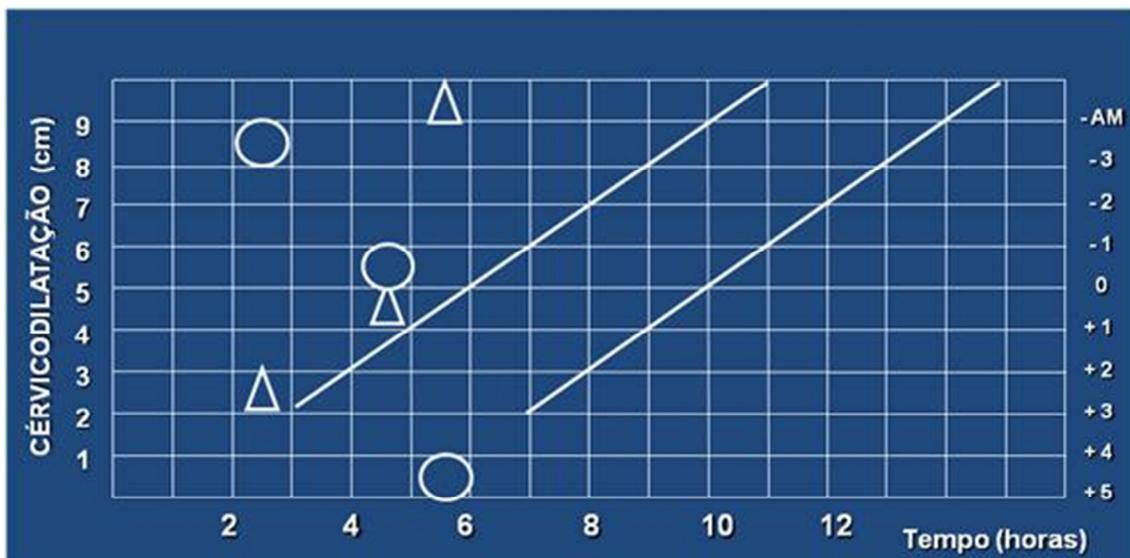


Figura 35 - Partograma ilustrando a Distócia parto taquitócico ou precipitado

#### DISTÓCIAS DO PERÍODO EXPULSIVO (descida fetal)

**Parada secundária da descida:** nesta distócia, observa-se a dilatação cervical total ou completa e a apresentação fetal se mantém na mesma altura em dois toques vaginais realizados com intervalo de uma hora. A principal causa é a desproporção céfalo pélvica (DCP) que poderá ser absoluta ou relativa.

- DCP absoluta: cesárea
- DCP relativa: dependendo da vitalidade fetal e da altura da apresentação poderá ser realizado parto vaginal assistido (fórcipe ou vácuo) ou a cesárea

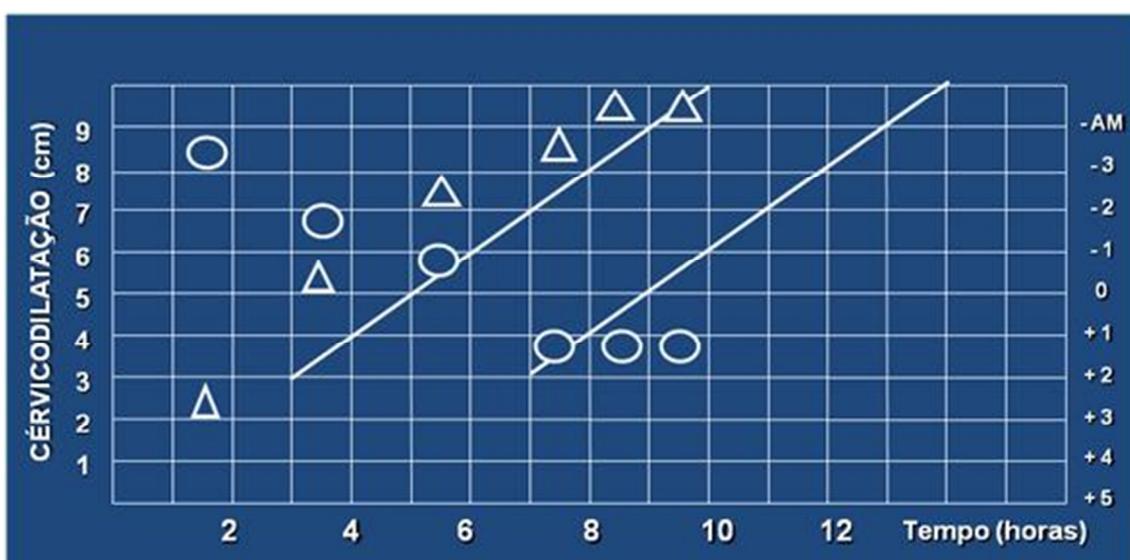
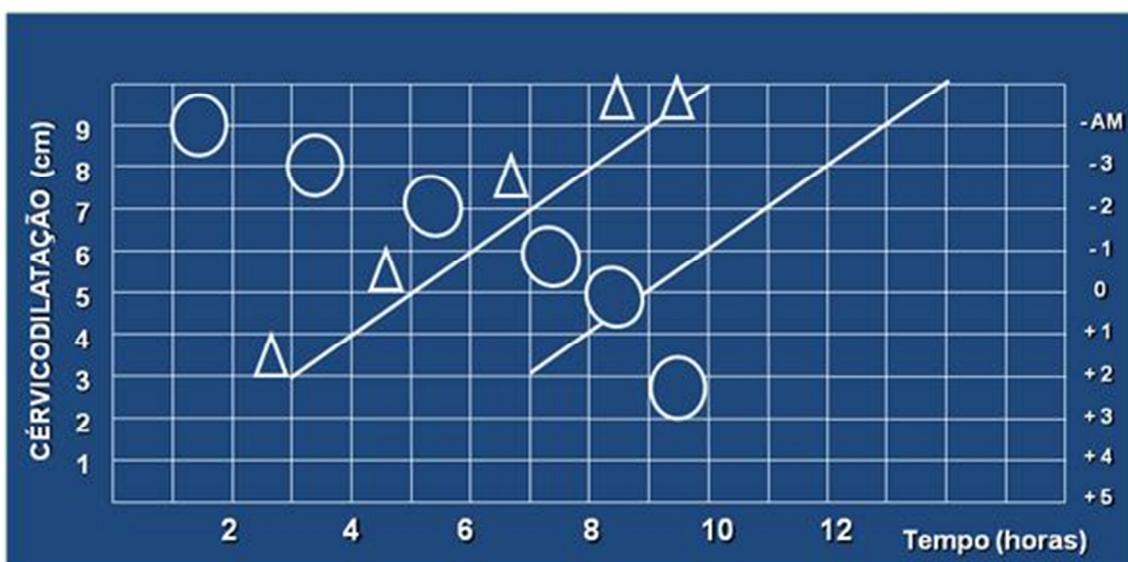


Figura 36 - Partograma ilustrando a Distócia parada secundária da descida  
**Período expulsivo prolongado:** consiste na dilatação cervical completa com descida progressiva, porém morosa da apresentação fetal que excede duas horas na

primigesta e uma hora na múltipara. A principal causa do período expulsivo prolongado é a distócia funcional (da contração uterina) e a conduta dependerá da vitalidade fetal, das condições maternas e da altura da apresentação fetal:

- Verticalizar a parturiente
- Administração de drogas uterotônicas
- Realizar amniotomia
- Parto vaginal assistido
- Cesárea



**Figura 37 - Partograma ilustrando a Distócia período expulsivo prolongado**

**Distócia de ombro:** definida como a impacção do ombro anterior contra a sínfise púbica materna após a exteriorização da cabeça fetal. Ocorre quando o diâmetro biacromial excede o diâmetro pélvico. Consiste em uma das situações mais dramáticas vividas pela equipe obstétrica na sala de parto. A incidência de distócia de ombro varia com o peso fetal, ocorrendo em 0,3 a 1% dos RN pesando entre 2500 a 4000 gramas e se elevando para 5 a 7% em RN cujo peso varia de 4000 a 4500g. Entretanto, em mais de 50% dos casos de distócia de ombro o peso fetal está dentro da variação normal e não podem ser previstas.

Os principais fatores de risco são:

- Pré-natais: Diabetes gestacional, pós-datismo, macrosomia, mãe com baixa estatura e com anomalias anatômicas, distócia de ombro em parto prévio

- Intra-parto: fase ativa da dilatação prolongada, descida fetal lenta e parto assistido (fórcipe ou vácuo)

**ATENÇÃO:** ao locar o fórcipe ou o vácuo extrator o feto tende a realizar extensão do pescoço e deflexão do pólo cefálico com abdução dos ombros levando ao aumento do diâmetro biacromial e aumento o risco de distócia de ombro.

A morbimortalidade materna e neonatal varia com a gravidade das lesões decorrentes desta intercorrência:

Maternas:

- Lesões de tecidos moles como laceração de 3º e 4º graus e maior risco de fístulas retovaginais
- Hemorragia puerperal: decorrente de atonia uterina ou lesões de trajeto
- Diástase da sínfise púbica
- Rotura uterina

A Manobra de Mc Roberts pode se associar a diástase da sínfise púbica e neuropatia femural transitória (categoria C)

Fetais:

- Lesões de plexo braquial presentes em 7 a 20% dos recém-nascidos
- Fraturas de úmero e clavícula
- Hipóxia fetal

A grande maioria das lesões de plexo braquial que ocorrem em recém-nascidos que apresentaram distócia de ombro regride em 6 a 12 meses, sendo o risco de 1 a 2% de lesões permanentes de plexo braquial. A paralisia de Erb é a mais comum com comprometimento de das raízes nervosas de C5 e C6. Após o desprendimento do pólo cefálico supõe-se que o cordão umbilical esteja comprimido entre o corpo fetal e a pelve materna e o pH fetal cairá numa taxa de 0,04 pontos por minuto de compressão. Fetos que tem boa reserva levarão 7 minutos para que o pH do cordão passe do nível normal (7,25) para um nível de risco (6,97).

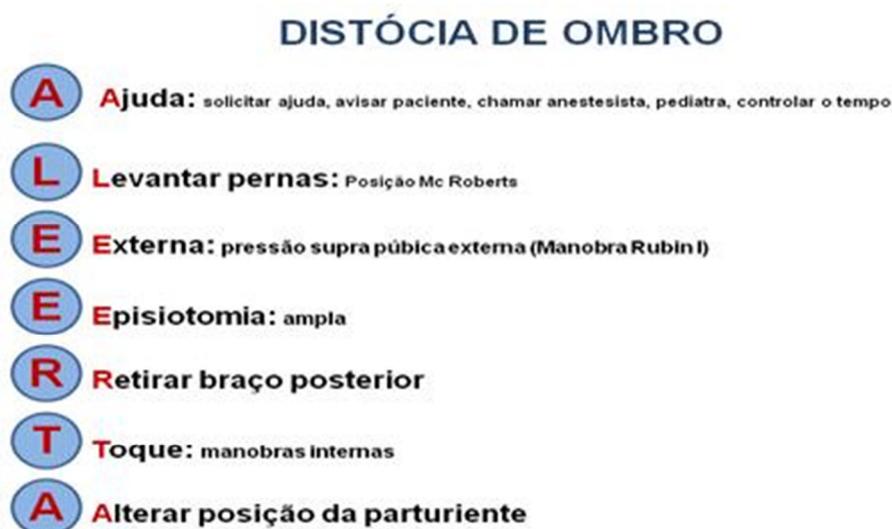
**Diagnóstico de distócia de ombro:** após a saída da cabeça fetal não ocorre o desprendimento do ombro anterior com as manobras habituais. Observa-se o “Sinal da Tartaruga” que consiste na cabeça fetal sendo puxada de volta contra o períneo materno.

**ATENÇÃO:** Antes de falar diretamente das condutas assistências é fundamental que se desenvolva um plano institucional. Este plano consiste em treinar toda a equipe para assumir papéis frente a este diagnóstico, possibilitando que não se perca tempo com condutas que não resolverão a distócia atrasando a adoção de medidas fundamentais para assegurar o bem estar materno e fetal.

### Conduta frente ao diagnóstico de distócia de ombro: Mnemônico ALEERTA

Este mnemônico consiste em uma ferramenta clínica que pode orientar os profissionais para lidar com situações de alto risco. As manobras orientadas neste mnemônico têm como objetivo:

- Aumentar o tamanho funcional da pelve óssea
- Reduzir o diâmetro biacromial
- Alterar a relação do diâmetro biacromial com a pelve óssea



### MNEMÔNICO ALSO 4 - DISTÓCIA DE OMBRO

**Letra A= AJUDA.** É fundamental que neste momento o plano institucional previamente desenvolvido seja aplicado. Toda equipe deve ser avisada do diagnóstico assim como a própria paciente e acompanhante. O obstetra mais experiente do plantão deve estar na sala, a enfermagem, neonatologista e anestesista. Realizado o diagnóstico deve ser iniciada a contagem do tempo. O chefe da equipe assume a liderança coordenando a equipe destinando a função de cada um.

**Letra L= LEVANTAR AS PERNAS ou MANOBRA DE MC ROBERTS.** Consiste na hiperflexão das coxas maternas dobrando-as sobre o abdômen. Simulando a posição

de cócoras esta manobra corrige a lordose lombossacral e retifica o promontório, conseqüentemente aumenta o diâmetro da pelve óssea materna.

Realizada a Manobra de Mc Roberts o obstetra deve tentar o desprendimento do ombro anterior por 30 a 60 segundos. Acredita-se que esta manobra sozinha resolve 40% das distócias de ombro (Categoria C).

**Letra E= PRESSÃO EXTERNA SUPRAPÚBICA OU RUBIN I.** O assistente, orientado pelo obstetra que está coordenando a equipe deve fazer pressão sobre o ombro anterior com o objetivo de provocar abdução. Esta manobra é feita pelo assistente na mesma posição da massagem utilizada para reanimação cardiopulmonar e durante 30 a 60 segundos o obstetra tenta o desprendimento do ombro anterior enquanto o auxiliar pressiona continuamente o ombro anterior. Quando não houve o desprendimento com a pressão supra púbica contínua o auxiliar poderá iniciar a pressão intermitente, no ritmo da massagem cardíaca sempre orientado pelo obstetra. Quando associada a Manobra de Mc Roberts a pressão supra púbica e/ou episiotomia aumenta a taxa de sucesso para 50%.

**ATENÇÃO:** Não realizar pressão no fundo uterino, pois poderá piorar a impacção

**Letra E= Episiotomia.** A distócia de ombro é uma impacção óssea, assim simplesmente a realização da episiotomia não vai fazer com que o ombro seja liberado. Como mais da metade das distócias de ombro serão resolvidas com as duas manobras descritas previamente, muitas parturientes podem ser poupadas deste procedimento. A episiotomia é muito importante para que o obstetra possa introduzir a mão na vagina da paciente com o objetivo de realizar as manobras internas, mas o obstetra deve estar atento as dificuldades para realizar a episiotomia com cabeça fetal impactada no períneo.

**Letra R= RETIRADA DO BRAÇO POSTERIOR.** Nesta manobra o braço posterior é retirado do canal de parto diminuindo o diâmetro biacromial. Isto permite que o ombro anterior desça liberando a impacção. Para realizar esta manobra o obstetra deve introduzir a mão profundamente na vagina da parturiente e tentar localizar o braço posterior. Se o braço estiver para trás (em direção ao dorso fetal) é necessário trazer o braço para frente em direção ao tórax. Localizado o antebraço, o cotovelo deve ser fletido para que o antebraço possa ser liberado com um movimento de oscilação sobre a parte anterior do tórax fetal.

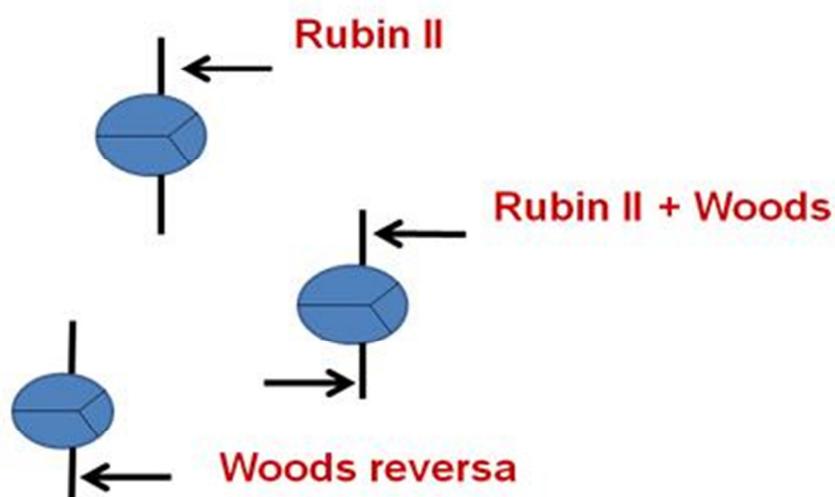
**ATENÇÃO**

- ❖ O braço nunca deve ser agarrado e tracionado de forma direta, pois ocorrerá fratura do úmero. Se a ação for progressiva: 1º a mão, 2º o braço e 3º o ombro a distância será reduzida.
- ❖ A mão que o obstetra deve introduzir para realizar a retirada do braço posterior é na variedade de posição OET a mão esquerda e na ODT a mão direita.
- ❖ Esta manobra deve ser tentada durante 30 a 60 segundos

### Letra T= TOQUE PARA REALIZAÇÃO DAS MANOBRAS INTERNAS

## ALEERTA

### T: TOQUE PARA MANOBRAS INTERNAS



**Figura 38 - Desenho esquemático das manobras internas para a distócia de ombro (ALSO)**

Estas manobras têm como objetivo manipular o feto para girar o ombro anterior em plano oblíquo e sob a sínfise púbica.

Manobra de RUBIN II: consiste em introduzir a mão pela concavidade sacra ascendo até a escápula fetal anterior e então pressionar o ombro anterior em direção a parede anterior do tórax para que ocorra abdução e redução do diâmetro biacromial. Se não houver desprendimento em 30 a 60 segundos deve-se proceder a próxima manobra Manobra de RUBIN II+WOODS (ou parafuso de Woods)= O obstetra mantém a pressão na escápula/ombro anterior para frente e com a outra mão pressiona o ombro posterior para trás, isto é, o obstetra tem dois dedos atrás do ombro anterior e dois

dedos na frente do ombro posterior. Com este movimento os ombros do feto giram e exteriorizam-se. Esta manobra exige uma ampla episiotomia.

Se as duas manobras anteriores falharem deve-se proceder a Manobra REVERSA DE WOODS. Nesta manobra o obstetra desce a mão que estava atrás do ombro anterior e a posiciona atrás do ombro posterior com o objetivo de girar o feto na direção oposta a da manobra convencional de Woods. Se após 30 a 60 segundos não ocorreu o nascimento passa-se para a letra A

**Letra A= ALTERAR A POSIÇÃO DA PACIENTE.** Posição genopeitoral ou de Gaskin é uma técnica segura, rápida e eficaz para reduzir a distócia de ombro, pois esta posição aumenta os diâmetros da pelve óssea. Ao mudar a posição da paciente o obstetra deve reiniciar com leve tração sobre o pólo cefálico a fim de liberar o ombro posterior que agora está anterior. Caso não ocorra o desprendimento, o obstetra deve reiniciar as manobras internas já descritas, agora na posição de Gaskin.

Manobras que só devem ser utilizadas como último recurso:

- Fratura proposital da clavícula
- Manobra de Zavanelli
- Relaxamento muscular com anestésicos
- Cirurgia abdominal e histerotomia
- Sinfisiotomia

A equipe deve documentar no prontuário todas as manobras realizadas e o tempo que durou o procedimento. Sempre anotar qual foi o braço que ficou impactado e em qual foram realizadas as manobras.

## 6.7- Óbito fetal

Segundo a Organização Mundial de Saúde e o *National Center for Health Statistics* dos EUA, óbito fetal (OF) é a morte do produto conceptual, antes da sua expulsão ou extração completa do organismo materno, após a 20ª semana de gestação. Se a idade gestacional é desconhecida, o peso fetal ao nascimento  $\geq 500$  gramas é o limite para diferenciar entre aborto e parto. Ocorre em cerca de 1% das gestações e responde por 50% da mortalidade perinatal. Em muitos países, a incidência de óbito fetal vem caindo, principalmente no segundo e terceiro trimestres gestacionais devido à melhoria da assistência médica.

Os natimortos são divididos quanto à idade gestacional em que ocorrem e em relação ao diagnóstico de trabalho de parto:

-Idade gestacional:

- Pré-termo precoce: com limite superior de 28 semanas ou 1000 gramas;
- Pré-termo tardio: com idade gestacional entre 28 e 36 semanas;
- A termo: com idade gestacional  $\geq 37$  semanas.

-Trabalho de parto:

- Anteparto
- Intraparto

Entre os casos de OF, 80% ocorrem antes do termo e metade destes antes da 28ª semana de gravidez. No Brasil, de acordo com dados do DATASUS, a incidência de natimortos em 2008 foi de 10,7/1000 NV, com variações entre as regiões consideradas. Cabe destacar que os números publicados são inferiores aos valores reais devido à subnotificação das informações.

**Fatores de risco e causas:** são condições associadas ao OF, porém sem um mecanismo causal direto conhecido. As causas determinantes do OF podem ser agrupadas segundo a origem em maternas, fetais e anexiais. Mas, em aproximadamente 50% dos casos a causa da morte fetal permanece desconhecida.

**Causas maternas:**

- Natimorto prévio: gestantes com história de OF na primeira gestação têm risco 2,7 vezes maior de ter fetos com restrição de crescimento intra-útero (RCIU), 2,3 vezes maior de prematuridade e 8 vezes maior de descolamento de placenta;
- Baixo nível sócio-econômico: condições associadas a este fator como tabagismo, alcoolismo e uso de drogas, obesidade, assistência médica

precária e doenças maternas associadas a RCIU e prematuridade estão associadas ao OF

- Tabagismo, alcoolismo e uso de drogas ilícitas: o risco de OF entre mulheres que fumam é 1,5 vezes maior por causa do aumento da carboxihemoglobina e da resistência vascular fetal, levando a RCIU e hipóxia fetal. Além disso, o tabagismo está associado a anomalias placentárias como placenta prévia e descolamento de placenta. Dados relacionando OF ao alcoolismo e ao uso de maconha são bastante controversos. O uso de cocaína está fortemente relacionado à OF por aumentar o risco de RCIU e descolamento placentário, bem como a retirada abrupta dos narcóticos. A exposição a medicamentos e toxinas ambientais (pesticidas, radiação) também podem se relacionar à OF.
- Cor: pacientes negras têm risco 2 vezes maior de OF quando comparadas às brancas, provavelmente pela associação com baixo nível sócio-econômico;
- Idade materna avançada (> 35 anos): aumento de 2 vezes no risco de natimorto, principalmente os de causa desconhecida e em primigestas;
- Obesidade (IMC  $\geq$  30): aumento de 2 vezes no risco de natimorto, mesmo depois de afastados alguns fatores de confusão como as doenças maternas associadas a esta condição;
- Doenças maternas: estima-se que sejam responsáveis por 10% dos OF. Neste grupo destacam-se:
  - *Diabetes mellitus* tipo 1 e 2: o risco de OF é 2,5 vezes maior nestas pacientes devido a anomalias, distúrbios do crescimento e desordens metabólicas fetais, além da ocorrência de comorbidades, como obesidade e hipertensão. Entretanto, o *Diabetes mellitus* gestacional não está associado a aumento do risco de OF.
  - Trombofilias hereditárias (mutação do fator V de Leiden, mutação G20210A do gene da protrombina e deficiência de proteína S, C e de antitrombina III) e adquiridas (síndrome do anticorpo antifosfolípide) também estão associadas à OF devido à trombose na circulação uteroplacentária, infarto, necrose e insuficiência placentária.
  - Outras doenças: hipertensão arterial, doença tireoidiana, renal, cardiovascular, anemia, asma e lúpus eritematoso sistêmico. Porém, a perda fetal geralmente ocorre quando estas condições são clinicamente aparentes e severas.

- Infecções maternas e/ou fetais: responsáveis por 10 a 25% dos OF. Condições infecciosas maternas graves como apendicite, pneumonia, pielonefrite, corioamnionite podem levar a OF. A fisiopatologia da morte fetal nestes casos inclui hipóxia materna por dificuldade respiratória, perfusão uterina anormal devido à sepse e desidratação, efeitos metabólicos da febre e da reação inflamatória sistêmica, que também estimulam o trabalho de parto pré-termo e a conseqüente prematuridade. A morte fetal também pode ocorrer devido à infecção placentária com conseqüente redução do fluxo sangüíneo para o feto e/ou por infecção direta do feto com lesão de órgãos vitais. A principal virose associada à OF é a Parvovirose B19, que leva à morte devido à hidropsia secundária à anemia e toxicidade miocárdica fetal. O vírus Coxsackie causa placentite, miocardite e hidropsia. Outras infecções virais fetais associadas a óbito são: echovirose, enterovirose, citomegalovirose, sarampo, varicela, rubéola, herpes e caxumba. As infecções bacterianas fetais podem ser causadas por organismos que ascendem do trato genital inferior e infectam as membranas corioamnióticas e líquido amniótico ou que são transmitidos por via hematogênica, tais como *Streptococcus* do grupo B, *E. coli*, *Klebsiella*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides*, *Listeria monocytogenes*. A sífilis, a toxoplasmose e a malária são outras possíveis infecções relacionadas à OF.

- Trauma materno: acidente automobilístico é a principal causa de morte fetal nesta categoria, seguida por lesão por arma de fogo e queda. A morte fetal se dá por más condições maternas, descolamento de placenta e lesão fetal direta.
- Baixo nível educacional.
- Assistência pré-natal inadequada.

#### **Causas fetais:**

- Anomalias congênitas: as anormalidades genéticas estão presentes em 8 a 13% das mortes fetais. Acredita-se que estas porcentagens estão subestimadas, pois em até 50% dos casos o cariótipo não é avaliado ou obtido com sucesso. O risco de aneuploidia é maior em fetos com malformações e pequenos para a idade gestacional, sendo as mais freqüentemente encontradas: monossomia X (23%), trissomia 21 (23%), trissomia 18 (21%) e trissomia 13 (8%). Neste item, cumpre ressaltar dois aspectos: muitos fetos mortos anatomicamente anormais apresentam anomalias genéticas que não

são diagnosticadas pelas metodologias disponíveis e algumas anomalias genéticas podem contribuir para o OF mesmo em fetos sem malformações óbvias (4,6%). Condições autossômicas recessivas (doenças metabólicas e hemoglobinopatias fetais), anomalias ligadas ao X, pequenas mutações e deleções podem levar a morte fetal. Além disso, o mosaicismo genético confinado à placenta pode levar a óbito fetos com cariótipo normal por causa do desenvolvimento e funcionamento placentário anormal.

- Baixo peso fetal: é o principal fator de risco para OF.
  - Feto com peso abaixo do 5º percentil: risco de OF é 5,6 vezes maior
  - Feto com peso entre o 5º e o 10º percentil: risco de OF é 2,8 vezes maior
  - Feto com peso entre o 10º e o 15º percentil: risco de OF é 1,9 vezes maior

Em uma grande proporção de fetos mortos de causa desconhecida (34%) há falha no diagnóstico pré-natal de RCIU. Importância deve ser dada à velocidade individual de crescimento fetal, uma vez que, as tabelas rotineiramente utilizadas podem não ser adequadas à população avaliada. Ainda, este achado pode estar associado a outras condições que favorecem o OF.

- Gestação múltipla: o risco de OF é quatro vezes maior que o de gestações únicas, sendo que 10% dos natimortos se originam de gestações gemelares. Os óbitos resultam de complicações obstétricas (insuficiência placentária, RCIU, descolamento de placenta, hipertensão, trabalho de parto pré-termo) e de condições típicas da gemelaridade (síndrome de transfusão feto-fetal, malformações, entrelaçamento de cordões, feto acárdico).
- Pós-datismo: o risco de OF é de 2 a 10 vezes maior em gestações de 41 a 42 semanas quando comparadas a gestações de 39 a 40 semanas, principalmente devido à insuficiência placentária.
- Aloimunização Rh: apesar da redução no número de casos após o uso da imunoglobulina anti-D no pré-natal e pós-parto e da melhora no manejo da aloimunização Rh, ainda ocorrem OF relacionados a esta condição.

#### **Causas obstétricas:**

- Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI): é uma das principais causas de OF, freqüentemente associada a outras condições já citadas.

- Hemorragia feto-materna: ocorre em até 5% dos OF, confirmados pelo teste de Kleihauer-Betke. Apenas a passagem de grandes quantidades de sangue fetal para a circulação materna, o que pode ser confirmado por achados de anemia e hipóxia na autópsia, causa OF. Outra possibilidade é a ocorrência de rotura de vasa prévia.
- Anomalias placentárias e de cordão: 15% dos OF em gestações a termo estão relacionados a acidentes de cordão umbilical, tais como prolapso, inserção velamentosa, torção, nó verdadeiro, entrelaçamento e circulares numerosas. A fisiopatologia do óbito está relacionada à redução abrupta do fluxo sanguíneo placentário para o feto por compressão do cordão. Banda amniótica é outra causa de OF.
- Outras causas: malformações uterinas, rotura prematura de membranas e trabalho de parto pré-termo.

**Diagnóstico:** é realizado quando, após a separação da mãe, o feto não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

#### **Anamnese**

- Parada da movimentação fetal e do crescimento uterino;
- Regressão da altura uterina e do peso materno;
- Regressão das manifestações gravídicas gerais.

#### **Exame físico**

- Pode haver altura uterina menor que a esperada para a idade gestacional devido a um óbito mais antigo ou por redução do líquido amniótico;
- Ausência de batimentos cardíacos e movimentos fetais, mesmo após estimulação;
- Pode ocorrer galactorréia.

#### **Exames subsidiários**

- Ultrassom obstétrico: é o exame de escolha para diagnosticar a morte fetal, pois é inócuo, fornece o diagnóstico independente do tempo de óbito e de forma rápida, com acurácia de 100%. Permite a avaliação de dados diretos e indiretos, como ausência de batimentos cardíacos e movimentos, perda do tônus, osteólise, acavalgamento dos ossos do crânio e de malformações/deformações que porventura estejam presentes;

- Raios-X: o diagnóstico é dependente do tempo de óbito e só é indicado quando não se tem acesso ao ultrassom. Avalia-se o edema generalizado, o acavalgamento dos ossos da calota craniana (sinal de Spalding-Horner), a perda da flexão dos membros (sinal de “bone salad”), a hiperflexão da coluna vertebral (sinal de Hartley) e a presença de ar no coração e grandes vasos fetais (sinal de Roberts).
- Amnioscopia: líquido amniótico achocolatado sugere OF.

### **Conduta**

**Momento da resolução:** O manejo ativo, isto é, a resolução da gravidez deve ser a conduta nas seguintes situações:

- -Paciente deseja a resolução imediata
- -Colo uterino é favorável à indução
- Paciente apresenta qualquer complicação (sangramento genital, infecção, coagulopatia, corioamniorrexe)

Caso a paciente deseje aguardar o início espontâneo do trabalho de parto e as condições clínicas permitirem, a equipe decidirá pela conduta expectante por um período de até quatro semanas. Na vigência de óbito fetal, 80 a 90% das gestantes entram em trabalho de parto espontâneo em duas semanas, porém este período de latência pode se prolongar substancialmente. Os riscos da conduta expectante, apesar de raros, são infecção intra-uterina e coagulopatia decorrente da liberação de substâncias trombotóxicas pelo feto e s. Por isso, é prudente que se mantenha vigilância sobre a paciente em conduta expectante da seguinte forma:

- Retornos semanais, com avaliação cervical pelo Índice de Bishop;
- Avaliação laboratorial com tempo de Protrombina (TP), tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA), dosagem de fibrinogênio, de dímeros D e de produtos de degradação da fibrina (PDF), além de hemograma completo;
- Considera-se o coagulograma alterado se: TP e/ou TTPA paciente > controle, dímeros D e PDF duas vezes o padrão, fibrinogênio < 100 mg/dl ou plaquetas < 100.000/ml.

**Modo de resolução:** Independentemente da causa de morte fetal, quando a expulsão do feto não ocorre espontaneamente, está indicada a indução do trabalho de parto. Este procedimento, em gestante com colo desfavorável se associa a maior possibilidade de falha da indução e de cesárea. Com o surgimento das prostaglandinas houve redução destes problemas, uma vez que são mais efetivas que

a ocitocina ou a amniotomia para superar os obstáculos do colo desfavorável e alcançar o parto vaginal. Portanto, o uso de misoprostol se torna cada vez mais freqüente por facilitar o início do trabalho de parto e reduzir as taxas de cesárea. A técnica para indução do trabalho de parto, assim como as contra-indicações estão descritas no capítulo da indução do trabalho de parto.

**Investigação recomendada em caso de óbito fetal:** é de grande importância, por três motivos principais:

- Ao se determinar a causa do OF, encerra-se o ciclo de estresse emocional dos pais e familiares;
- Caso os pais queiram ter outro filho, é importante que eles conheçam o risco de recorrência do OF e
- Intervenções médicas podem ser realizadas com o objetivo de reduzir o risco de um novo OF em gestação subsequente.

**Necropsia, avaliação da placenta, cordão umbilical e membranas corioamnióticas:** estes são os exames mais importantes na avaliação do OF. A necropsia permite a identificação macro e microscópica de malformações, anomalias relacionadas a distúrbios metabólicos, hipóxia e infecção fetal, além da mensuração do peso, estatura, circunferência craniana e comprimento do pé do feto (importantes para a determinação da idade gestacional e crescimento fetal). Macro e microscopia da placenta, cordão umbilical e membranas são componentes essenciais na avaliação do OF. Anormalidades fetais e anexiais óbvias devem estar anotadas no prontuário da mãe.

**ATENÇÃO:** Recomenda-se que as pacientes que evoluíram com óbito fetal, fora do trabalho de parto e sem causa aparente sejam encaminhadas para o AMEFE em 40 dias para futura investigação da causa.

#### **Estratégias para redução da morte fetal**

- Identificação dos fatores de risco, seguida por eliminação ou, quando isto não for possível, melhora dos mesmos;
- Vigilância fetal, no período anteparto, em situações de risco aumentado devido a condições maternas e/ou fetais, por meio da utilização de métodos de avaliação da vitalidade fetal e da realização do parto quando necessário (se

possível, após a córtico-indução da maturidade pulmonar fetal em fetos pré-  
termos);

- Monitorização fetal intraparto adequada;
- Diagnóstico intra-útero de fetos anatomicamente e/ou geneticamente anormais e interrupção da gestação quando desejada pelos pais e autorizada judicialmente

## 6.8- Prevenção e correção de tocotraumatismos maternos

O parto vaginal e as operações e manobras obstétricas chamadas de tocurgia podem ocasionar lesões maternas e fetais/neonatais. O tocotraumatismo materno está relacionado a macrossomia, prematuridade, apresentações anômalas, trabalho de parto prolongado, distocias, desproporção cefalopélvica, parto vaginal assistido e a operação cesariana. Esta associação ocorre devido a relação anatômica entre o útero e o canal de parto, bexiga e ureteres, com o trato digestivo inferior e a região anal. É fundamental que os profissionais estejam treinados para prevenir, diagnosticar e corrigir os tocotraumatismos maternos.

### Prevenção de traumas maternos durante a assistência ao parto

- Conhecimento das estruturas anatômicas a serem abordadas
- Conhecimento da técnica cirúrgica necessária para realizar o procedimento
- Supervisão dos procedimentos obstétricos pelo chefe do plantão
- Durante a realização da cesariana:
  - Identificar a reflexão do peritoneo visceral (útero), abrir e rebaixá-lo antes de realizar a histerotomia
  - Na realização da histerotomia, para evitar a laceração ou prolongamento da histerotomia, recomenda-se que seja realizada apenas pelo obstetra responsável pelo procedimento. Além disto, é necessário lembrar-se da destrorotação uterina para que a histerotomia não seja realizada de forma assimétrica e, conseqüentemente mais próxima de um dos ramos da artéria uterina.
  - Ao realizar a extração fetal não apoiar a mão no pube materno, pois este movimento de alavanca predispõe a laceração do ângulo da incisão.
- Realizar episiotomia seletiva (categoria A)

**a) Lesões vesicais:** A bexiga é uma víscera oca, localizada anterior e inferiormente a parede uterina anterior

**a1) Relacionadas a cesárea:** a incidência de lesões vesicais durante a cesárea varia de 0,14 a 0,94%. Em cesáreas seguidas de histerectomia, a incidência chega a 3%. Os principais fatores de risco na sua ocorrência são: obesidade, sangramento intra-operatório importante, aderências pélvicas, massas anexiais, distorção da anatomia pélvica e experiência do cirurgião. É mais freqüente ocorrer lesão vesical após múltiplas cesarianas. O local mais freqüente da lesão é o fundo vesical e ocorre

durante a abertura do peritoneo (celiotomia) visceral ou durante a celiotomia parietal. Quando a lesão não for detectada no intra-operatório, a paciente pode apresentar um quadro de peritonismo, com formação de ascite por coleção de urina em cavidade pélvica no pós-operatório imediato. O período mais freqüente de detecção das fístulas urogenitais é após duas semanas do parto, principalmente nas fístulas vaginais.

**a2) Relacionadas ao parto vaginal:** em geral a extensão da lesão é menor, porém de difícil visualização devido à localização. Quando há dúvida, pode-se realizar o teste com azul de metileno, com visualizando-se a saída do corante pela cavidade vaginal. No parto vaginal assistido com fórceps, principalmente quando há rotação da apresentação, existe um risco aumentado de laceração de parede vaginal anterior, e conseqüentemente, de lesão vesical infra-trigonal. A lesão costuma ser irregular e múltipla.

#### **Técnica cirúrgica para correção ou sutura vesical**

- Lesão vesical identificada por via abdominal no intra-operatório

- Identificar a extensão e a localização da lesão em relação ao trígono vesical (utilizar pinça de Allis ou Colin para individualizar o segmento);
- Liberar a região peri-lesional, demarcando um limite de 2 cm em cada área;
- Usar fios absorvíveis multifilamentares (Vicryl) ou monofilamentares (Monocryl), com agulha atraumática e calibre reduzido (3 ou 4-0). Prefere-se o monofilamentar; embora de pliability (dificuldade de dar nós) aumentada, pois apresenta menor adesão bacteriana e menor risco de trauma.
- Realizar a sutura em duas camadas:
  - A mucosa vesical deverá ser aproximada, com pontos simples em U, porém não transfixada com o fio cirúrgico, devido ao risco de cálculo vesical e cistite crônica.
  - Para o plano muscular, fazer o mesmo procedimento.

- Lesão vesical identificada por via vaginal no intra-parto

- Utilizar a mesma técnica descrita no item anterior, porém orienta-se realizar o teste com corantes, como o azul de metileno, após realizar a sutura, pois há possibilidade das lesões serem múltiplas. As lesões infra-trigonais têm maior risco de recidivarem.

- Lesões vesicais identificadas no pós-operatório

- Considera-se como fístula e é conduzida como tal, esperando-se um tempo mínimo de 3 meses para a correção cirúrgica, devido ao risco de recidiva (tecido ainda friável ou não fibrótico).

**Cuidados pós-operatórios:** sondagem uretrovesical de demora (SVD) por no mínimo 7 dias. Não há necessidade de sondagem em três vias ou contínua. A antibioticoprofilaxia será mantida enquanto paciente estiver sondada e poderá ser utilizada quinolona ou sulfametoxazol-trimetropim. A paciente será reavaliada em 1 semana e caso não haja suspeito de fístula, a SVD será retirada.

**b) Lesões perineais:** o períneo é composto de múltiplos planos que podem ser lesados durante o parto vaginal. O conhecimento detalhado da anatomia do períneo é essencial para a prevenção e a reparação das lesões perineais e perianais. O corpo ou membrana perineal é o tendão central do períneo onde se juntam os músculos bulbocavernosos, transverso do períneo (superficial e profundo) e o esfíncter anal externo. No caso da episiotomia (laceração iatrogênica de 2º grau), além da pele e da mucosa, são habitualmente seccionados os músculos transverso superficial do períneo e bulbocavernoso.

As lacerações são divididas em quatro graus de acordo com a Escola Americana:

1. Primeiro grau: laceração superficial da mucosa ou corpo perineal;
2. Segundo grau: laceração do tecido superficial profundo e de musculatura perineal;
3. Terceiro grau: Obstetrics and Anal Sphincter Injuries (OASIS)
  - OASIS 3a ou Incompleta: expõe o músculo esfíncter anal, mas não o secciona;
  - OASIS 3b ou Completa: secciona o músculo esfíncter anal
4. Quarto grau: laceração de terceiro grau completa (OASIS 3b) com laceração da mucosa retal.

O parto vaginal está associado, principalmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, a uma elevada incidência de lesões esfíncterianas anais sendo descrita uma taxa média é de 1,7 a 12%. A principal preocupação no diagnóstico de OASIS é a ausência do treinamento do obstetra em identificar as estruturas anatômicas. Em pesquisa multicêntrica realizada nos Estados Unidos, apenas 40% dos residentes sabiam realizar a correção de laceração anal demonstrando claramente

a necessidade de padronizar e difundir esse conhecimento. Uma grande preocupação é quanto ao risco de disfunção anorretal consequente a um procedimento mal executado. As lacerações de 3º e 4º grau podem ocorrer após qualquer tipo de parto vaginal, sendo mais frequentes em partos em que a episiotomia foi realizada ou em partos assistidos com fórcepe. A correta avaliação e reparo da episiotomia são necessários para prevenir complicações. Eventualmente, as lacerações expõem partes da musculatura do diafragma pélvico, como a porção puborretal do levantador do ânus, o qual não deve fazer parte da episiorrafia.

•Primipara
•Idade materna abaixo de 21 anos
•Segundo período do trabalho de parto prolongado
•Variedade de posição fetal transversa ou posterior
•Uso de ocitocina
•Analgesia de parto
•Episiotomia de rotina (mediana e médio-lateral)
•Parto em posição ginecológica
•Parto vaginal assistido
•Experiência do profissional que assiste ao parto

#### **Quadro 21 - Fatores associados às lacerações de terceiro ou quarto graus**

A causa principal das disfunções anorretais é a não identificação da ocorrência das lesões, portanto o principal passo na reconstrução dessa região é a identificação dos esfíncteres anais interno e externo. Em seguimento ultrassonográfico após a correção da lesão anal, 15% das pacientes não apresentam a reconstrução do esfíncter anal interno, 8% de pacientes com OASIS apresentam novo episódio de lesão esfícteriana em parto subsequente. Caso não seja possível identificar as referidas áreas, a ajuda do profissional mais experiente do plantão é importante.

#### **Técnica cirúrgica**

- Equipe médica: O reparo da região anorretal necessita de um ou dois assistentes, ou pelo menos a presença de um afastador auto-estático
- Material cirúrgico adequado
- Analgesia regional suficiente

O mais importante é ter uma visualização adequada da região.

- Sutura: deve ser realizada no mínimo em TRÊS planos

- Mucosa retal
- Septo retovaginal
- Mucosa vaginal posterior

O esfíncter é suturado separadamente da mucosa retal. Uma seringa de vidro no canal anal é útil para avaliar defeitos no fechamento desta área. Sempre que houver dúvida em algum plano, refazer a sutura.

**Primeiro plano:** utiliza-se fio absorvível de longa duração, com calibre fino, como Vicryl 3.0 ou 4.0 ou Monocryl. Inicia-se o fechamento a 0,5 cm do ápice da lesão com intervalos da mesma distância, imbricados, deixando a área hermeticamente fechada, preferencialmente sem transfixar a mucosa. O término é justaposto ao esfíncter anal, sem comprometer sua elasticidade.

**Segundo plano:** é o fechamento da fásia retovaginal e, a depender da espessura dessa estrutura, pode-se fechar esta área com pontos simples na horizontal, com os mesmos intervalos. Pela importância na manutenção do assoalho pélvico desta estrutura, e pelo número de pesquisas realizadas com o ácido poliglicólico, o vicryl 2.0 ou 3.0 é recomendado.

**Terceiro plano:** o esfíncter é o último plano da região anorretal a ser fechada. As pontas devem ser tracionadas porque há uma retração dessas estruturas com a secção. Pode-se prensá-las com a pinça de Allis. Nessa área, o número de suturas é no mínimo de 4, pois é uma estrutura nobre. Porém, o nó não deve estrangular o tecido, a fim de evitar isquemia, necrose e má cicatrização das bordas. A agulha nessa região é traumática, podendo ser vicryl ou monocryl.

*A mucosa vaginal posterior pode ser fechada com sutura contínua ancorada, utilizando vicryl ou monocryl ou catagute cromado 3.0.*

### **Cuidados pós-operatórios**

- Antibioticoprofilaxia não é indicada em todos os casos
- Dieta: orienta-se prescrever jejum nas 1<sup>a</sup> seis horas, dieta líquida no primeiro dia, dieta laxativa no segundo dia e dieta geral após a alta. A avaliação dos parâmetros intestinais e algícos devem ser diários.
- Retorno em 7, 30 e 90 dias para reavaliação clínica.
- Ultrassonografia transperineal para avaliar função esfínteriana anal em cada caso.

- Caso a paciente apresente queixas relacionadas a disfunção anorretal (flactus vaginalis, incontinência fecal, tenesmo retal) deverá ser encaminhada para propedêutica no Setor de Cirurgia Reconstructiva Pélvica no HCFMRPUSP.

### **Procidência e prolapso de cordão umbilical**

É uma complicação rara, que ocorre em cerca de 1 entre cada 1000 partos, na qual o cordão umbilical precede o feto no canal de parto produzindo uma compressão do cordão prolapso e reduzindo o fluxo sanguíneo para o feto.

**Procidência do cordão:** as membranas corioamnióticas estão íntegras, sendo identificado pelo padrão anormal da frequência cardíaca fetal. O problema pode ser resolvido mudando a posição da mãe ou levantando a cabeça do feto para aliviar a pressão sobre o cordão. Por vezes, tem de ser feita uma cesariana

**Prolapso de cordão:** as membranas se rompem e o cordão umbilical se exterioriza pela vagina, sendo mais frequente nas apresentações anômalas (pélvica e cômica). Entretanto, quando ocorre a corioamniorrexe e a apresentação cefálica está alta é possível ocorrer o prolapso de cordão.

**Diagnóstico:** clínico

**Conduta:** a resolução imediata da gravidez é a conduta, porém até a resolução é necessário que a equipe esteja apta a iniciar medidas que serão determinantes para o prognóstico do feto.

- 1- **Solicitar ajuda:** Chamar anestesiologista, pedir sala cirúrgica, avisar neonatologista
- 2- **Oferecer O2:** 5 litros/minuto em máscara
- 3- **Hidratação:** 1000 ml EV SF 0.9% ou RL pinça aberta
- 4- **Mudança de decúbito materno:** Posição genupeitoral
- 5- **Elevação da apresentação fetal:** realizar o toque vaginal e manter até o parto.  
Encher bexiga materna com 500 ml SF 0,9%, utilizando sonda vesical
- 6- **Tocólise:** aplicar 1 ampola (0,5mg) de terbutalina no SC
- 7- **Cesárea de urgência**

### **ATENÇÃO**

- ❖ O pH fetal sofre redução de 0,04 a cada minuto, portanto em 7 minutos o pH fetal será ácido ou menor que 7
- ❖ A equipe não deve perder tempo com tentativa de reduzir o cordão umbilical, pois após a exposição deste na vagina o fluxo sanguíneo já está alterado

- ❖ Sempre que o feto apresentar bradicardia após a corioamniorrexe deve-se pensar em prolapso de cordão umbilical

## INVERSÃO UTERINA

A inversão uterina é uma complicação grave e rara do terceiro período do trabalho de parto. A frequência referida na literatura é muito variável, de 1/20000 na Europa a 1/2000 nos Estados Unidos. O diagnóstico precoce e a conduta terapêutica adequada e imediata são fundamentais; pois quanto maior o atraso no tratamento mais elevada a taxa de mortalidade materna. As inversões uterinas classificam-se de duas formas

- De acordo com o tempo em relação ao período expulsivo
    - Agudas nas primeiras 24 horas pós-parto
    - Subagudas se ocorrem depois das 24 horas e antes de quatro semanas do parto
    - Crônicas se surgem mais de quatro semanas após o parto; se o diagnóstico não é feito nos primeiros 30 minutos forma-se um edema cervical que constitui o anel retrátil que impede a reposição uterina
  - De acordo com a gravidade anatômica descrevem-se quatro graus:
    - Grau I – o fundo uterino não ultrapassa o orifício cervical
    - Grau II – o fundo uterino ultrapassou o colo
    - Grau III – o fundo uterino exterioriza-se à vulva
    - Grau IV – as paredes da vagina participam na inversão, que se diz total
- Os graus I e II contemplam 1/3 dos casos de inversão uterina.

Os fatores etiológicos subjacentes à inversão podem ser fatores predisponentes individuais ou fatores extrínsecos.

- Fatores predisponentes individuais:
  - Configuração anatômica do útero gravídico: um órgão móvel com um sistema ligamentar que permite a sua expansão e deslocação fisiológica na gravidez; no decurso da gravidez,
  - Influência hormonal e bioquímica: determinam uma maior frouxidão neste sistema ligamentar e fundo uterino se torna mais espesso por hipertrofia muscular, enquanto o segmento inferior torna-se mais fino e distende-se.
  - Paridade: alguns autores referem a primiparidade como fator de risco, uma vez que teriam trabalhos de parto mais prolongados, para outros, a inversão ocorre numa maneira igual entre primíparas e múltiparas

- Hipotonias uterinas (casos de gravidez múltipla, macrosomia, uso de  $\beta$ -miméticos), a Localização placentária: a localização fúndica da placenta e o cordão curto parecem ser outros fatores predisponentes à inversão.
- Fatores extrínsecos: encontram-se as atitudes tomadas durante o 3º período do trabalho de parto:
  - Tração sobre o cordão, muitas vezes associada a expressão uterina
  - Suspensão dos ocitócicos após o período expulsivo

O tipo de anestesia (locorregional ou geral) e o tipo de parto não parecem ter influência na incidência das inversões. Cirurgias uterinas prévias não são fator de risco, exceto a frequência mais elevada de placenta acreta, que poderá conduzir a manobras de maior risco.

**Diagnóstico:** reconhecer uma inversão uterina e tratá-la rapidamente é fundamental para o prognóstico. O diagnóstico é clínico e os três principais sinais são: a hemorragia, o choque e a dor pélvica.

- Hemorragia uterina é dos sinais mais frequentes, presente em 95% dos casos,
- Choque ocorre em 60% dos casos e resulta:
  - da hipovolemia
  - do mecanismo vagal do estiramento dos ligamentos que a inversão uterina provoca
- Dor pélvica ocorre em 7 a 10% dos casos e pode estar mascarada pela analgesia.

**Tratamento:** consiste na redução manual da inversão uterina com rápida intervenção no quadro de choque materno que pode necessitar reanimação. Em  $\frac{3}{4}$  dos casos a inversão ocorre antes do descolamento da placenta. A conduta em relação à dequitação antes ou depois da reposição uterina não é unânime:

-Dequitação após a correção da inversão uterina: tem como objetivo limitar a hemorragia,

-Dequitação antes da correção da inversão uterina: tem como objetivo agilizar o procedimento, pois o volume placentário pode dificultar a manobra de reposição.

Para a reposição uterina, recorre-se em geral ao relaxamento uterino, quer por anestesia geral (o halotano é um uterorelaxante por excelência), quer ao sulfato de magnésio, 2 a 4g EV. Técnica de reposição uterina: a redução manual, segundo o método de Johnson, consiste em pressionar o fundo uterino com a palma da mão e

empurrá-lo para a cavidade abdominal, em direção à cicatriz umbilical, permanecendo aí até se instalar de novo o tonus uterino, mediante a administração de ocitócicos ou prostaglandinas, após o que se retira a mão. Se esta técnica falhar, ou se se verificar uma recidiva recorre-se a métodos cirúrgicos descritos a seguir:

-Desinvaginação por laparotomia, segundo a técnica de Huntington: consiste em realizar tração progressiva sobre os ligamentos redondos com pinças de Allis.

-Histerotomia mediana posterior, segundo a técnica de Haultain: quando a Técnica de Huntington falhar, o que ocorre geralmente por edema do colo, consiste numa incisão de 5-6cm da parede posterior uterina para evitar a bexiga, atingindo o anel cervical e permitindo uma desinvaginação fácil.

-Histerectomia: deve ser o último recurso, indicada quando as outras técnicas falharem.

Qualquer que seja a técnica utilizada, a antibioterapia sistêmica e de largo espectro é preconizada. Complicações sépticas e hemorrágicas estão descritas assim como perfurações ou roturas uterinas na redução; a morbidade esta associada as transfusões e a endometrite puerperal. O risco de recidiva persiste nas horas seguintes, ou mesmo dias, que se seguem à inversão, sobretudo se o tratamento foi apenas a reposição manual.

As inversões uterinas puerperais são uma intercorrência rara, por vezes difícil de reconhecer de imediato, e podendo ser responsáveis por morbidade e mortalidade materna consideráveis. A vigilância atenta no pós-parto imediato é fundamental para o diagnóstico precoce e o tratamento imediato. O prognóstico depende da rapidez diagnóstica e terapêutica, obtendo-se neste caso completa recuperação anatômica e funcional, sem sequelas.

## 7. INTERCORRÊNCIAS NO PUERPÉRIO

### 7.1- Processos Infeciosos

A maioria dos processos infecciosos está localizada na cavidade uterina e são de etiologia polimicrobiana, isto é, são causados por microorganismos que fazem parte da flora cervical e vaginal, representando uma disseminação de microorganismos por contiguidade com a vagina. Fatores que aumentam a entrada de flora vaginal na cavidade uterina aumentam o risco de infecção, tais como ruptura prolongada das membranas, exames vaginais freqüentes, parto vaginal assistido, inexperiência de quem conduz o parto; fatores do hospedeiro, tais como idade materna (baixa ou avançada), baixo nível sócio-econômico ou obesidade. A corioamnionite que ocorre antes do parto não é considerada infecção hospitalar. As infecções obstétricas hospitalares mais importantes são:

- Infecção puerperal (IP)
- Morbidade febril puerperal (MFP)

**a) Infecção puerperal (IP):** Processo infeccioso que acomete o trato genital após o parto. Sua importância se deve à incidência, ao aumento do período de internação, aos elevados custos hospitalares e ao fato de constituir, junto às complicações hipertensivas e hemorrágicas da gestação, a tríade letal das causas obstétricas de morte materna. Após o estabelecimento deste diagnóstico sindrômico é obrigatório iniciar a propedêutica para esclarecimento da etiologia. Devido à sua morbiletalidade, a infecção uterina deve ser prioritariamente investigada. Pode haver comprometimento variável do útero, explicando-se a variedade de denominações utilizadas, como endometrite, endomiometrite e endoparametrite. O processo infeccioso geralmente se inicia com a colonização do sítio de implantação placentária ou das lesões do trato genital por microorganismos aeróbios da flora vaginal. Com a progressão do quadro é comum o isolamento de germes gram-positivos, gram-negativos, aeróbios e anaeróbios.

a1) Fatores de risco para IP: o principal fator de risco é a via de parto. Comparada ao parto normal, a cesariana aumenta o risco de endometrite entre cinco e trinta vezes. O uso de antibioticoprofilaxia para o parto cesárea reduz sobremaneira esta diferença, mas não a torna menos importante. Outros fatores de risco importantes são o baixo nível socioeconômico, a desnutrição, a obesidade e as doenças intercorrentes que debilitam o sistema imune da gestante. Também se destacam hábitos higiênicos

precários, o tabagismo, as infecções pré-natais, o tempo prolongado de corioamniorrexe, o número de toques vaginais e o trabalho de parto prolongado.

a.2) Diagnóstico:

a.2.1) Anamnese:

- Pesquisa dos fatores de risco
- Sintomas mais comumente relatados
  - Febre é a queixa mais freqüente. Sua duração e intensidade variam conforme a gravidade do quadro;
  - Dor hipogástrica ou incisional;
  - Loquiação aumentada com aspecto e odor alterados.

a.2.2) Exame físico: poderá demonstrar sinais conclusivos para o diagnóstico etiológico. Três deles deverão ser obrigatoriamente pesquisados:

- Temperatura: deverá ser oral aferida quatro vezes ao dia. O reservatório de mercúrio deverá permanecer na posição sublingual por pelo menos cinco minutos, com a paciente em repouso e previamente à utilização de antitérmicos.
- Altura uterina: subinvolução uterina deverá ser constatada, lembrando-se que no décimo dia de puerpério o útero deve estar à altura da sínfise púbica e o colo uterino fechado
- Loquiação: pode estar aumentada e eventualmente observa-se a presença de pus ou odor fétido. A eliminação de restos placentários ou de membranas corioamnióticas leva à suspeição de retenção de restos placentários.
- Incisão cirúrgica, a episiorrafia e lesões de trajeto em busca de sinais flogísticos ou coleções.

Nos casos mais graves observam-se queda do estado geral, taquicardia, hipotensão arterial, icterícia, acolia fecal, colúria, redução dos ruídos hidroaéreos, sinais de peritonite e da síndrome do choque tóxico.

a.2.3) Exames complementares: Visam estabelecer a etiologia e o grau de comprometimento sistêmico, além de orientar quanto ao prognóstico. Devem ser solicitados:

- Hemograma com diferencial de leucócitos;
- Urina tipo I e urocultura;
- Uréia e creatinina;
- Teste do derivado do *ergot*: teste diagnóstico e prognóstico imprescindível. Consiste na administração de substância uterotônica para a observação do

conteúdo uterino. Para a sua realização devem ser seguidos os seguintes passos técnicos:

- Paciente em posição ginecológica;
- Exame especular para observação do orifício externo cervical;
- Administração EV lenta da associação: duas ampolas de metilergonovina (0,4 mg, no total), uma ampola de metoclopramida (10 mg), diluídas para 10 ml de soro fisiológico a 0,9%.
- Resultado e interpretação do teste do ergot: orienta-se que o resultado seja descritivo, evitando-se termos como positivo ou negativo. A eliminação de conteúdo purulento e/ou com odor fétido estabelece o diagnóstico de endometrite. A ausência de sua exteriorização concomitante com a clínica de IP sugere comprometimento miometrial (endometriometrite), e indica casos com pior prognóstico.

De acordo com o quadro clínico, outros exames deverão ser solicitados. Dentre eles: ultra-sonografia pélvica e de parede abdominal, radiografia simples de abdome, enzimas hepáticas (AST, ALT, bilirrubinas), coagulograma (TP e TTPA), cultura de secreções ou de cateteres e hemocultura. Estas coletas devem ser realizadas apenas de locais onde habitualmente não existe secreção. Não há utilidade na obtenção de amostra da loquiação para cultura.

a.2.4) Tratamento: Realizado o diagnóstico etiológico interna-se a paciente para terapia antimicrobiana EV e monitoração do tratamento.

- Prescrição de ocitocina: promove maior contratilidade uterina fisiológica e eliminação de material infectado do ambiente endometrial. A prescrição consiste em quatro ampolas de ocitocina (20 UI) em 500 ml de soro glicosado a 5 %, a 20 gotas por minuto.
- Esquemas antimicrobianos:
  - Esquema 1: Clindamicina, 900 mg EV a cada 8 horas diluir em 100ml de SF e correr em 30 minutos associado a Gentamicina 240mg/dia ou 3 a 5mg/Kg/dia em dose única diária preferencialmente EV (diluída em 150ml de SF, correr em 1 hora) ou IM. Sua efetividade alcança 95% pela ampla cobertura, principalmente dos anaeróbios. Ao utilizar aminoglicosídeos recomenda-se controle da função renal previamente à sua utilização e a sua repetição a cada dois dias de tratamento. Em caso de resposta insatisfatória a este esquema pode se associar o Metronidazol (500mg, EV, de 8/8 horas) para ampliar a cobertura contra germes anaeróbios. A melhora clínica deve ocorrer em 48 a 72 horas, sendo necessária a investigação de

complicações da endometrite caso ela não ocorra. Dentre as mais importantes, citam-se: flegmões parametrais, abscessos pélvicos ou de parede abdominal, hematomas infectados e tromboflebite pélvica. É importante salientar a necessidade de exclusão de focos extrapélvicos.

-Esquema 2: Ampicilina, 2g EV de 6/6 horas e Gentamicina, mesma dose citada no esquema 1 (não contemplam microorganismos anaeróbios). Podem ser eficazes em até 90% dos casos de endometrite após parto vaginal, mas obtêm resposta satisfatória em 60 a 70 % dos casos subseqüentes às cesarianas. A associação com Metronidazol (500 mg, EV, de 8/8 horas) deverá ser instituída nos casos em que há falha ao esquema duplo.

**ATENÇÃO:** Outros esquemas são descritos na literatura, principalmente para casos de maior gravidade ou após ausência de resposta satisfatória. Nestas situações, a orientação é a transferência da paciente para serviço de maior complexidade devido ao aumento dos riscos, custos e necessidade de monitorização mais acurada do caso.

Havendo melhora clínica e curva térmica oral afebril durante 48 horas em pacientes híginas, autoriza-se a alta hospitalar com orientações para observação de febre e reavaliação precoce. Evidências científicas atuais demonstram não haver necessidade da manutenção da antibioticoterapia via oral após o término bem sucedido via endovenosa, ou seja, A PACIENTE RECEBE ALTA SEM ANTIBIÓTICO VIA ORAL. É fundamental estimular a puérpera na manutenção da amamentação.

#### **Tratamentos adicionais:**

- Curagem e/ou curetagem uterina: na suspeita de conteúdo intra-uterino (restos placentários) deverá ser realizada após seis horas da introdução dos antimicrobianos e período de jejum preconizado pela equipe de anestesiologia.
- Exploração cirúrgica de coleções infectadas intracavitárias: para lavagem rigorosa com SF 0,9% de parede abdominal ou de lesões de trajeto – obter culturas das coleções ou abscessos infectados preferencialmente por aspiração para possível identificação do agente etiológico e sensibilidade aos antimicrobianos. Caso seja exploração de ISC, obter material para cultura após lavagem com SF 0,9%.

- Histerectomia total (e pan-HTA): após a exclusão intra-operatória de abscessos, hematomas ou corpos estranhos e constatando-se útero e/ou s com sinais infecciosos, está indicada para extirpação do foco infeccioso. O diagnóstico de endometriíte é uma indicação absoluta de histerectomia total, pois a subtotal manteria foco infeccioso.

**Tromboflebite pélvica séptica:** persistência de picos febris elevados em pacientes com sinais de melhora clínica, uso correto dos antimicrobianos e ausência das complicações supracitadas. Recomenda-se heparina não fracionada, 24.000 a 36.000 UI por dia, EV, por 10 a 14 dias. Se o diagnóstico estiver correto a paciente ficará afebril dentro de 48 a 72 horas. Estas pacientes deverão fazer controle diário da coagulação com TTPA e a relação paciente/ teste deverá ser mantida entre 2 ou 2,5. Se houver possibilidade, a heparina de baixo peso molecular poderá ser utilizada e não há necessidade de controle do sistema de coagulação. A dose é 1mg/Kg 12/12h. Nas pacientes que geralmente ocorre após a alta hospitalar e os fatores predisponentes incluem falta de cuidados com mamilos, técnicas inadequadas de amamentação, esvaziamento inadequado das mamas por técnica incorreta da amamentação e trauma mamilar. Os principais agentes etiológicos envolvidos são os germes gram-positivos, principalmente o *Staphylococcus aureus*. evoluem com piora clínica progressiva e acentuada há necessidade de admissão em Centro de Terapia Intensiva para suporte avançado e, havendo sinais de fascíte necrotizante perineal ou abdominal, o agressivo debridamento cirúrgico do tecido infectado se impõe, já que nesta situação a mortalidade varia de 50 a 100% dos casos.

- Lesões de trajeto – obter culturas das coleções ou abscessos infectados preferencialmente por aspiração para possível identificação do agente etiológico e sensibilidade aos antimicrobianos. Caso seja exploração de ISC, obter material para cultura após lavagem com SF 0,9%.
- Histerectomia total (e pan-HTA): após a exclusão intra-operatória de abscessos, hematomas ou corpos estranhos e constatando-se útero e/ou s com sinais infecciosos, está indicada para extirpação do foco infeccioso. O diagnóstico de endometriíte é uma indicação absoluta de histerectomia total, pois a subtotal manteria foco infeccioso.

Nas pacientes que evoluem com piora clínica progressiva e acentuada há necessidade de admissão em Centro de Terapia Intensiva para suporte avançado e, havendo sinais de fascíte necrotizante perineal ou abdominal, o agressivo

debridamento cirúrgico do tecido infectado se impõe, já que nesta situação a mortalidade varia de 50 a 100% dos casos.

**b) MORBIDADE FEBRIL PUERPERAL:** definida pela aferição da temperatura oral maior que 38 °C em pelo menos dois dos dez primeiros dias de puerpério, excetuando-se as primeiras 24 horas. Apesar da IP permanecer como a principal causa de MFP, há de se descartar a presença de focos infecciosos extrapélvicos, dentre os quais os mais freqüentes são: infecções das mamas, dos tratos urinário e respiratório e as causas vasculares. Fazem parte deste grupo:

b1) Infecção do Trato Urinário (ITU): A ITU é um problema comum durante a gravidez e puerpério. Os principais fatores de risco incluem retenção urinária pós-anestesia, trauma durante o parto e cateterização vesical. Por este motivo, quanto menos cateterização vesical, menor o risco de ITU de origem hospitalar. Outro fator de risco que pode e deve ser evitado é a bacteriúria assintomática durante a gravidez. Esta entidade deve ser sempre tratada de acordo com o antibiograma. Na suspeita de ITU durante a gestação e puerpério a paciente sempre deverá ter um exame de cultura colhido. A urocultura antes do início da terapêutica será utilizada na orientação da manutenção das medicações. Entretanto, o diagnóstico da ITU sintomática deve ser clínico, seguido de pronta antibioticoterapia empírica. Considera-se Infecção ITU como uma infecção hospitalar quando a puérpera foi submetida a procedimento como sondagem vesical de demora ou sondagem vesical de alívio quando em atendimento na instituição, ocorrida nos últimos sete dias de procedimento. Deve-se sempre avaliar a história clínica e efetuar o diferencial entre ITU e pielonefrite.

#### **Investigação:**

- Avaliar queixas do paciente;
- Coletar urina rotina, urocultura e, caso necessário, hemograma;
- Após avaliação de queixas de paciente e resultado dos exames, decidir conduta médica por tratamento ambulatorial ou internação para tratamento com antibioticoterapia endovenosa.
- Caso suspeita de pielonefrite, o tratamento inicial deve ser endovenoso com transição para via oral após melhora clínica (sem febre >48 horas). Lembrar de solicitar ultrassom renal (abscesso);
- Ajustar terapia com o resultado da urocultura

#### **Tratamento da puérpera:**

1-Ambulatorial:

- Primeira opção: norfloxacin 400 de 12/12 horas por 7 dias;
- Outras opções: amoxicilina/clavulanato 500 mg de 8/8 horas, cefuroxima 250 mg de 8/8 horas e nitrofurantoína 100 mg de 6/6 horas por 7 dias;

2-Internação: Cefuroxima (EV), 750 mg, a cada 8 horas, por 10-14 dias. Após 48 horas afebril transicionar para terapia via oral;

3-Coletar nova urina I e urocultura após 2 semanas do término do tratamento;

4-Checar a identificação do agente e o antibiograma para ajuste da medicação;

5-Estimular a ingesta hídrica, realizando hiperhidratação oral;

6-Ajustar terapia com o resultado da urocultura

b2) Mastite: geralmente ocorre após a alta hospitalar e os fatores predisponentes incluem:

- Idade > 30 anos
- Primíparas
- Gestação >= 41 semanas
- Mastite Prévia ou em Curso
- Falta de cuidados com mamilos, técnicas inadequadas de amamentação, esvaziamento inadequado das mamas por técnica incorreta da amamentação e trauma mamilar.

Os principais agentes etiológicos envolvidos são os germes gram-positivos, principalmente o *Staphylococcus aureus*.

#### **Investigação:**

- 1- Avaliar queixas do paciente;
- 2- Avaliar sinais de mastite descritos acima;
- 3- Preencher ficha de queixa médica relacionada a Infecções hospitalares;
- 4- O diagnóstico deve ser feito pelo médico assistente;
- 5- Definir o quadro clínico como mastite inflamatória ou infecciosa;
- 6- Avaliar necessidade de tratamento ambulatorial ou internação.

#### **Tratamento para mastite infecciosa:**

1- Ambulatorial:

- Cefalexina 500 mg, a cada 6 horas por 7 dias;
- Discutir uso de antiinflamatório se necessário
- Orientar ordenha mamaria se necessário;
- Retorno da paciente para avaliação do tratamento

2- Internação:

- Coletar amostras de hemoculturas e solicitar antibiograma; conforme protocolo da CCIH-Mater
- Se presença de secreção ou necessidade de drenagem, coletar swab conforme protocolo da CCIH-Mater;
- Iniciar antibioticoterapia com oxacilina endovenosa 2g de 6/6 horas, podendo ser transicionado para cefalexina via oral após melhora clínica e resultado microbiológico;
- Realizar curva de temperatura a cada 4 horas;
- Realizar ordenha se possível e caso recém-nascido não sugue a mama (a amamentação não deve ser suspensa)
- Avaliar evolução diária do caso;
- Após a alta, solicitar retorno para avaliação de atendimento.
- Encaminhar para UBS para acompanhamento do aleitamento materno.
- A CCIH-Mater deve ser notificada do diagnóstico e caso seja necessário trocar a antibioticoterapia, discutir previamente com médico responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Além do esvaziamento mamário, as mastites não complicadas podem ser tratadas via oral com cefalosporina ou clindamicina. Os casos mais graves devem ser tratadas com Oxacilina (2g EV, de 6/6 horas para pacientes com peso  $\leq$  90Kg, acima deste peso utilizar 2g EV de 4/4 horas – a oxacilina também deve ser diluída em 100ml de SF0,9% e administrada em 30 a 60 minutos ) até melhora clínica e da curva térmica afebril por 48 a 72 horas. Coleções devem ser exploradas (com coleta de material para cultura e antibiograma) e drenos cirúrgicos mantidos até a eliminação do conteúdo purulento. É fundamental para o sucesso do tratamento a manutenção da amamentação e a ordenha da mama acometida. Nos casos de terapia endovenosa, a internação da puérpera requer o acompanhamento do recém-nascido, mantendo o binômio em alojamento conjunto.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS ABSCESSOS MAMÁRIOS:** geralmente são complicações de mastites, especialmente quando tratadas inadequadamente. A combinação de antibioticoterapia associada ao esvaziamento mamário é suficiente para evitar os abscessos na maioria dos casos.

**Técnica cirúrgica:** o tratamento “padrão” para o abscesso mamário consiste na incisão e drenagem, associado a antibioticoterapia. O atraso no diagnóstico ou

implementação de tratamento inadequado pode ocasionar destruição do tecido mamário.

- Incisão cirúrgica: deverá ser PARALELA AS LINHAS DE LANGER, em situação suprajacente a pele edemaciada, induração e flutuação máximas. Essa incisão deverá ser linear, para evitar a secção de canais de galactóforos e conseqüente formação de fístulas lácteas e a extensão deve ser suficiente para permitir a exploração digital minuciosa, e ruptura manual de todos os lóculos no interior da cavidade. Nos abscessos retromamários a incisão deverá ser realizada na prega submamária e a drenagem será favorecida pela gravidade.
- Coleta de amostras de material para cultura: ao ter acesso a cavidade do abscesso coleta-se swab para cultura
- Exploração digital da cavidade do abscesso: romper todos os lóculos pela introdução de um ou dois dedos na cavidade e com movimentos delicados.
- Lavar copiosamente a cavidade do abscesso com SF0,9%. Se houver palpação de massa endurecida, a biópsia deve ser realizada devido a associação com carcinoma mamário.
- Retirada de todo o material necrótico
- Colocação de dreno: recomenda-se sua colocação independente de ocorrer a síntese da incisão ou deixar a ferida entreaberta com realização de curativos diários. No caso de grandes abscessos é recomendado um dreno tubular tipo Porto Vac N: 3.2. Em pequenos abscessos o dreno de Pen Rose poderá ser utilizado e tracionado diariamente. Não há consenso na literatura sobre deixar o dreno na própria incisão ou por contra abertura, sendo que na primeira o resultado estético fica menos prejudicado.
- Síntese da incisão: deve ser realizada SEMPRE com pontos separados, preferencialmente com Mononylon 4-0 incolor. Em caso do dreno ser colocado na própria incisão há opção de colocar entre 2 pontos próximo ao centro ou entre o ultimo ponto e o final da incisão.

**ATENÇÃO:** é recomendado continuar a amamentação durante o tratamento para infecções mamárias. Em caso de mastite supurativa, presença de pus no leite e a dor provocada pela sucção obrigam a suspensão provisória da lactação.

### **Complicações**

- Resultado cosmético insatisfatório

- Fistula ductal mamária
- Fistula láctea
- Novo abscesso por drenagem/tratamento por ineficaz.

**Drenagem de abscesso mamário através de punção seriada guiada por ultrassom:** alguns estudos relatam 97% de eficácia para a técnica para abscesso puerperal. O controle com US deve ser realizado 48 horas após a primeira punção e se ainda houver conteúdo deve haver nova punção. Deve-se sempre associar antibioticoterapia. A agulha utilizada pode ser calibre 21, com botão anestésico prévio, entretanto dependendo da viscosidade do conteúdo agulhas mais calibrosas podem ser necessárias. Se a anestesia local não for suficiente, uma dose de anti-inflamatório deverá ser realizada 30 minutos antes do procedimento. Em alguns casos não se consegue aspirar o material purulento. Nesses casos a técnica consiste em injetar o próprio anestésico (Lidocaína com Epinefrina 1:200000) dentro da cavidade do abscesso e aguardar cerca de 5-10 minutos. Após fazer nova tentativa com agulha 17 a 19.

As principais contra indicações relativas para esta técnica são:

- Abscesso > 3cm
- Localização em região retroareolar
- Abscessos superficiais que apresentem alterações cutâneas

Para o sucesso da técnica a punção deverá ser repetida se houver conteúdo remanescente no abscesso, de 48 em 48 horas até que não haja mais conteúdo. Poucos abscessos necessitam mais de 2 aspirações. Se não houver melhora, a drenagem cirúrgica deve ser indicada.

b3) Infecção do sítio cirúrgico em cesárea: Pode acometer até 5% dos partos cesáreos e pode ser dividida em superficial, profunda e órgão/espaco.

**Infecção superficial:** ocorre até 30 dias após a cesárea e envolve pele e subcutâneo da incisão. Pelo menos 1 dos fatores precisa estar presente:

1. Drenagem purulenta da incisão
2. Microorganismo isolado por cultura colhida assepticamente de tecido ou fluido da incisão superficial.
3. Pelo menos 1 dos: dor espontânea ou à palpação, edema localizado, vermelhidão, calor.
4. Diagnóstico de infecção realizado pelo médico assistente.

**Infeção profunda:** ocorre até 30 dias depois da cesárea, envolvendo partes moles profundas como fáscia ou músculo. Pelo menos um dos fatores precisa estar presente:

1. Drenagem purulenta oriunda dos planos profundos da incisão, mas não da cavidade.
2. Deiscência espontânea da incisão profunda ou então cirurgião deliberadamente abre incisão quando paciente tem pelo menos um dos sintomas/sinais: febre ( $T > 38^{\circ}\text{C}$ ), dor localizada, dor à palpação, a menos que a cultura seja negativa.
3. Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo incisão profunda, vista por exame direto em reoperação ou imagem histopatológica ou exame de imagem.
4. Diagnóstico de infecção profunda pelo cirurgião ou médico assistente.

**Infeção de órgão/cavidade:** no caso da cesárea é a endometrite já discutida anteriormente.

**Tratamento infecção de sítio cirúrgico:** Considera-se infecção hospitalar quando o paciente apresenta sinais de infecção após ser submetido a procedimentos como cesárea, parto vaginal com episiotomia, laqueadura e vasectomia.

**Investigação:**

1. Avaliar queixas do paciente;
2. Avaliar sinais de infecção como calor, rubor, hiperemia, presença de secreção purulenta, áreas de endurecimento, quadros febris não relacionados a outras causas;
3. Preencher ficha de queixa médica relacionada a Infecções hospitalares;
4. O diagnóstico de ISC deve ser feito pelo médico contratado de plantão;
5. Avaliar necessidade de tratamento ambulatorial ou internação.

**Tratamento:**

1- Ambulatorial: Cefalexina 500 mg, a cada 6 horas por 7-10 dias;

Retorno após o término do tratamento para avaliação ou se a paciente achar necessário;

2- Internação:

- a. Coletar amostras de hemoculturas conforme protocolo e solicitar antibiograma;

- b. Se presença de secreção, **coletar swab conforme protocolo**;
- c. Discutir caso com médico responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- d. Iniciar antibioticoterapia: clindamicina a cada 8 horas, até melhora do quadro ou resultado de hemocultura e gentamicina a cada 8 horas, até melhora do quadro ou resultado de hemocultura;
- e. Caso seja necessário trocar o antibiótico, discutir previamente com médico responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- f. Realizar curva de temperatura a cada 4 horas;
- g. Avaliar evolução diária do caso;
- h. Após a alta, solicitar retorno para avaliação de atendimento.

**Infecção de episiorrafia:** conceitualmente não é considerada infecção do sítio cirúrgico. As infecções da episiotomia são raras e geralmente não são graves, mas pode haver complicação séria como a fascíte necrotizante. A definição de infecção de episiotomia para fins epidemiológicos (baseadas nas definições do CDC) deve apresentar um dos 2 critérios a seguir:

1. Drenagem purulenta pela episiotomia.
2. Abscesso na episiotomia

O tratamento consiste em limpeza local com água ou soro fisiológico e se houver necessidade (infecção extensa, drenagem purulenta abundante) colher secreção para cultura e usar empiricamente cefalosporina de primeira geração (cefalexina, 500 mg VO 6/6 horas) ou clindamicina 300mg VO 8/8h. A simples deiscência sem sinais flogísticos não deverá ser tratada com antibióticos.

### **RECOMENDAÇÕES PARA AVALIAÇÃO DAS INTERCORRÊNCIAS INFECCIOSAS DO PUERPÉRIO**

A maioria dos processos infecciosos está localizada na cavidade uterina e são de etiologia polimicrobiana, isto é, são causados por microrganismos que fazem parte da flora cervical e vaginal, representando uma disseminação de microrganismos por contigüidade com a vagina. Fatores que aumentam a entrada da flora vaginal na cavidade uterina, tais como ruptura prolongada das membranas, exames vaginais freqüentes, parto vaginal assistido, inexperiência de quem conduz o parto, além de fatores do hospedeiro, tais como idade materna (baixa ou avançada), baixo nível sócio-econômico ou obesidade aumentam o risco de infecção. A corioamnionite que ocorre antes do parto não é considerada infecção hospitalar.

As infecções obstétricas hospitalares podem ser agrupadas numa síndrome clínica denominada **MORBIDADE FEBRIL PUERPERAL**, definida pela aferição da temperatura oral maior que 38°C em pelo menos dois dos dez primeiros dias de puerpério, excetuando-se as primeiras 24 horas. A Infecção Puerperal permanece como a principal causa de MFP, no entanto deve se descartar a presença de focos infecciosos extra pélvicos, dentre os quais os mais freqüentes são: infecções das mamas, dos tratos urinário e respiratório e as causas vasculares. As entidades febris mais importantes do grupo Morbidade Febril Puerperal são:

- **Infecção puerperal (IP)**
- **Infecção do trato Urinário**
- **Mastite Puerperal**
- **Infecção do Sítio Cirúrgico**

**Infecção puerperal (IP):** Processo infeccioso que acomete o trato genital após o parto. Sua importância se deve à incidência, ao aumento do período de internação, aos elevados custos hospitalares e ao fato de constituir, junto às complicações hipertensivas e hemorrágicas da gestação, a tríade letal das causas obstétricas de morte materna. Após o estabelecimento deste diagnóstico sindrômico é obrigatório iniciar a propedêutica para esclarecimento da etiologia. Devido à sua morbiletalidade, a infecção uterina deve ser prioritariamente investigada. Pode haver comprometimento variável do útero, explicando-se a variedade de denominações utilizadas, como endometrite, endometriite e endoparametrite. O processo infeccioso geralmente se inicia com a colonização do sítio de implantação placentária ou das lesões do trato genital por microrganismos aeróbios da flora vaginal. Geralmente a infecção é de etiologia polimicrobiana, determinada por microrganismos aeróbios e anaeróbios provenientes da flora vaginal. *Peptostreptococcus sp*, *Peptococcus sp*, *Clostridium perfringens* ou *welchii*, *Bacteroides fragilis* ou *bivius* e *Fusobacterium sp* são os microrganismos anaeróbios mais freqüentes. E os agentes aeróbios mais freqüentes são: *Staphylococcus aureus* e *epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae* e *bovis*, *Enterococcus faecalis* e *Listeria monocitogenes* – (Gram Positivos), e *Escherichia coli*, *Klebsiella sp*, *Enterobacter sp*, *Proteus sp*, *Gardenerella vaginalis* e *Neisseria gonorrhoeae* – (Gram negativos). *Clamídia sp*, *Mycoplasma sp* e *Ureaplasma sp* também podem ser identificados como agentes etiológicos.

**Fatores de risco para IP:** o principal fator de risco é a via de parto. Comparada ao parto normal, a cesariana aumenta o risco de endometrite entre cinco e trinta vezes. O uso de profilaxia antimicrobiana para o parto cesárea reduz sobremaneira esta diferença, mas não a torna menos importante. Outros fatores de risco importantes são o baixo nível socioeconômico, a desnutrição, a obesidade e as doenças intercorrentes que debilitam o sistema imune da gestante. Também se destacam hábitos higiênicos precários, o tabagismo, as infecções pré-natais, o tempo prolongado de corioamniorrexe, múltiplos exames vaginais, monitorização intra-uterina, líquido meconial, parto instrumentalizado e o trabalho de parto prolongado.

### **Diagnóstico**

#### ➤ **Anamnese:**

- Pesquisa dos fatores de risco
- Sintomas mais comumente relatados
  - Febre é a queixa mais freqüente. Sua duração e intensidade variam conforme a gravidade do quadro;
  - Dor hipogástrica ou incisional;
  - Loquiação aumentada com aspecto e odor alterados.

#### ➤ **Exame físico:** poderá demonstrar sinais conclusivos para o diagnóstico etiológico. Três deles deverão ser obrigatoriamente pesquisados:

- Temperatura: deverá ser oral aferida quatro vezes ao dia. O reservatório de mercúrio deverá permanecer na posição sublingual por pelo menos cinco minutos, com a paciente em repouso e previamente à utilização de antitérmicos.
- Altura Uterina: útero hipoinvoluído, amolecido e doloroso (tríade de Bumm) deverá ser constatado, lembrando-se que no décimo dia de puerpério o útero deve estar à altura da sínfise púbica e o colo uterino fechado.
- Loquiação: pode estar aumentada e eventualmente observa-se a presença de pus ou odor fétido. A eliminação de restos placentários ou de membranas corioamnióticas leva à suspeição de retenção de restos placentários.
- Incisão cirúrgica: a episiorrafia e lesões de trajeto devem ser avaliadas em busca de sinais flogísticos ou coleções.

Nos casos mais graves observam-se queda do estado geral, taquicardia, hipotensão arterial, icterícia, acolia fecal, colúria, redução dos ruídos hidroaéreos, sinais de peritonite e da síndrome do choque tóxico.

- **Exames complementares:** Visam estabelecer a etiologia e o grau de comprometimento sistêmico, além de orientar quanto ao prognóstico.

Devem ser solicitados:

- Hemograma com diferencial de leucócitos;
- Hemocultura – 2 amostras, preferencialmente colhidas no momento da febre e antes do início da terapia antimicrobiana, quando possível.

- Urina tipo I e urocultura;

- Uréia e creatinina;

- **Teste do derivado do ergot:** teste diagnóstico e prognóstico imprescindível. Consiste na administração de substância uterotônica para a observação do conteúdo uterino. Para a sua realização devem ser seguidos os seguintes passos técnicos:

- ↳ Paciente em posição ginecológica;

- ↳ Exame especular para observação do orifício externo cervical;

- ↳ Administração EV lenta da associação: duas ampolas de metilergonovina (0,4 mg, no total), uma ampola de metoclopramida (10 mg), diluídas para 10 ml de soro fisiológico a 0,9%.

- ↳ Resultado e interpretação do teste do ergot: orienta-se que o resultado seja descritivo, evitando-se termos como positivo ou negativo. A eliminação de conteúdo purulento e/ou com odor fétido estabelece o diagnóstico de endometrite. A ausência de sua exteriorização concomitante com a clínica de IP sugere comprometimento miometrial (endomiometrite), e indica casos com pior prognóstico.

De acordo com o quadro clínico, outros exames deverão ser solicitados. Dentre eles: ultra-sonografia pélvica e de parede abdominal, radiografia simples de abdome, enzimas hepáticas (AST, ALT, bilirrubinas), coagulograma (TP e TTPA), cultura de secreções. Estas coletas devem ser realizadas apenas de locais onde habitualmente não existe secreção. Não há utilidade na obtenção de amostra da loquiação para cultura.

**Tratamento:** Realizado o diagnóstico etiológico interna-se a paciente para terapia antimicrobiana EV e monitoração do tratamento.

- Prescrição de ocitocina: promove maior contratilidade uterina fisiológica e eliminação de material infectado do ambiente endometrial. A prescrição consiste em

quatro ampolas de ocitocina (20 UI) em 500 ml de soro glicosado a 5 %, a 20 gotas por minuto.

• Esquemas antimicrobianos:

- ❖ **Esquema 1:** Clindamicina 900 mg, diluída em 100ml de SF0,9% e infundida em 60 minutos, EV de 8/8 horas associado à Gentamicina 240mg/dia (ou 3 a 5mg/Kg/dia) diluída em 150ml de SF0,9% e infundida em 60 minutos, em dose única diária. Sua efetividade alcança 95% pela ampla cobertura, principalmente dos anaeróbios. Ao utilizar aminoglicosídeos recomenda-se controle da função renal previamente à sua utilização e a sua repetição a cada dois ou três dias de tratamento. Em caso de resposta insatisfatória a este esquema pode se associar o Metronidazol (500mg, EV, de 8/8 horas) para ampliar a cobertura contra germes anaeróbios.

A melhora clínica deve ocorrer em 48 a 72 horas, sendo necessária a investigação de complicações da endometrite caso ela não ocorra. Dentre as mais importantes, citam-se:

- Flegmões parametriaes,
- Abscessos pélvicos ou de parede abdominal,
- Hematomas infectados
- Tromboflebite pélvica.

É importante salientar a necessidade de exclusão de focos extra pélvicos.

- ❖ **Esquema 2:** Ampicilina, 2g EV de 6/6 horas e Gentamicina (mesma dose citada no esquema 1) - não contemplam microorganismos anaeróbios. Podem ser eficazes em até 90% dos casos de endometrite após parto vaginal, mas obtêm resposta satisfatória em 60 a 70 % dos casos subseqüentes às cesarianas. A associação com Metronidazol (500 mg, EV, de 8/8 horas) deverá ser instituída nos casos em que há falha ao esquema duplo.

**ATENÇÃO:** Outros esquemas são descritos na literatura, principalmente para casos de maior gravidade ou após ausência de resposta satisfatória. Nestas situações, a orientação é a transferência da paciente para serviço de maior complexidade devido ao aumento dos riscos e necessidade de suporte mais adequado para o caso.

Havendo melhora clínica e curva térmica oral afebril por 48 horas após início da terapia antimicrobiana em pacientes hípidas, autoriza-se a alta hospitalar com

orientações para observação de febre e reavaliação precoce. Evidências científicas atuais demonstram não haver necessidade da manutenção da antibioticoterapia via oral após o término bem sucedido via endovenosa, ou seja, A PACIENTE RECEBE ALTA SEM ANTIBIÓTICO VIA ORAL.

É fundamental estimular a puérpera na manutenção da amamentação.

**Tratamentos adicionais:**

- Curagem e/ou curetagem uterina: na suspeita de conteúdo intra-uterino (restos placentários) deverá ser realizada após seis horas da introdução dos antimicrobianos e período de jejum preconizado pela equipe de anestesiologia.
  - Exploração cirúrgica de coleções infectadas intracavitárias: para lavagem rigorosa com SF 0,9% da parede abdominal ou de lesões de trajeto – obter culturas das coleções ou abscessos infectados preferencialmente por aspiração para identificação do agente etiológico e teste de sensibilidade aos antimicrobianos. Caso seja exploração de ISC, obter material para cultura após lavagem com SF 0,9%.
  - Histerectomia total (e pan-HTA): após a exclusão intra-operatória de abscessos, hematomas ou corpos estranhos e constatando-se útero com sinais infecciosos, está indicada para extirpação do foco infeccioso. O diagnóstico de endometriíte é uma indicação absoluta de histerectomia total, pois a subtotal manteria foco infeccioso.
- ❖ **Tromboflebite pélvica séptica:** Caracteriza-se pela persistência de picos febris elevados em pacientes com sinais de melhora clínica, uso correto dos antimicrobianos e ausência das complicações supracitadas. Recomenda-se heparina não fracionada, 24.000 a 36.000 UI por dia, EV, por 10 a 14 dias. Se o diagnóstico estiver correto a paciente ficará afebril dentro de 48 a 72 horas. Estas pacientes deverão fazer controle diário da coagulação com TTPA e a relação paciente/ teste deverá ser mantida entre 2 ou 2,5.

Nas pacientes que evoluem com piora clínica progressiva e acentuada devem ser transferidas para o Centro de Terapia Intensiva para suporte avançado e, havendo sinais de fascíte necrotizante perineal ou abdominal, o agressivo desbridamento cirúrgico do tecido infectado se impõe, já que nesta situação a mortalidade varia de 50 a 100% dos casos.

**Infecção do Trato Urinário (ITU):** A ITU é um problema comum durante a gravidez e puerpério. Os principais fatores de risco incluem retenção urinária pós-anestesia, trauma durante o parto e cateterização vesical. Por este motivo, quanto menos cateterização vesical, menor o risco de ITU de origem hospitalar. Outro fator de risco que pode e deve ser evitado é a bacteriúria assintomática durante a gravidez. Esta entidade deve ser sempre tratada de acordo com o antibiograma. Na suspeita de ITU durante a gestação e puerpério a paciente sempre deverá ter um exame de urocultura colhido. A urocultura colhida antes do início da terapêutica será utilizada para adequação da terapia antimicrobiana. Entretanto, o diagnóstico da ITU sintomática deve ser clínico, seguido de pronta antibioticoterapia empírica. Considera-se Infecção ITU como uma infecção hospitalar quando a puérpera foi submetida a procedimento como cateterização vesical de demora ou de alívio quando em atendimento na instituição, ocorrida nos últimos sete dias. Deve-se sempre avaliar a história clínica e efetuar o diferencial entre ITU e pielonefrite.

#### **Investigação:**

- Avaliar queixas do paciente;
- Coletar urina rotina, urocultura e, caso necessário, hemograma;
- Após avaliação de queixas de paciente e resultado dos exames, decidir conduta médica por tratamento ambulatorial ou internação para tratamento com antibioticoterapia endovenosa.
- Caso suspeita de pielonefrite, o tratamento inicial deve ser endovenoso com transição para via oral após melhora clínica (sem febre >48 horas). Lembrar de solicitar ultrassom renal (abscesso) e hemoculturas;
- Ajustar terapia de acordo com o resultado da urocultura.

#### **Tratamento da puérpera:**

##### 1-Ambulatorial:

- Primeira opção: norfloxacina 400 de 12/12 horas por 7 dias;
- Outras opções: amoxicilina/clavulanato 500 mg de 8/8 horas, cefuroxima 250 mg de 8/8 horas e nitrofurantoína 100 mg de 6/6 horas por 7 dias;

2-Internação: Cefuroxima (EV), 750 mg, a cada 8 horas, por 10-14 dias. Após 48 horas afebril transicionar para terapia via oral;

3-Coletar nova urina I e urocultura após 2 semanas do término do tratamento;

4-Checar a identificação do agente e o antibiograma para ajuste da medicação;

5-Estimular a ingesta hídrica, realizando hiper hidratação oral;

**Mastite:** Geralmente ocorre após a alta hospitalar e os fatores predisponentes incluem:

- Idade > 30 anos
- Primíparas
- Gestação  $\geq$  41 semanas
- Mastite Prévia ou em Curso
- Trauma mamilar
- Falta de cuidados com mamilos, técnicas inadequadas de amamentação, esvaziamento inadequado das mamas por técnica incorreta.

Os principais agentes etiológicos envolvidos são os germes Gram positivos, principalmente o *Staphylococcus aureus*.

➤ **Investigação:**

- 1- Avaliar queixas do paciente;
- 2- Avaliar sinais de mastite descritos acima;
- 3- O diagnóstico deve ser feito pelo médico assistente;
- 4- Definir o quadro clínico como mastite inflamatória ou infecciosa;
- 5- Avaliar necessidade de tratamento ambulatorial ou internação.

➤ **Tratamento para mastite infecciosa:**

↳ **Ambulatorial:**

- Cefalexina 500mg, a cada 6 horas por 7 dias;
- Discutir uso de antiinflamatório se necessário
- Orientar ordenha mamaria se necessário;
- Retorno da paciente para avaliação do tratamento

**3- Internação:**

- Coletar hemoculturas – 2 amostras, antes de iniciar terapia antimicrobiana;
- Se presença de secreção ou necessidade de drenagem, coletar culturas por aspiração ou swab conforme recomendação da CCIH;
- Iniciar antibioticoterapia com Oxacilina endovenosa 2g diluídos em 100ml de SF0,9% e infundidos em 60 minutos de 6/6 horas para pacientes com peso  $\leq$  80Kg, acima deste peso utilizar 2g EV de 4/4 horas até melhora clínica, e curva térmica afebril por 48 a 72 horas, podendo ser transicionado para cefalexina via oral após melhora clínica e resultado microbiológico;
- Realizar curva de temperatura a cada 4 horas;
- Realizar ordenha se possível e caso recém-nascido não sugue a mama (a amamentação não deve ser suspensa)

- Avaliar evolução diária do caso;
- Após a alta, solicitar retorno para avaliação de atendimento.
- Encaminhar para UBS para acompanhamento do aleitamento materno.
- A CCIH deve ser notificada do diagnóstico e caso seja necessário trocar a antibioticoterapia, discutir previamente com médico responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- Coleções devem ser exploradas (com coleta de material para cultura e antibiograma) e drenos cirúrgicos mantidos até a eliminação do conteúdo purulento. É fundamental para o sucesso do tratamento a manutenção da amamentação e a ordenha da mama acometida.

Nos casos de terapia endovenosa, a internação da puérpera requer o acompanhamento do recém-nascido, mantendo o binômio em alojamento conjunto.

**Tratamento cirúrgico dos abscessos mamários:** geralmente são complicações de mastites, especialmente quando tratadas inadequadamente. A combinação de antibioticoterapia associada ao esvaziamento mamário é suficiente para evitar os abscessos na maioria dos casos.

**Técnica cirúrgica:** o tratamento “padrão” para o abscesso mamário consiste na incisão e drenagem, associado à antibioticoterapia. O atraso no diagnóstico ou implementação de tratamento inadequado pode ocasionar destruição do tecido mamário.

- Incisão cirúrgica: deverá ser PARALELA AS LINHAS DE LANGER, em situação suprajacente a pele edemaciada, induração e flutuação máximas. Essa incisão deverá ser linear, para evitar a secção de canais de galactóforos e conseqüente formação de fístulas lácteas e a extensão deve ser suficiente para permitir a exploração digital minuciosa, e ruptura manual de todos os lóculos no interior da cavidade. Nos abscessos retromamários a incisão deverá ser realizada na prega submamária e a drenagem será favorecida pela gravidade.
- Coleta de amostras de material para cultura: ao ter acesso a cavidade do abscesso coleta-se swab para cultura
- Exploração digital da cavidade do abscesso: romper todos os lóculos pela introdução de um ou dois dedos na cavidade e com movimentos delicados.

- Lavar copiosamente a cavidade do abscesso com SF0,9%. Se houver palpação de massa endurecida, a biópsia deve ser realizada devido à associação com carcinoma mamário.
- Retirada de todo o material necrótico
- Colocação de dreno: recomenda-se sua colocação independente de ocorrer a síntese da incisão ou deixar a ferida entreaberta com realização de curativos diários. No caso de grandes abscessos é recomendado um dreno tubular tipo Porto Vac N: 3.2. Em pequenos abscessos o dreno de Pen Rose poderá ser utilizado e tracionado diariamente. Não há consenso na literatura sobre deixar o dreno na própria incisão ou por contra abertura, sendo que na primeira o resultado estético fica menos prejudicado.
- Síntese da incisão: deve ser realizada SEMPRE com pontos separados, preferencialmente com Mononylon 4-0 incolor. Em caso do dreno ser colocado na própria incisão há opção de colocar entre 2 pontos próximo ao centro ou entre o ultimo ponto e o final da incisão.
  - ❖ **ATENÇÃO:** é recomendado continuar a amamentação durante o tratamento para infecções mamárias. Em caso de mastite supurativa, presença de pus no leite e a dor provocada pela sucção obrigam a suspensão provisória da lactação.

### **Complicações**

- - Resultado cosmético insatisfatório
- - Fistula ductal mamária
- - Fistula láctea
- - Novo abscesso por drenagem/tratamento por ineficaz.

**Drenagem de abscesso mamário através de punção seriada guiada por ultrassom:** Alguns estudos relatam 97% de eficácia para a técnica para abscesso puerperal. O controle com US deve ser realizado 48 horas após a primeira punção e se ainda houver conteúdo deve haver nova punção. Deve-se sempre associar antibioticoterapia. A agulha utilizada pode ser calibre 21, com botão anestésico prévio, entretanto dependendo da viscosidade do conteúdo agulhas mais calibrosas podem ser necessárias. Se a anestesia local não for suficiente, uma dose de antiinflamatório deverá ser realizada 30 minutos antes do procedimento. Em alguns casos não se

consegue aspirar o material purulento. Nesses casos a técnica consiste em injetar o próprio anestésico (Lidocaína com Epinefrina 1:200000) dentro da cavidade do abscesso e aguardar cerca de 5-10 minutos. Após fazer nova tentativa com agulha 17 a 19.

As principais contra-indicações relativas para esta técnica são:

- Abscesso > 3cm
- Localização em região retro areolar
- Abscessos superficiais que apresentem alterações cutâneas

Para o sucesso da técnica a punção deverá ser repetida se houver conteúdo remanescente no abscesso, de 48 em 48 horas até que não haja mais conteúdo. Poucos abscessos necessitam mais de 2 aspirações. Se não houver melhora, a drenagem cirúrgica deve ser indicada.

**Infeção do sítio cirúrgico em cesárea:** Pode acometer até 5% dos partos cesáreos, sendo dividida em superficial, profunda e órgão/espaco.

➤ **Infeção superficial:** ocorre até 30 dias após a cesárea e envolve pele e subcutâneo da incisão. Pelo menos 1 dos fatores precisa estar presente:

5. Drenagem purulenta da incisão
6. Microorganismo isolado por cultura colhida assepticamente de tecido ou fluido da incisão superficial.
7. Pelo menos 1 dos: dor espontânea ou à palpação, edema localizado, vermelhidão, calor.

➤ **Infeção profunda:** ocorre até 30 dias depois da cesárea, envolvendo partes moles profundas como fascia ou músculo. Pelo menos um dos fatores precisa estar presente:

5. Drenagem purulenta oriunda dos planos profundos da incisão, mas não da cavidade.
6. Deiscência espontânea da incisão profunda ou então cirurgião deliberadamente abre incisão quando paciente tem pelo menos um dos sintomas/sinais: febre ( $T > 38^{\circ}\text{C}$ ), dor localizada, dor à palpação, a menos que a cultura seja negativa.

7. Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo incisão profunda, vista por exame direto em reoperação ou imagem histopatológica ou exame de imagem.

- **Infecção de órgão/cavidade:** no caso da cesárea é a endometrite já discutida anteriormente.

#### **Investigação:**

1. Avaliar queixas do paciente;
2. Avaliar sinais de infecção como calor, rubor, hiperemia, presença de secreção purulenta, áreas de endurecimento, quadros febris não relacionados a outras causas;
3. Preencher ficha de notificação relacionada a Infecções hospitalares nos casos de atendimento ambulatorial;
4. O diagnóstico de ISC deve ser feito pelo médico contratado de plantão;
5. Avaliar necessidade de tratamento ambulatorial ou internação.

#### **Tratamento:**

- 3- Ambulatorial: Cefalexina 500mg, a cada 6 horas por 7-10 dias; Retorno após o término do tratamento para avaliação, ou antes conforme orientações médicas ou evolução clínica da infecção.
- 4- Internação:
  1. Coletar amostras de hemoculturas conforme recomendado pela CCIH;
  2. Se presença de secreção, coletar culturas de ferida operatória conforme recomendações da CCIH ;
  3. Discutir caso com médico responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
  4. Iniciar antibioticoterapia: Oxacilina (2g EV, de 6/6 horas para pacientes com peso  $\leq$  80Kg, acima deste peso utilizar 2g EV de 4/4 horas – a oxacilina deve ser diluída em 100ml de SF0,9% e administrada em 60 minutos) até melhora clínica e curva térmica afebril por 48 a 72 horas.
  5. Caso seja necessário trocar o antibiótico, discutir previamente com médico responsável pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
  6. Realizar curva de temperatura a cada 4 horas;
  7. Avaliar evolução diária do caso;
  8. Na alta hospitalar, agendar retorno para reavaliação clínica.

**Infeção de episiorrafia:** conceitualmente não é considerada infecção do sítio cirúrgico. As infecções da episiotomia são raras e geralmente não são graves, mas pode haver complicação séria como a fascíte necrotizante. A definição de infecção de episiotomia para fins epidemiológicos (baseadas nas definições do CDC) deve apresentar um dos 2 critérios a seguir:

3. Drenagem purulenta pela episiorrafia.
4. Abscesso na região da episiorrafia

O tratamento consiste em limpeza local com água ou soro fisiológico e se houver necessidade (infecção extensa, drenagem purulenta abundante) colher secreção para cultura e usar empiricamente cefalosporina de primeira geração (cefalexina, 500 mg VO 6/6 horas) ou clindamicina 300mg VO 8/8h. A simples deiscência sem sinais flogísticos não deverá ser tratada com antibióticos.

## 7.2- Hemorragia Pós-Parto

Ocorre em aproximadamente 5% dos partos, caracterizando-se como a perda de volume sangüíneo  $\geq$  a 500 ml. Esta intercorrência eleva significativamente a morbimortalidade materna e as principais causas são: atonia uterina, laceração de trajeto, retenção de fragmentos placentários e distúrbios de coagulação.

**a) Atonia uterina:** é a principal causa de hemorragia pós-parto e de histerectomia puerperal. São fatores de gravidade na atonia uterina: a velocidade de perda sangüínea, perda de grande parte da volemia materna, anemia e hipoproteinemia materna.

Fatores predisponentes para atonia uterina:

- Multiparidade
- Distensão uterina (polihidrânio, gemelaridade, macrossomia fetal)
- Trabalho de parto prolongado
- Partos operatórios (fórcipe, vácuo extrator e cesárea)
- Corioamnionite
- Leiomiomas uterinos
- Uso indiscriminado de drogas uterotônicas (ocitócicos)

**b) Lacerações do trajeto de parto:** a observação de hemorragia via vaginal com o útero firmemente contraído é forte evidência de laceração genital ou retenção de fragmentos placentários.

- Lacerações vaginais e perineais: se pouco extensas, não costumam causar perda sangüínea significativa. Quando as lacerações são profundas e extensas podem ser a fonte de sangramento persistente e a rafia adequada resolve esta intercorrência
- Lacerações cervicais: sempre suspeitar da sua existência quando há hemorragia abundante durante e após o terceiro período do parto. O tratamento adequado é a sutura em pontos separados, com fio absorvível (cat-gut cromado 0 ou 2.0 ou Vycril). Para a realização da rafia, a adequada exposição da cérvix uterina deve ser feita por um auxiliar, utilizando afastadores vaginais com a paciente sedada.

**c) Retenção de restos placentários:** a inspeção da placenta e membranas sempre deve ser realizada após o parto. Se evidenciada a retenção ou na suspeita de

presença de restos placentários na cavidade uterina, deve-se proceder à curagem e/ou curetagem com a paciente adequadamente anestesiada.

### **Tratamento da hemorragia pós-parto**

Objetivo: o principal objetivo é evitar a morte materna, mas também procura-se evitar a histerectomia puerperal que só deve ser realizada quando todas as demais medidas terapêuticas, adequadamente empregadas falharem. O tratamento da hemorragia pós-parto visa:

- Estabilização hemodinâmica da paciente
- Identificação do fator desencadeante do sangramento anormal e
- Adequada resolução do fator desencadeante

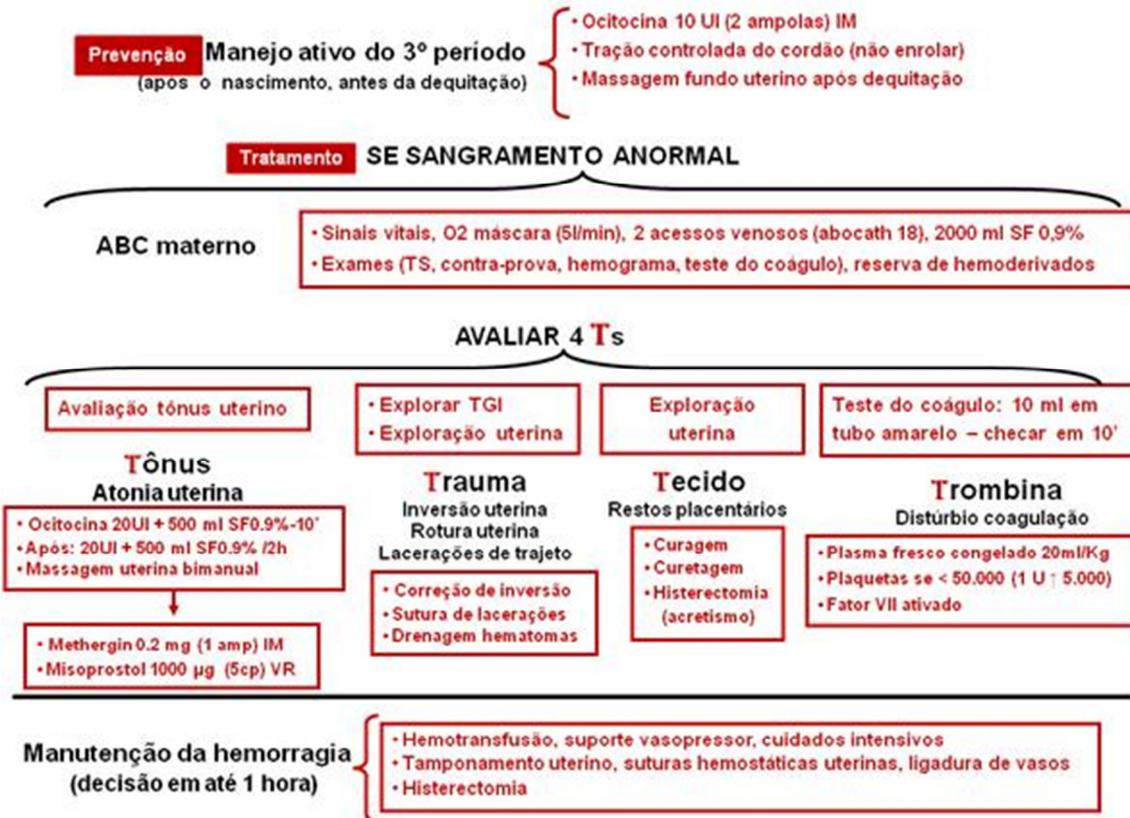
#### Medidas gerais

- Abaixar cabeceira do leito
- Puncionar veia calibrosa com abocatt
- Sondagem vesical de demora
- Monitorização contínua sinais vitais (instalar monitor multiparâmetro)
- Reposição volêmica efetiva

Medidas específicas: de acordo com o fator desencadeante.

- Atonia uterina:
  - Medidas gerais
  - Massagem uterina: deve ser sempre realizada vigorosamente, pois é eficaz no auxílio da obtenção da contratilidade uterina.
  - Drogas ocitócicas: a ocitocina, metilergonovina e misoprostol são as drogas indicadas
- Lacerações de trajeto:
  - Medidas gerais
  - Identificar laceração e realizar a rafia
- Restos placentários:
  - Medidas gerais
  - Realizar massagem uterina

- Drogas ocitócicas
- Curagem e curetagem que devem ser agilizadas



Fluxograma 18 - Abordagem na hemorragia pós-parto: prevenção e tratamento

## 8. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA SEGURA E GERENCIAMENTO DE SITUAÇÕES DE CRISE

A adoção de protocolos de assistência tornou-se uma resposta às preocupações relativas à aplicação da prática baseada em evidências. Estes protocolos providenciam a organização, o reconhecimento e a tomada de decisão de assistência de um grupo bem definido de pacientes durante um período bem definido, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento, melhorando os resultados dos pacientes, promovendo segurança do paciente, aumentando a satisfação do paciente e otimizando a utilização dos recursos.

A redução da morbimortalidade materna e perinatal é um dos principais objetivos da assistência às parturientes e puérperas em todo o mundo. Para melhorar cada vez mais a assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, são necessárias medidas como:

- Notificação dos casos de morte materna
- Treinamento e capacitação contínua dos profissionais
- Uso racional dos recursos financeiros pelos gestores
- Manutenção da estrutura e organização das instituições hospitalares

No contexto atual da assistência obstétrica e perinatal, as equipes de saúde trabalham sob constante ansiedade e pressão relacionadas ao treinamento para condução de situações de emergência e ao medo de processos éticos e judiciais que podem ser reduzidos com o preparo global da equipe de assistência culminando com a melhora da segurança da paciente, da instituição, dos profissionais e, certamente, da sociedade. A conquista da confiança da população, dos profissionais de saúde que encaminham as pacientes, das gestantes/parturientes e de seus familiares reduz significativamente as situações de conflito. Na prática, é fácil compreender que uma paciente que chega a um serviço que tem credibilidade na segurança obstétrica, aceitará as condutas tomadas pela equipe de saúde com mais confiança e conseqüente adesão do que a paciente que previamente recebeu comentários ruins sobre o serviço.

**Adequação da estrutura institucional e do perfil de pacientes:** como os recursos para a saúde são limitados, o Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado de

maneira hierarquizada, de forma a aperfeiçoar os investimentos, ou seja, os serviços estão organizados em três tipos de assistência:

- Primária: principal exemplo são as Unidades Básicas de Saúde (UBS),
- Secundária: até o momento apresenta dificuldades para sua definição, contemplando os casos que não devem ser acompanhados na rede básica, mas ainda não preenchem os critérios para atenção de alta complexidade
- Terciária: também chamada de alta complexidade: principal exemplo é o Hospital das Clínicas da FMRP-USP

O CRSM-Mater atende gestantes de baixo risco e, eventualmente, médio risco, sendo a estrutura da instituição projetada para atenção primária e/ou secundária. Entretanto, devido à característica das maternidades (“porta aberta”), a estrutura está organizada para o atendimento de emergência de pacientes de alto risco que procuram espontaneamente o serviço.

Alguns conceitos são fundamentais para que o sistema de saúde possa direcionar as pacientes para o nível adequado de assistência para aquela intercorrência, evitando atrasos na condução de casos graves ou encaminhando casos sem necessidade de atenção de alta complexidade para o serviço de atenção terciária. Morbidade materna grave: condições clínico-laboratoriais colocam a vida da paciente em risco de vida

**Tabela 4: Condições Potencialmente ameaçadoras da vida**

COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descolamento prematuro da placenta</li> <li>• Descolamento tardio da placenta</li> <li>• Placenta ectópica</li> <li>• Rotura uterina</li> <li>• Hemorragia por acesso arterial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemorragia pós-parto</li> <li>• Anemia</li> <li>• Edema da placenta</li> <li>• Lesão do fígado</li> </ul>
COMPLICAÇÕES HIPERTENSIVAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pré-eclâmpsia grave</li> <li>• Eclâmpsia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão grave</li> <li>• HELLP-síndrome</li> </ul>
OUTRAS COMPLICAÇÕES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome pulmonar</li> <li>• Citopenias</li> <li>• Síndrome renal</li> <li>a) Endometrite pós-parto</li> <li>b) Endometrite pós-aborto</li> <li>c) Foco urinário</li> <li>d) Foco pulmonar</li> <li>• Trombocitopenia &lt; 100 mil</li> <li>• Cetoacidose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Úlcera</li> <li>• Insuficiência respiratória aguda</li> <li>• Anúria</li> <li>• Carbúnculo</li> <li>• AVC</li> <li>• Distúrbios de coagulação</li> <li>• Tromboembolismo</li> <li>• Cetoacidose diabética</li> <li>• Esteatose / disfunção hepática</li> <li>• Meningite</li> <li>• Insuficiência Renal Aguda</li> </ul>
INDICADORES DE MANEJO DE GRAVIDADE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfusão de hemoderivados</li> <li>• Acesso venoso central</li> <li>• Sedação em UTI</li> <li>• Ventilação prolongada (&gt;7 dias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intubação não planejada e anestesia</li> <li>• Resorção à sala cirúrgica</li> <li>• Intervenção cirúrgica maior (histerectomia, laparotomia)</li> <li>• Uso de sulfato de magnésio</li> </ul>

**Tabela 4 – Condições Potencialmente ameaçadoras da vida**

*Near miss*: termo utilizado na aviação que significa “quase perda” consiste na paciente grávida ou puérpera que teve uma complicação grave com risco iminente de morte, mas que sobreviveu

Tabela 5: Critérios de <i>near miss</i> materno	
<b>CRITÉRIOS CLÍNICOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cianose aguda</li> <li>• Gaspings</li> <li>• Frequência respiratória <math>\geq 40</math> ou <math>\leq 6</math></li> <li>• Choque</li> <li>• Órgãos não respondem a fluidos ou diurese</li> <li>• Distúrbio de coagulação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de consciência durante 12h ou mais</li> <li>• Ausência de consciência e ausência de pulso/batimento cardíaco</li> <li>• Acidente vascular cerebral</li> <li>• Convulsão não controlada / Paralisação total</li> <li>• Isterico na presença de pré-eclâmpsia</li> </ul>
<b>CRITÉRIOS LABORATORIAIS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saturação de oxigênio <math>&lt; 90\%</math> por <math>&gt; 60</math> minutos</li> <li>• PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> <math>&lt; 200</math></li> <li>• Creatinina <math>\geq 300</math>mmol/l ou <math>\geq 3,5</math> mg/dl</li> <li>• Bilirrubina <math>\geq 100</math>mmol/l ou <math>\geq 6,0</math> mg/dl</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ph <math>&lt; 7,1</math></li> <li>• Lactato <math>&gt; 5</math></li> <li>• Trombocitopenia aguda (<math>&lt; 50.000</math> plaquetas)</li> <li>• Ausência de consciência e presença de glicose <math>&gt; 200</math>mg/dl</li> </ul>
<b>CRITÉRIOS DE MANEJO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotensão refratária a fluidos</li> <li>• Histerectomia puerperal por infecção ou hemorragia</li> <li>• Transfusão de <math>\geq 5</math> unidades de concentrado de hemácias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intubação e ventilação por tempo <math>\geq 60</math> minutos, não relacionada com anestesia</li> <li>• Diálise para insuficiência renal aguda</li> <li>• Ressuscitação Cardio-Pulmonar (RCP)</li> </ul>

**Tabela 5 – Critérios de *near miss* materno**

Morte materna: óbito da mulher durante a gestação ou até o 42º dia de puerpério.

Para que a assistência obstétrica seja segura e de qualidade é fundamental que haja uma ação contínua e global para a melhora dos cuidados que culminam com a boa prática nos serviços de saúde. Para isso é fundamental que:

- 1- A equipe esteja treinada para identificar o caso de morbidade materna grave ou *near miss*
- 2- A instituição realize auditoria confidencial de casos que englobem estes conceitos
- 3- Um relatório seja enviado aos envolvidos e aos gestores do sistema de saúde com o objetivo de implementar medidas que corrijam eventuais atrasos no diagnóstico e na assistência às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

A seguir serão descritas recomendações durante o ciclo gravídico puerperal com o objetivo de identificar situações que devem ser reconhecidas e adequadamente conduzidas para incrementar a qualidade da atenção à mulher no ciclo grávido-puerperal.

**Atenção pré-natal:** trata-se de momento de maior interação entre a equipe e a gestante/familiares sendo fundamental para a classificação do tipo de assistência

necessária para melhorar ou manter a saúde da mulher e de seu filho. A reavaliação do risco materno e ou perinatal deve ocorrer ao longo desta atenção. Durante o pré-natal devem-se buscar ativamente agravos à saúde materna e perinatal: má-nutrição, anemia, infecções, DSTs, doenças pré-existentes, determinação adequada da idade gestacional, condições de risco para má-formações, doenças clínicas incidentes na gestação e preditores de risco para complicações puerperais. O CRSM-Mater recebe gestantes após a 36ª semana para atenção pré-natal, portanto estas gestantes realizam duas ou três consultas, em média, sendo fundamental que a equipe de saúde:

- Identifique condições agudas na gestação ou doenças não pesquisadas no serviço de origem a fim de determinar se a gestante poderá ser acompanhada nesta instituição
- Promova o acolhimento da gestante e de seu acompanhante/familiar: apresentar à gestante a estrutura da maternidade, demonstrar confiança na instituição e nos serviços prestados nesta, permitindo que a mesma se sinta mais segura ao procurar o Pronto-Atendimento. A equipe de pré-natal é o “cartão de visitas” do serviço.

Após esta abordagem inicial a equipe deverá:

- Atualizar a rotina pré-natal e a ultrassonografia obstétrica: avaliar a evolução da altura uterina, buscando diagnosticar desvios do crescimento fetal como a macrossomia fetal ou a restrição do crescimento intra-útero
- Incentivar participação no curso de gestantes quando as pacientes poderão ter suas dúvidas esclarecidas em grupo, obtiver maiores explicações sobre o serviço e a assistência prestada
- Avaliar a vitalidade fetal, especialmente após a 40ª semana, estando disponíveis a cardiotocografia e ultrassonografia
- Preencher corretamente o cartão de Pré-Natal possibilitando que o atendimento em situação urgência ou emergência forneça o conhecimento global sobre a gravidez através das informações contidas neste cartão
- Identificar doenças clínicas e mentais, oferecendo recursos de saúde disponíveis no sistema público. Aquelas pacientes que demandarem estrutura de alto risco deverão ser referenciadas ao serviço terciário
- Utilizar os recursos da equipe multidisciplinar do CRSM-Mater: obstetras, pediatras e anestesistas, assistente social, enfermeiras, psicóloga e nutricionista

**ATENÇÃO:** as gestantes que não realizaram assistência pré-natal são consideradas de alto risco, porém devido à escassez de recursos de saúde e de assistência obstétrica na região, serão atendidas no CRSM-Mater.

**Registros em prontuário médico:** de acordo com o Código de Ética Médica, TODAS as anotações em Prontuário devem conter data, horário, assinatura e nº do registro no Conselho profissional (preferencialmente por carimbo, para facilitar a identificação do profissional). As anotações devem ser detalhadas em ordem cronológica e. Lembrar que nos casos em que as equipes são acionadas em processos éticos e judiciais o registro adequado no prontuário é a principal arma de defesa profissional e instrumento para o adequado esclarecimento dos fatos. No caso do CRSM-Mater as determinações para o prontuário médico estão descritas a seguir:

- As prescrições médicas, mesmo as eletrônicas, que são realizadas por sistema protegido por senha, deverão ser assinadas pelo médico que a realizou
- Os alunos podem realizar anotações em prontuário médico, porém as mesmas deverão ser checadas por um dos médicos do serviço (residentes ou assistentes). Estas anotações deverão ser assinadas pelo aluno e acompanhadas do nome do médico que o supervisionou, de preferência assinada por ele
- É obrigatório que as anotações sejam feitas com letra legível e é incompatível com a credibilidade do prontuário médico haver rasuras ou o uso de corretivos líquidos
- Todos os atendimentos médicos, procedimentos, intercorrências e orientações devem ser anotados nas fichas de evolução clínica da paciente
- Lembrar que o tempo gasto no presente com anotações adequadas pode significar economia de tempo e energia no futuro no caso de questionamentos judiciais
- Todos os impressos para o Prontuário Médico do CRSM-Mater foram elaborados de maneira a conter informações relevantes para o atendimento e são continuamente revisados a partir de sugestões da própria equipe. Portanto, todos os seus campos devem ser preenchidos
- Todos os prontuários são revisados qualitativamente, buscando identificar falhas no preenchimento e o médico responsável é chamado a corrigi-los quando são identificados

**Interação com outros serviços:** para o adequado funcionamento da hierarquização do SUS é fundamental o respeito à utilização do sistema de Referência e Contra-Referência que deve obedecer a princípios básicos:

**Guias de Referência:** a paciente é encaminhada para avaliação e/ou realização de determinado procedimento e após ela deve ser contra-referenciada ao serviço de origem. As guias de encaminhamento são escritas ou informatizadas, portanto devem ser preenchidas com letra legível (preferir o sistema informatizado). As anotações dos detalhes importantes para o seguimento da paciente devem constar nas guias (resultados de exame físico e exames complementares, hipótese diagnóstica, etc) e bem como a prioridade do caso. O triador poderá aceitar ou não o caso dependendo das informações contidas nesta guia e as próprias pacientes, tendo a guia em mãos, a utilizam para extrair maiores informações do que está ocorrendo com ela e o que está sendo planejado. Ao referenciar a paciente a um serviço terciário, detalhar na guia os dados dos atendimentos realizados no CRSM-Mater, com os resultados de exames e a justificativa do encaminhamento.

**Guias de contra-referência:** assim como anteriormente descrito devem conter todas as informações sobre procedimentos realizados, conduta orientada e agendamento de retornos a este Centro. No CRSM-Mater, a guia de contra-referência é muito utilizada na alta do puerpério, na alta do recém-nascido e na alta após procedimentos diagnósticos e/ou cirúrgicos ginecológicos. Na guia de contra-referência de puerpério deve-se anotar a data e a hora do parto, o tipo de parto, a indicação de eventual parto operatório, dados do recém-nascido, eventuais intercorrências (hemorragia puerperal, infecção, distócias, etc) e resultados de exames colhidos durante a internação (todos os resultados devem ser anotados, uma vez que nenhum outro serviço tem acesso ao nosso sistema de exames). Caso a rede municipal ou regional de saúde solicite à equipe do CRSM-Mater esclarecimento de dúvidas, esta deverá ser solícita e prestar os esclarecimentos necessários, aproveitando esta oportunidade para reavaliar a atuação da equipe no contra-referenciamento de pacientes. O trabalho em equipe nos diferentes níveis de atendimento promove maior segurança às pacientes.

**Interação com a Regulação Médica:** cabe às Centrais de Regulação Médica fazer contatos para liberação de vagas e transferência de pacientes. Ao receber um pedido de vaga, procurar ser cordial com quem faz o contato e, em caso de não se encaixar no perfil assistencial do serviço, negar a vaga, sem embates ou discussões prolongadas, porém explicitando o motivo da recusa. O regulador apenas repassa as informações que recebeu de outro colega, não se justificando brigas devido a informações incompletas ou de má qualidade. Caso necessite de mais informações para definir a aceitação ou não de um caso, solicite ao regulador entrar em contato

com o médico que pediu a vaga para obter as informações e que, após retorne a ligação. Ao solicitar vaga à Regulação Médica, sempre ter em mãos os papéis de atendimento da paciente que deseja encaminhar para transmitir todos os dados necessários para que o regulador localize a vaga em serviço com estrutura mais adequada ao caso

**Interação com a paciente e seu acompanhante:** a literatura é unânime em demonstrar que quando a paciente é bem orientada e se sente acolhida pela equipe, mesmo na ocorrência de resultado adverso, o risco de processar a equipe é menor. Neste contexto, a presença de um acompanhante igualmente esclarecido é grande aliada da equipe no sucesso do atendimento. Os principais passos para que esta interação seja estabelecida estão descritos a seguir:

- Todos os passos do exame clínico, exames laboratoriais e conduta devem ser explicados:
- O exame ginecológico deve ser explicado e a sua importância para o caso deve ser realçada, solicitando a colaboração da paciente para suportar eventuais desconfortos. Nunca enganar a paciente dizendo que “não vai doer nada”
- Ao solicitar exames complementares, explicar os tipos de amostras que serão colhidas e, no caso de necessidade de aguardar o resultado, deixar claro o tempo estimado de espera. De posse dos resultados, explicá-los claramente, orientando sem promover ansiedade desnecessária
- Ao programar reavaliação, combinar com a paciente e seu acompanhante a hora aproximada da reavaliação e procurar respeitá-la
- Explicar claramente a conduta planejada. Nos casos de indução agendada do ambulatório, esclarecer o como é realizado todo o processo de indução
- O processo de conquista da confiança envolve todos os estágios do atendimento, desde o acolhimento até o parto. A equipe deve ser sempre cordial e ajustar o tom de voz e as palavras à situação vivida
- NUNCA cair em provocações. Ao ser abordado de maneira pejorativa pelo paciente ou acompanhante, mantenha a calma e a firmeza das palavras, sem aumentar o tom de voz ou entrar em discussões. Caso seja confrontado com comentários maldosos que a pessoa ouviu de outros, procure demonstrar segurança e desmistificar os boatos com dados de qualidade de assistência. Peça ajuda ao chefe do plantão ou a outro colega disponível para facilitar a abordagem

- NUNCA perder a paciência com os “perguntadores”. As dúvidas só aumentam as procuras desnecessárias ao Pronto-Atendimento e denigrem a imagem do serviço
- Na possibilidade de duas condutas diferentes para o caso, compartilhe com a paciente. Quando a paciente é chamada a opinar sobre sua saúde, ela se torna co-responsável pelas condutas, tendo a sensação de maior acolhimento e cumplicidade com a equipe
- Ao assumir o plantão ou um determinado caso, apresente-se à paciente com seu nome e informando que agora será um dos médicos que cuidará dela
- Seja honesto e sincero, mas sem exageros. Não oculte a verdade nem tente enganar a paciente. A paciente consegue perceber na maioria das vezes que está sendo ludibriada e deixa de confiar na equipe, tornando-a menos colaborativa com as condutas propostas

Todos os casos atendidos deverão ser comunicados ao médico assistente, que também deverá supervisionar todos os procedimentos realizados pela equipe sob sua responsabilidade.

### **Logística do Pronto-Atendimento**

- Recepção: paciente é acolhida pela recepcionista e é aberta uma ficha de atendimento (FAA). A recepção informa a auxiliar de enfermagem escalada para a Admissão e Observação. Seguir o protocolo de acolhimento por classificação de risco em obstetrícia descrito no item 5.2.
- A auxiliar de enfermagem chama a paciente, faz a pré-consulta, anota os sinais vitais no impresso da Enfermagem, fornece a camisola e conduz a paciente a um dos consultórios. Assim que a paciente está pronta, comunica a equipe médica do pré-parto que há paciente aguardando atendimento
- As fichas de atendimento deverão ser colocadas em local próprio em frente ao balcão dos médicos no pré-parto
- No caso de haver várias pacientes para avaliação, a auxiliar de enfermagem comunicará ao médico de plantão (assistente ou residente mais graduado disponível) para que este defina a prioridade de atendimento
- Em hipótese alguma a ficha de atendimento deverá ser colocada no escaninho sem que um membro da equipe médica seja informado, evitando que se prolongue a espera da paciente
- O atendimento pela equipe médica deverá ser iniciado, preferencialmente, por um dos alunos da FMRP-USP, sob supervisão dos médicos residentes e assistentes

- Os consultórios do Pronto-Atendimento contam com material para exame ginecológico, sonar, lâminas para microscópio, esfigmomanômetro, amnioscópios, equipamento portátil de ultrassom, cardiocógrafos e computadores integrados ao sistema do laboratório atuante no CRSM-Mater e ao Sistema HC
- O Serviço de Nutrição fornecerá dieta para a gestante que está sendo avaliada nos casos em que a equipe médica indicar avaliação da vitalidade fetal
- Quando a equipe optar por reavaliação ou por manter a paciente em observação, a mesma deverá ser encaminhada ao quarto de observação (Quarto 11)
- Havendo necessidade de transferência da pacientes para outros hospitais, as ambulâncias para remoção entrarão pelo estacionamento, para onde a paciente deverá ser levada acompanhada de membro da equipe médica para comunicação do caso e entrega da Guia de Referência
- É de responsabilidade da auxiliar de enfermagem escalada providenciar reposição dos materiais, acionar o serviço de limpeza, aplicar as medicações prescritas e colher os exames solicitados nos consultórios e observação

#### **Atendimento no pré-parto**

- A equipe médica trabalhará em conjunto com as equipes de Enfermagem, Fisioterapia, Neonatologia e Anestesiologia, sendo obrigação de todos zelar pelo cumprimento dos protocolos e a harmonia intra e interequipes
- As queixas clínicas das gestantes devem ser valorizadas e avaliadas criteriosamente e todos os procedimentos a serem realizados deverão ser previamente explicados à gestante
- A vigilância da vitalidade fetal deverá ser obedecer ao protocolo estabelecido neste Centro
- As dúvidas dos acompanhantes também deverão ser atenciosamente esclarecidas
- A equipe deverá anotar no prontuário médico todas as avaliações e condutas adotadas durante a condução do trabalho de parto, visto que a maioria dos questionamentos judiciais relaciona-se ao atendimento prestado no pré-parto e sala de parto
- O partograma deverá ser preenchido concomitante com a evolução do trabalho de parto
- A avaliação do risco da parturiente deve ser regularmente atualizada

**Atendimento na sala de parto:** o nascimento de um filho é momento único na vida de qualquer pessoa. A experiência vivenciada na sala de parto ficará impregnada na memória da parturiente e de seu acompanhante. A equipe de saúde atuante neste ambiente deve ter em mente que a rotina pode promover uma dessensibilização quanto à unicidade deste momento, porém para a gestante e seu acompanhante todos os eventos ali ocorridos são alheios ao seu dia-a-dia. É obrigação de todos manterem o ambiente tranquilo, acolhedor e seguro para a parturiente e para isto é fundamental que a equipe:

- Evite qualquer comentário sobre assuntos que não estão inseridos no contexto da assistência ao parto. Esta postura poderá ser interpretada pela parturiente e/ou acompanhante como desrespeitosa e antiprofissional e no caso de resultado adverso relacionado ao nascimento certamente serão utilizadas contra a equipe no processo judicial.
- Evite discutir alimentação, cardápio, reserva de refeição ou solicitação de alimentos para entrega no CRSM-Mater. Caso seja necessário, devido ao horário de realização do procedimento, o médico deve fazer de maneira discreta
- Esteja atenta a situações que poderão causar uma interpretação errônea dos acontecimentos corriqueiros na sala de parto como, por exemplo, informar à enfermagem sobre defeitos em aparelhos ou instrumentais durante o procedimento cirúrgico. Caso este fato ocorra, a paciente se sentirá insegura e na ocorrência de resultado adverso certamente o associará com o defeito referido pela equipe. O médico deverá substituir o aparelho com defeito e posteriormente comunicar por escrito o ocorrido
- Evite comentários em voz alta, especialmente ironizando o cirurgião ou seus auxiliares quanto ao tempo cirúrgico
- Nunca pergunte em voz alta: “Quantas vezes você já fez esse procedimento?” ou “Você está seguro para fazer isso?” quando estiver supervisionando algum aluno ou residente
- Somente entrar em sala adequadamente paramentada
- Em hipótese alguma utilize a sala de parto para expor discordância de condutas. Caso haja necessidade de discutir a condução do caso, os profissionais devem sair da sala para realizar troca de opiniões e retornar a sala com a decisão já tomada
- Evite chamar a atenção de qualquer membro da equipe na frente de paciente. Havendo necessidade de medidas disciplinares, elas deverão ser tomadas em ambiente isolado e longe de outros profissionais e pacientes

- Utilize o bom senso quando for colocar música no ambiente cirúrgico, sendo criterioso na escolha do gênero musical, pois algumas letras ou estilos podem soar ofensivos para a parturiente e acompanhante
- Esteja treinada para manter o controle da situação quando a parturiente, devido ao intenso estímulo doloroso do expulsivo, tornar-se agressiva ou pouco colaborativa. Caso julgue necessário, o médico assistente deve solicitar para o outro colega de plantão auxiliar na condução na sala de parto

**ATENÇÃO:** as pacientes internadas devido a abortamento para realização de AMIU também devem receber o mesmo cuidado e atenção já descritos e a equipe deve estar atenta, pois costuma ser uma experiência negativa e marcante na memória, maximizado pelo momento de luto e ausência de acompanhante em sala (maior vulnerabilidade da mulher)

**Trocas de plantão (visitas)**

- No CRSM-Mater, devem ser realizadas visitas médicas a cada troca de plantão de Obstetrícia, na qual devem ser comunicadas à equipe que assume o plantão todos os casos do pré-parto, salas de parto, sala de observação, consultórios, bem como os casos com intercorrências ou pendências do alojamento conjunto
- Deverão participar da visita todos os alunos, residentes e médicos assistentes das equipes que estão saindo e chegando ao plantão.
- Por se tratar de visita com caráter assistencial, as intervenções da equipe que está assumindo o plantão somente deverão ser realizadas para esclarecer dúvidas quanto ao caso clínico. O momento da visita NUNCA deverá ser utilizado para discordâncias ou críticas às condutas da equipe anterior. Havendo discordâncias, os médicos assistentes deverão conversar após o término da visita para melhor entendimento do caso. Discórdias expressas diante de toda a equipe deverão ser levadas a Direção de Assistência que avaliará se ocorreram abusos. Terminada a visita, caberá aos médicos assistentes:
  - Checar o adequado preenchimento dos papéis do prontuário médico deixados pelo plantão anterior
  - Analisar os detalhes de cada caso, realizar as avaliações, reclassificar o risco obstétrico e indicar, ou não, mudanças de conduta
  - Designar membros da equipe para resolver pendências
  - Apresentar-se às pacientes do pré-parto como chefe do plantão e colocar a sua equipe à disposição para atendimento

**Gerenciamento de crises intra-equipe e interequipes**

- O trabalho em equipe é a chave para o atendimento de qualidade à população, entretanto seu funcionamento pode ser prejudicado por conflitos pessoais e de personalidade, preconceitos e medos pessoais, falta de recursos físicos e humanos, competição e dificuldade de relacionamento com outras profissões e especialidades
- A postura ideal para estabelecer e manter o trabalho em equipe consiste em:
- Ouvir e considerar opiniões diferentes da sua: o fato de alguém discordar de você não significa uma declaração de guerra, mas uma oportunidade de integrar opiniões diferentes e crescer juntos como equipe

- Não elevar a voz: gritar só faz com que você perca a razão. Seu interlocutor deixará de ser um receptor de suas opiniões e passará a agir sempre na defensiva, acabando com qualquer possibilidade de diálogo
- Mantenha a calma: “descompensar” nos momentos de crises e urgências só arranha sua imagem e demonstra intensa insegurança, mesmo que você seja especialista no assunto
- Identifique pontos em comum no meio dos conflitos: lembre que o interesse maior é o bem estar da gestante e de seu filho. Mesmo em meio a opiniões ambíguas há pontos de convergência que devem ser explorados até levar a uma decisão final positiva, sem derrotados, mas com posições de ambos fortalecidas e em conjunto
- Pese as palavras: evite palavras que desmereçam a pessoa ou a opinião de um colega (independente de sua posição hierárquica). Existem diversas maneiras de se dizer a mesma coisa e a mais adequada é aquela que seja construtiva para o ouvinte
- Use evidências: se ambos não conseguem com suas próprias opiniões entrar em concordância, utilize a literatura científica em favor da decisão mútua: consulte o Pubmed, Protocolos, Livros, Periódicos, etc
- Compartilhe as decisões finais: explique ao restante da equipe a posição final a ser adotada. Comunique a Coordenadoria da Equipe ou a Direção da Assistência ao identificar que conflitos ocorridos possam voltar a se repetir com outras equipes a fim de que se possa tomar posição institucional para preveni-las
- Nunca acuse: numa equipe médica, não devem existir posturas de promotor ou delegado. Na ocorrência de eventos adversos, procure ter cabeça fria para continuar prestando os cuidados e não desperdice tempo procurando culpados. A acusação injusta ou exagerada quebra a harmonia e confiança da equipe

#### **Avaliações de possíveis erros**

- A identificar situações em que possa ter ocorrido um erro ou falha no processo de organização da assistência, o coordenador da equipe deverá ser comunicado
- Todas as situações identificadas serão discutidas com a Direção Geral do CRSM-Mater e as Coordenadorias de Equipes envolvidas com a finalidade de revisar todo o processo organizacional em busca de falhas
- A identificação de falha será imediatamente vinculada a definição de estratégias para corrigi-las ou evitar sua repetição e, então, comunicada a toda a equipe

## 11. PROTOCOLOS DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

Apesar de todos os progressos tecnológicos na área da saúde, a infecção continua a ser uma das maiores causas de morte em todo o mundo, matando anualmente de 17 a 20 milhões de pessoas. Dentre as infecções, existem aquelas chamadas de “infecções hospitalares” (IH), bastante prevalentes e com uma mortalidade (sub)estimada de 300.000 pessoas anualmente. Não há hospital no mundo que não tenha infecção hospitalar. Dos 35 milhões de pacientes admitidos em hospitais americanos anualmente, cerca de 2,5 milhões terão uma infecção hospitalar. No Brasil estima-se que pelo menos 12% dos pacientes admitidos em hospitais compliquem sua estadia com uma infecção hospitalar. Hoje sabemos que as infecções hospitalares não ocorrem porque o paciente está “no hospital”, mas sim porque estão expostos a múltiplos fatores de riscos, como procedimentos invasivos que quebram suas defesas naturais, desnutrição aguda, terapias imunossupressoras e enfermidades graves que afetam sobremaneira a resposta imune, levando a uma maior susceptibilidade aos patógenos, oportunistas ou não, que estão presente no ambiente hospitalar . Assim sendo, a sondagem vesical predispõe à infecção do trato urinário (ITU), os procedimentos cirúrgicos predispõem às infecções de sítio cirúrgico (ISC), os cateteres centrais predispõem às infecções primárias de corrente sangüínea e os ventiladores mecânicos predispõem às pneumonias. Um trabalho prospectivo de 9 anos de duração feito pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) avaliando mais de 5.000 hospitais americanos demonstrou que os hospitais que implementaram programas de controle de infecção reduziram as IH's em 32%. Os hospitais que não implementaram programas de controle de infecção tiveram um acréscimo em IH's de 18%.

O Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater possui um Programa de Controle de Infecção Hospitalar que tem como finalidade:

- Realizar a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares tais como: Infecções de sítio cirúrgico, Mastite, Endometrite, ITU, Infecções precoces e tardias em recém-nascidos (sepse, impetigo, onfalite). Estes dados são avaliados e analisados periodicamente durante as reuniões mensais, aberta aos membros do corpo clínico e de enfermagem, da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do CRSMRP-MATER (CCIH). Os dados de infecção hospitalar são repassados à direção clínica e às equipes de assistência.

- Criar e/ou atualizar protocolos de prevenção de infecção, com medidas de prevenção baseadas em evidências científicas
- Promover a capacitação dos funcionários da instituição.
- Promover o uso racional de antimicrobianos, germicidas e de materiais médico-hospitalares.

## **1. PROTOCOLO PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

A higienização das mãos é a principal e mais simples medida para prevenção das infecções hospitalares e transmissão de microorganismos de importância epidemiológica hospitalar dos pacientes para os profissionais e a transmissão cruzada entre os pacientes. Tem por objetivo remover a sujidade, suor e oleosidade, além de remover a flora microbiota transitória da camada mais superficial da pele. A higienização pode ser realizada com água e sabão líquido ou álcool gel 70%, e, está indicada sempre antes ou após contato com o paciente, ao mudar de sítio corporal contaminado para outro mais limpo, antes de calçar luvas e após retirá-las, antes e após manipular dispositivos invasivos, após contato com materiais ou equipamentos contaminados, após contato com objetos ou superfícies próximas ao paciente. Nas situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com fluídos corporais, antes e após realização de atos pessoais, após iniciar o turno de trabalho e antes do preparo de alimentos ou medicamentos recomenda-se o uso de água e sabão líquido. Em situações de surto o sabão líquido pode ser substituído por sabão anti-séptico.

## **2. PROTOCOLO PARA PRECAUÇÕES PADRÃO E ISOLAMENTO**

A utilização da PRECAUÇÃO PADRAO é recomendada na assistência a todos os pacientes, independente do estado presumível de infecção, no manuseio de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação, nas situações em que haja riscos de contatos com: **sangue, com líquidos corpóreos, secreções e excreções, exceto o suor**. Inclui medidas de:

- Higienização das mãos,
- Uso de luvas, avental, gorro, máscara, óculos ou protetor facial quando necessário,
- Cuidado com artigos, equipamentos e roupas utilizados durante a assistência,

- Controle de ambiente (processamento de superfícies, manejo dos resíduos de serviço de saúde),
- Descarte adequado de material perfurocortante,
- Acomodação do paciente, conforme nível de exigência, enquanto fonte de transmissão de infecção.

### **USO DE LUVAS**

1. Sempre que contato com sangue, líquidos corporais, secreção e excreções, membranas, mucosas, pele não integras, artigos e superfícies sujas com material biológico;
2. Trocar após cada procedimento.
3. Desprezar imediatamente após o uso.

### **USO DE AVENTAL, MÁSCARAS, ÓCULOS OU PROTETOR FACIAL**

1. Utilizar avental quando houver a possibilidade de respingo ou contato da pele ou roupas do profissional com fluídos, secreções ou excreções do paciente. Dispensar no “hamper” após o uso. Não usar o mesmo avental para cuidados de pacientes diferentes.
2. Utilizar máscaras cirúrgicas, óculos ou protetor facial quando houver a possibilidade de exposição da face do profissional à respingos de fluídos, secreções, escarro ou excreções do paciente. Recomenda-se também a utilização de máscaras cirúrgicas nas situações em que o profissional esteja com IVAS.
3. No caso de máscara ou protetor facial, desprezar imediatamente após o uso.

### **CUIDADOS COM ARTIGOS E EQUIPAMENTOS**

Todos os artigos e equipamentos devem ser submetidos à limpeza e desinfecção ou esterilização (quando necessário) antes de serem utilizados no cuidado ao paciente.

### **CONTROLE DO AMBIENTE**

Deve-se realizar a limpeza concorrente do ambiente periodicamente, conforme estabelecido pelo serviço de limpeza, além de se realizar a limpeza e desinfecção com álcool 70% de bancadas e mobiliário a cada turno. Também deverá ser feita a limpeza e desinfecção de superfícies sempre que nestas houver presença de sangue ou secreções.

### **DESCARTE ADEQUADO DE MATERIAL PERFUROCORTANTE**

Nunca reencapar a agulha. Não desconectar a agulha da seringa antes do descarte. Os materiais perfurocortantes devem ser descartados imediatamente após o uso em reservatório adequado.

Além das PRECAUÇÕES PADRÃO, que deverão ser utilizadas para todos os pacientes internados no CRSMRP-MATER, algumas PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS deverão ser utilizadas em certas patologias.

### **PRECAUÇÕES PARA AEROSSÓIS**

As partículas aerossolisadas apresentam diâmetro menor que 5 $\mu$ M, permanecendo suspensas no ar durante horas, além de alcançar ambientes mais distantes pelo fato de serem carregadas por correntes de ar. A fonte de eliminação é o próprio paciente.

As precauções para aerossóis constituem:

1. Quarto privativo obrigatório, com porta fechada e ventilação externa. Pode ser compartilhado por portadores do mesmo microorganismo;
2. Uso de Máscara tipo N95 ao entrar no quarto do paciente;
3. Evitar transporte do paciente. Se necessário, o mesmo deverá colocar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente ao setor para onde será transportado.

### **PRECAUÇÕES PARA GOTÍCULAS**

A transmissão de infecções por gotículas ocorre através do contato próximo com o paciente. Essas partículas são eliminadas pelas vias aéreas superiores podendo atingir até um metro de distância. Por serem “pesadas”, com diâmetro maior do que

5µM, não permanecem suspensas no ar. A contaminação ocorre apenas se contato prolongado ou se próximo ao paciente.

As fontes de distribuição são o próprio paciente.

As medidas de precauções são:

1. Quarto privativo obrigatório, com porta fechada. Pode ser compartilhado entre portadores do mesmo microorganismo.
2. Uso de máscara cirúrgica ao entrar no quarto ou toda vez que entrar em contato com o paciente. Desprezar a máscara imediatamente após o uso.
3. Evitar transporte do paciente. Se necessário, o mesmo deverá colocar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente ao setor para onde será transportado

## **PRECAUÇÕES DE CONTATO**

Alguns microorganismos de importância epidemiológica hospitalar (microorganismos multirresistentes) podem ter sua transmissão relacionada ao contato com o paciente colonizado ou infectado (forma direta), ou relacionada ao contato com objetos e superfícies contaminadas (forma indireta).

As medidas de precauções de contato incluem:

1. Quarto privativo recomendável. Pode ser compartilhado entre pacientes portadores do mesmo microorganismo. Manter placa de identificação na porta do quarto e no leito do paciente.
2. Higienização das mãos sempre antes e após o contato com o paciente;
3. Utilização de luvas (de procedimento) ao entrar em contato com o paciente ou material infectante;
4. Utilização de avental de manga longa sempre que houver a possibilidade de contato da roupa do profissional de saúde com o paciente, leito ou material infectante. Nos casos de diarreia, colostomia ou secreção de ferida não contida pelo curativo, o uso do avental se torna obrigatório.
5. A utilização de artigos e equipamentos deverá ser preferencialmente de uso exclusivo para o paciente. Não sendo possível, deverão ser limpos e desinfetados ou esterilizados após o uso.

**ATENÇÃO:** ANTES DE SE UTILIZAR AS PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS, SEMPRE COMUNICAR E ORIENTAR O PACIENTE PARA EVITAR CONSTRANGIMENTOS.

A TABELA A SEGUIR, APRESENTA AS RECOMENDAÇÕES PARA PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS E ISOLAMENTO DE ACORDO COM DETERMINADAS DOENÇAS. NO CASO DE DUVIDA OU SITUAÇÃO NÃO CONTEMPLADA NESTA TABELA ENTRAR EM CONTATO COM A CCIH.

<u>TIPO DE PRECAUÇÃO</u>	<u>PACIENTE</u>
<b>PADRÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PARA TODOS OS PACIENTES</li> </ul>
<b>AEROSSOIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SARAMPO</li> <li>• <b>VARICELA**</b></li> <li>• TUBERCULOSE</li> </ul>
<b>GOTICULA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MENINGITE*</li> <li>• CAXUMBA</li> <li>• INFLUENZA</li> <li>• COQUELUCHE§</li> </ul>
<b>CONTATO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMPETIGO</li> <li>• FERIDA COM SECREÇÃO NÃO CONTIDA POR CURATIVO</li> <li>• ESCABIOSE, PEDICULOSE*</li> <li>• VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO</li> <li>• DIARRÉIA AGUDA NÃO CONTIDA</li> <li>• MICROORGANISMO MULTIRRESISTENTE</li> <li>• <b>VARICELA**</b></li> </ul>

\* Manter em precaução até completar 24 horas do início da terapia antimicrobiana adequada.

\*\* Precaução de contato e aerossóis até que todas as lesões estejam em fase de crosta. Profissional gestante não deve avaliar este paciente.

§ Manter em precaução até completar 5 dias do início do tratamento eficaz.

### 3. ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

### **Preparo pré-operatório do paciente**

- ✓ Controlar adequadamente a glicemia em todos pacientes diabéticos antes de cirurgia eletiva, manter níveis de glicose <200mg/dl durante a cirurgia e pós-operatório imediato (48h).
  - ✓ Encorajar a paciente a parar de fumar ou parar fumo por pelo menos 30 dias antes de cirurgia eletiva.
  - ✓ Reduzir ou parar uso de esteróides quando possível.
  - ✓ Considerar adiar cirurgia eletiva em pacientes muito desnutridos.
  - ✓ Redução de peso em obesos antes de cirurgia eletiva.
  - ✓ Identificar e tratar todas as infecções remotas ao sítio cirúrgico antes de cirurgia eletiva. Não operar eletivamente pacientes com infecções em outros sítios - **IA**.
  - ✓ Manter a estadia pré-operatória o menor possível - **IA**.
  - ✓ Usar banhos pré-operatórios com anti-sépticos na noite anterior e na manhã da operação - **IB**.
1. **Banho pré-operatório**: a paciente deverá tomar banho de aspersão à chegada no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - Mater, mesmo quando já tomado banho no domicílio, orientando higiene rigorosa com água e sabão de região abdominal e períneo. Quando o tempo decorrido entre a admissão da paciente e parto exceder 8 horas, ou imediatamente antes do procedimento cirúrgico, é recomendável a realização de um novo banho de aspersão. Todos os procedimentos devem ser anotados em prontuário.
- Excetuam-se destas normas aqueles casos de urgência, emergência ou em período expulsivo.
2. **Tricotomia**: EVITAR SEMPRE QUE POSSÍVEL! A tricotomia aumenta o risco de infecção (nível de evidência A-I). Caso seja necessária a tricotomia, esta poderá ser feita respeitando os seguintes princípios:
- Imediatamente antes do procedimento cirúrgico;
  - A área de remoção deverá ter a menor extensão possível;
  - Utilizar tricotomizador elétrico, nunca utilizar aparelhos com lâmina
  - Cortar os pêlos sem lesar a pele e sem umidecê-los. A remoção dos resíduos poderá ser realizada com solução fisiológica disponibilizada para este fim, (não aproveitar frascos de SF que já foram previamente utilizados).

3. **Limpeza da pele íntegra**: a degermação da pele íntegra que sofrerá a incisão deverá ser feita preferencialmente com solução anti-séptica degermante de clorhexidina (CHX), ou PVP-I caso a paciente tenha história de hipersensibilidade cutânea ao CHX. O excesso de degermante poderá ser removido com solução fisiológica e compressa estéril. Após a degermação da pele aplicar a solução alcoólica do mesmo anti-séptico utilizado na degermação da pele em círculos concêntricos com orientação centrífuga (de dentro para fora).

### **PREPARO DA EQUIPE CIRÚRGICA E DA SALA CIRÚRGICA**

- 1- Ao entrar no centro obstétrico/cirúrgico sempre **HIGIENIZAR AS MÃOS!!!**
- 2- Manter unhas aparadas e não usar unhas postiças. Não utilizar adornos (pulseiras, jóias, anéis, inclusive alianças).
- 3- **Degermação das mãos** antes da paramentação cirúrgica.
  - Utilizar solução anti-séptica degermante, escova estéril com cerdas macias e de uso individualizado.
  - Escovar as mãos por 3-5 minutos, principalmente entre dedos, sob as unhas.
  - Não escovar braços, mas sim fazer fricção rigorosa com a solução anti-séptica.
  - Após a escovação: descartar a escova, manter os braços flexionados com as mãos para cima longe do corpo para que a água escorra das pontas dos dedos em direção aos cotovelos.
  - Enxugar as mãos e antebraços com compressa estéril. Após, proceder a paramentação cirúrgica com colocação do avental estéril e das luvas estéreis. O avental estéril deve ser colocado imediatamente antes de entrar em campo. **DEVERÁ SE COLOCAR O AVENTAL IMPERMEÁVEL (DE PLÁSTICO) ANTES DE COLOCAR O AVENTAL ESTÉRIL NAQUELAS CIRÚRGIAS EM QUE HÁ RISCO DE EXPOSIÇÃO A GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE E FLUIDOS CORPORAIS, PARA PROTEÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.**

**TODOS EM CAMPO DEVEM COLOCAR ÓCULOS DE PROTEÇÃO.**
4. A roupa do centro cirúrgico serve muito mais para sinalizar a entrada em uma área restrita do que propriamente para controle de infecção. Esta roupa deve ser trocada quando estiver suja de sangue ou líquido corpóreo oriundos da paciente.

5. A máscara deverá ser usada sempre pela equipe em campo e deverá cobrir totalmente a boca e o nariz. Deverá ser obrigatoriamente utilizada quando o instrumental estéril já estiver exposto na sala cirúrgica até o fim da realização do procedimento cirúrgico nesta sala.
6. O gorro deverá cobrir totalmente os cabelos ao entrar no centro obstétrico.
7. Propé: não há evidência que o seu uso reduza os riscos de infecção do sítio cirúrgico. Sabe-se também que o seu uso já foi advogado para proteção do profissional de saúde, porém, o que protege os pés de respingos de sangue ou secreções é a utilização de sapato fechado, que deve ser usado para proteger os pés de toda equipe envolvida na assistência à paciente.
8. Limitar na sala apenas os profissionais implicados no procedimento.

**NÚMERO DE PESSOAS EM SALA:**

- Parto Cesárea: 3 GO, 2 PED, 2 anestesia, 1 enfermeira, 1 circulante de enfermagem;
- Parto Normal: 2 GO, 2 PED, 2 anestesia, 1 enfermeira, 1 circulante de enfermagem,  
\*Alunos de graduação: 2 alunos.

9. Manter a porta sempre fechada.

**CAMPOS E MATERIAL CIRÚRGICO**

Os campos devem ser confeccionados com materiais que funcionem como barreiras eficazes mesmo quando úmidos. Devem ser esterilizados em autoclave. Os campos estéreis devem ser amplos, garantindo proteção da equipe cirúrgica e evitando a quebra de barreira durante o procedimento.

Todo material utilizado no campo cirúrgico deve ser esterilizado. As caixas cirúrgicas contêm fitas que validam o processo de esterilização destas. Ao abrir as caixas estas fitas devem ser conferidas e anexadas à ficha da paciente, observar também o prazo de validade de esterilização e as condições das embalagens e dos artigos cirúrgicos. Se houver algum material sujo, mesmo que a fita indique que a caixa foi esterilizada deve-se rejeitar o uso desta caixa.

A utilização do ciclo flash das autoclaves para esterilização do instrumental cirúrgico só pode ocorrer em casos excepcionais. Devendo estas situações serem obrigatoriamente informadas a CCIH, a chefia do C. Cirúrgico e chefia da CME.

## **TÉCNICA CIRÚRGICA**

- 1- Manipule os tecidos com gentileza, mantenha hemostasia eficaz, minimize tecido desvitalizado e corpos estranhos (suturas, debris necróticos) e não deixe espaços mortos no local cirúrgico.
- 2- Deixe a incisão aberta para fechar por segunda intenção se o sítio cirúrgico estiver altamente contaminado.
- 3- Se for necessário uso de drenos, use sistema fechado. Coloque o dreno em incisão separada da incisão principal. Remova os drenos assim que for possível.

## **ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA**

A utilização da antibioticoprofilaxia em cirurgias reduz a carga bacteriana no campo cirúrgico contaminado, porém a sua utilização não substitui as outras medidas de prevenção de ISC.

Em alguns procedimentos cirúrgicos, o benefício da realização (ou não) da antibioticoprofilaxia já esta bem sedimentada, porém em outros procedimentos, não há consenso sobre o benefício da antibioticoprofilaxia (baixo nível de evidência).

No CRSMRP-MATER é recomendada a antibioticoprofilaxia cirúrgica nas seguintes situações:

- HISTERECTOMIA ABDOMINAL OU VAGINAL
- PAN-HISTERECTOMIA
- ABORTAMENTO
- OOFORECTOMIA
- MIOMECTOMIA
- PERINEOPLASTIA
- CISTOCELE
- RETOCELE
- URETROCISTOPEXIA
- PARTO CESÁREA
- PARTO FÓRCIPES
- PARTO VAGINAL COM DEQUITAÇÃO MANUAL OU MANIPULAÇÃO INTRA-UTERINA

O antibiótico de escolha é a Cefazolina, 1 g em dose única, para pacientes com peso corporal  $\leq$  80Kg (acima deste peso utilizar 2g EV). Nos casos de histórico de alergia a cefalosporina, utilizar a Clindamicina, 600mg, em dose única, como alternativa.

Recomenda-se na Cesárea, que o ATB seja administrado logo após clampar o cordão umbilical. Nos outros procedimentos cirúrgicos, considera-se a indução anestésica como momento adequado para a administração da antibioticoprofilaxia cirúrgica. Se houver sangramento excessivo no ato operatório (> 1litro), ou caso a duração do intra-operatório ultrapassar 3 horas, recomenda-se repetir a antibioticoprofilaxia de 3/3 horas até o final do procedimento cirúrgico.

Nota: Na hipótese de se utilizar Clindamicina como profilaxia antimicrobiana, deve se lembrar que a sua infusão de ser em 30 a 60 minutos, e que o término desta deve ocorrer pelo menos 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica.

A antibioticoprofilaxia pode prevenir as **Infeções do Sítio Cirúrgico**. Outras infecções e condições pós-operatórias (atelectasia, pneumonia, flebite) são INALTERADAS pela profilaxia.

### **SUTURA E CURATIVO (CESÁREA).**

Não se recomenda lavar a incisão com anti-sépticos antes da sutura devendo-se lavar a incisão com soro fisiológico. O curativo deverá permanecer fechado por 6 horas após a cirurgia, devendo ser trocado se estiver sujo ou úmido. Pode-se limpar com soro fisiológico. **OS ANTISSÉPTICOS NÃO DEVEM SER USADOS PARA ESTA FINALIDADE, POIS ATRAPALHAM A CICATRIZAÇÃO!!!**

**NAS FERIDAS EM QUE SE OPTAR POR CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENÇÃO UTILIZAR APENAS CURATIVOS COM SORO FISIOLÓGICO.**

**NÃO USAR AÇÚCAR, PVPI, LEITE DE MAGNÉSIA, ETC.**

### **SUTURA DA EPISIOTOMIA**

Não se recomenda lavar a incisão com anti-sépticos antes da sutura, devendo-se lavar a incisão com soro fisiológico. O cuidado local consistirá de limpeza diária com água e sabão.

**DIRETRIZES DO CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (GUIDELINES FOR THE PREVENTION OF SURGICAL SITE INFECTION: Infection Control and Hospital Epidemiology, vol 20 (4):247, 1999)**

Este é um resumo das recomendações sobre prevenção de infecção de sítio cirúrgico, preparadas pelo CDC e publicadas em 1999, sendo que estas RECOMENDAÇÕES permanecem EM VIGOR EM 2010.

Estas recomendações são classificadas em:

- **CATEGORIA I**

- **IA:** fortemente recomendadas para todos os hospitais, referendadas por estudos experimentais ou epidemiológicos.

- **IB:** fortemente recomendadas para todos os hospitais, consideradas eficazes por peritos da área, consenso dos peritos do CDC, baseadas em evidências, apesar de não existirem muitos estudos científicos.

- **CATEGORIA II:** sugeridas para implementação nos hospitais; recomendações são baseadas em estudos epidemiológicos ou em outros estudos aplicáveis a alguns, mas não todos os hospitais.

- **CATEGORIA NENHUMA RECOMENDAÇÃO: ASSUNTO AINDA NÃO RESOLVIDO**

## **RECOMENDAÇÕES:**

### **1) Preparo pré-operatório do paciente**

- a. Controlar adequadamente a glicemia em todos pacientes diabéticos antes de cirurgia eletiva, manter níveis de glicose <200mg/dl durante a cirurgia e pós-operatório imediato (48h) = **IB**.
- b. Encorajar a parar de fumar ou parar fumo por pelo menos 30 dias antes de cirurgia eletiva = **IB**.
- c. Reduzir ou parar uso de esteróides quando medicamente recomendados = **ASSUNTO NÃO RESOLVIDO**.
- d. Considerar adiar cirurgia eletiva em pacientes muito desnutridos = **II**.
- e. Redução de peso em obesos antes de cirurgia eletiva = **II**.
- f. Identificar e tratar todas as infecções remotas ao sítio cirúrgico antes de cirurgia eletiva. Não operar eletivamente pacientes com infecções em outros sítios = **IA**.
- g. Manter a estadia pré-operatória o menor possível = **IA**.
- h. Usar banhos pré-operatórios com anti-sépticos na noite anterior e na manhã da operação = **IB**.

- i. Não realizar tricotomia, a não ser que o pelo interfira na visualização do campo cirúrgico. Se o pelo precisar ser removido, deverá ser removido imediatamente antes da cirurgia, usando de preferência o tricotomizador = **IA**.
- j. Lavar e limpar bem a pele ao redor da incisão para remover contaminação grosseira antes de aplicar o anti-séptico = **IB**.
- k. Usar um agente anti-séptico para preparação da pele (álcool 70% a 92%), clorexidine (4%, 2%, 0,5% em base alcóolica) ou iodo/iodóforo (aquoso a 10% com 1% iodo) = **IB**.
- l. Aplicar o anti-séptico na pele em círculos concêntricos movendo de dentro para fora, em direção à periferia. A área preparada deve ser grande o suficiente que englobe a incisão, novas incisões e drenos = **IB**.

## **2) Preparo das mãos e braços da equipe cirúrgica**

- a. Manter unhas curtas e não usar unhas artificiais = **IB**
- b. Esmalte: NENHUMA RECOMENDAÇÃO
- c. Não usar bijoutherias/jóias em braços e dedos = **II**
- d. Preparar as mãos e braços até os cotovelos, antes que os campos estéreis, instrumentos estéreis ou pele do paciente sejam tocados = **IB**
- e. Limpar sob as unhas antes de escovar mãos/braços = **IB**
- f. Fazer a escovação por 3-5 minutos com anti-séptico apropriado = **IB**
- g. Após a escovação, manter as mãos elevadas e longe do corpo (cotovelos flexionados) para que a água escoe das pontas dos dedos em direção aos cotovelos. Secar as mãos com compressa estéril, vestir avental estéril e calçar luvas estéreis = **IB**

## **3) Profilaxia antimicrobiana**

- a. Selecionar um agente antimicrobiano baseado em sua eficácia contra os patógenos mais comuns que causam a infecção do sítio cirúrgico = **IA**
- b. Administrar o antibiótico profilático por via endovenosa = **IA**.
- c. Administrar o antibiótico profilático antes que a cirurgia comece, para assegurar níveis teciduais bactericidas antes que a incisão de pele seja feita, idealmente 30 minutos antes (não mais que 2 horas) da incisão inicial = **IA**.
- d. Para cesárea, administrar a profilaxia imediatamente após clampar o cordão umbilical = **IA**.
- e. Administrar antibiótico profilático próximo da indução anestésica = **II**
- f. Não prolongar a antibioticoprofilaxia além da cirurgia = **IB**.

- g. Considerar doses adicionais de antibiótico no intra-operatório nas seguintes circunstâncias: tempo cirúrgico que exceda a meia vida do agente escolhido, cirurgias com grande perda sanguínea intra-operatória, cirurgias em pacientes obesos mórbidos = **IB**.
- h. Não usar vancomicina rotineiramente para profilaxia = **IB**

#### **4) Centro Cirúrgico**

- a. Manter pressão positiva nas salas operatórias (em relação a corredores e áreas adjacentes) = **IB**
- b. Utilizar fluxo laminar e luzes ultravioletas para prevenção de infecção: **NENHUMA RECOMENDAÇÃO**
- c. Manter portas da sala cirúrgica fechadas, exceto para passagem de equipamento, pessoal e paciente = **IB**
- d. Limitar o número de pessoas que entram nas salas cirúrgicas ao mínimo necessário = **IB**

#### **5) Limpeza e desinfecção**

- a. Desinfecção de salas cirúrgicas na ausência de sujidade visível de superfícies e equipamentos: **NENHUMA RECOMENDAÇÃO**
- b. Usar desinfetante para limpar as áreas com sujeira visível ou contaminação com sangue ou outros fluidos corpóreos antes da próxima operação = **IB**
- c. Não fazer nenhuma desinfecção especial ou limpeza especial de salas cirúrgicas após cirurgias contaminadas ou sujas = **IA**
- d. Não usar tapetes à entrada do centro cirúrgico = **IA**
- e. Não fazer culturas de meio ambiente rotineiras no centro cirúrgico = **IB**

#### **6) Esterilização de instrumental**

- a. Esterilizar todos os instrumentos cirúrgicos de acordo com diretrizes publicadas = **IB**
  - b. Usar esterilização “flash” somente em situações de emergência = **IB**
- Não usar esterilização “flash” rotineiramente para esterilizar instrumentos = **IB**

#### **7) Roupas, máscaras, gorros, propés, luvas, aventais, campos cirúrgicos**

- a. Como lavar roupa de centro cirúrgico, em restrição de roupa de centro cirúrgico somente para centro cirúrgico, ou para cobrir a roupa de centro cirúrgico quando fora do centro cirúrgico: **NENHUMA RECOMENDAÇÃO**
- b. Trocar a roupa de centro cirúrgico quando visivelmente suja, contaminada e/ou penetrada por sangue ou outros materiais potencialmente infecciosos = **IB**
- c. Usar máscara cirúrgica que cubra totalmente a boca e o nariz quando entrar na sala cirúrgica se instrumentos estéreis estiverem expostos ou se a cirurgia for começar ou já está em andamento. Usar a máscara durante toda a cirurgia = **IB**
- d. Usar gorro para cobrir totalmente cabelos ao entrar na sala cirúrgica = **IB**
- e. Não usar propés para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico = **IA**
- f. Usar propés quando contaminação grosseira puder ser antecipada = **II**
- g. A equipe cirúrgica precisa usar luvas estéreis, que são colocadas após colocar aventais estéreis = **IB**
- h. Usar tecidos para aventais e campos que sejam efetivas barreiras quando úmidos = **IB**

#### **8) Anestesia**

- a. Os membros da equipe anestésica precisam aderir às práticas recomendadas de controle de infecção durante a cirurgia = **IA**.

#### **9) Cirurgia, técnica cirúrgica**

- a. Manipular os tecidos com gentileza, manter hemostasia eficaz, minimizar tecido desvitalizado e corpos estranhos (suturas, debris necróticos) e não deixar espaços mortos no local cirúrgico = **IB**
- b. Deixar a incisão aberta para fechar por segunda intenção se o sítio cirúrgico estiver altamente contaminado = **IB**
- c. Se for necessário usar drenos, use sistema fechado. Coloque o dreno em incisão separada da incisão principal. Remova os drenos assim que for possível = **IB**

#### **10) Curativo**

- a. Usar curativo estéril por 24-48 horas após cirurgia. Assegurar-se que o curativo se mantenha seco e que não seja removido com banho = **IA**
- b. **NENHUMA RECOMENDAÇÃO** em relação se a incisão deve ser coberta além de 48 horas ou quando tomar banho com a incisão descoberta.

- c. Lavar as mãos com agente anti-séptico antes e após o curativo e antes e após qualquer contato com sítio cirúrgico = **IA**
- d. Para incisões abertas, nenhuma recomendação quanto à troca de curativo usando técnica estéril ou técnica limpa: **NENHUMA RECOMENDAÇÃO**
- e. Educar paciente e familiares para cuidar adequadamente da incisão e identificar sinais e sintomas de infecção e a quem reportar qualquer problema = **II**

## **Protocolo Para Prevenção De Infecção No Centro De Referência Da Saúde Da Mulher De Ribeirão Preto-Mater**

### **1. PACIENTE**

- a. Banho pré-operatório: tomar banho na admissão no Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater, antes do parto ou imediatamente antes do procedimento cirúrgico.
- b. Tricotomia: EVITAR! A tricotomia aumenta o risco de infecção e não traz benefício. Caso o pelo atrapalhe o campo visual do médico, a tricotomia poderá ser feita respeitando os seguintes princípios: imediatamente antes do procedimento (episiotomia, cesárea), na menor área possível.
- c. Limpeza da pele íntegra: o preparo da pele que sofrerá a incisão deverá ser feito com solução de PVP-I ou clorohexidine. É importante ressaltar que o anti-séptico só agirá na pele ÍNTEGRA E LIMPA. Aplica-se o anti-séptico em círculos concêntricos, movendo-se de dentro para fora, em direção à periferia.

### **2. EQUIPE CIRÚRGICA E EQUIPE DE ANESTESIA**

- a. Ao entrar no centro obstétrico/cirúrgico: **LAVAR AS MÃOS!!!!!!!!!!!!**
- b. Manter unhas bem cortadas e não usar unhas postiças. Retirar bijuterias, anéis, incluindo alianças.
- c. Preparo das mãos e braços: antes de tocar campos estéreis, instrumentos ou a pele da paciente.
- d. Limpar sob as unhas antes de escovar.
- e. Escovar as mãos por 3-5 minutos, principalmente entre dedos, sob as unhas.
- f. Não escovar braços, mas sim fazer fricção rigorosa com anti-séptico (PVP-I).
- g. Após a escovação: manter mãos e braços elevados e longe do corpo para que a água escorra das pontas dos dedos em direção aos cotovelos. Secar as mãos com compressa estéril, vestir um avental estéril e calçar luvas estéreis.

- h. A máscara deverá ser usada sempre pela equipe em campo e deverá cobrir totalmente a boca e o nariz.
- i. O gorro deverá cobrir totalmente os cabelos ao entrar no centro obstétrico Propé: não tem papel para diminuir o risco de infecção, pois os microorganismos do chão não alcançam a ferida operatória.
- j. O propé já foi advogado para proteção do profissional de saúde, porém sabemos que o que protege os pés de respingos de sangue ou secreções é o sapato fechado, que deve ser usado para proteger os pés da equipe em campo.

A roupa do centro cirúrgico serve muito mais para sinalizar a entrada em uma área restrita do que propriamente para controle de infecção. Esta roupa deve ser trocada quando estiver suja de sangue ou líquido corpóreo oriundo da paciente. O avental estéril deve ser colocado imediatamente antes de entrar em campo.

**ATENÇÃO:** deve-se colocar o avental de plástico antes de colocar o avental estéril, para proteção do profissional de saúde. Todos em campo devem colocar óculos de proteção.

### **3. CAMPOS E MATERIAL CIRÚRGICO**

- a. Os campos devem ser confeccionados com materiais que funcionem como barreiras eficazes mesmo quando úmidos. Devem ser esterilizados em autoclave.
- b. Todo material utilizado em campo deve estar estéril. Os instrumentais cirúrgicos devem ser esterilizados em autoclave, processo PRECEDIDO de rigorosa limpeza do material. Não existe esterilização em autoclave se o instrumental apresentar sujidade visível, portanto se houver algum material sujo, mesmo vindo de uma caixa estéril, deve-se considerar como material não estéril.
- c. Se o interior da caixa estiver úmido, o material não deve ser utilizado

### **4. CENTRO OBSTÉTRICO/CENTRO CIRÚRGICO**

- a. Não há nenhuma recomendação de limpeza especial da sala operatória após cirurgia contaminada ou suja. Quando houver sujeira visível ou contaminação com sangue ou fluidos, remova a sujidade e depois aplique o hipoclorito de sódio a 1%.
- b. Não são recomendados sapatos especiais de centro cirúrgico, nem tapetes à entrada. As portas da sala cirúrgica devem ficar FECHADAS, exceto para passagem de equipamento, pessoal e paciente.

**ATENÇÃO:** o número de pessoas dentro da sala deve ser limitado àquelas que tem participação no ato operatório.

## 5. TÉCNICA CIRÚRGICA

- a. Manipule os tecidos com gentileza, mantenha hemostasia eficaz, minimize tecido desvitalizado e corpos estranhos (suturas, debrís necróticos) e não deixe espaços mortos no local cirúrgico.
- b. Deixe a incisão aberta para fechar por segunda intenção se o sítio cirúrgico estiver altamente contaminado.
- c. Se for necessário uso de drenos, use sistema fechado. Coloque o dreno em incisão separada da incisão principal. Remova os drenos assim que for possível.

### **Esquema padronizado de antibioticoprofilaxia: cefazolina 2g EV dose única**

- Cesariana – iniciar após clampeamento do cordão.
- Histerectomia (vaginal/abdominal/laparoscópica): iniciar na indução anestésica
- Laqueadura: iniciar na indução anestésica

### **Normas e rotinas da CCIH do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Rbeirão Preto-Mater para prevenção de infecção hospitalar**

- 1- Tricotomia abdominal e perineal: os pelos serão aparados com tesoura quando necessário. Não é permitida a tricotomia com lâmina;
- 2- Banho no pré-parto:
  - Deve-se encaminhar a paciente ao banho de aspersão ao ser admitida no pré-parto, mesmo que tenha tomado banho em casa;
  - Orientar higiene rigorosa com água e sabão de região abdominal e períneo;
  - Repetir o banho de aspersão quando paciente atingir 7-8 cm reforçando item b;
  - Para paciente em indução de trabalho de parto, orientar novo banho a cada 8 horas ou se indicado parto cesárea, antes da realização do mesmo;

### **ATENÇÃO**

- ❖ Excetuam-se destas normas aqueles casos de urgência, emergência ou em período expulsivo
- ❖ Todos os procedimentos devem ser anotados em prontuário

3- Preparo da pele para realização de parto cesárea:

- Fazer degermação da pele com PVPI degermante;
- Limpar excesso de PVPI com compressa estéril embebida em soro fisiológico ou água estéril;
- Aplicar PVPI alcoólico na pele de maneira centrifuga (iniciando na região da incisão). Lembrar de trocar a gaze para cada retorno da região inscisional. Aguardar a secagem da mesma (aproximadamente 20-30 segundos);
- Utilizar clorexedina em casos de alergia.

4- Número de pessoas em sala:

- Parto Cesárea: 3 membros da equipe de obstetrícia, 2 membros da equipe da pediatria, 2 anestésias, 1 enfermeira, 1 circulante de enfermagem;
- Parto Normal: 3 membros da equipe de obstetrícia, 2 membros da equipe da pediatria, 2 anestesia, 1 enfermeira, 1 circulante de enfermagem,

**ATENÇÃO:** Considerar o número de alunos da graduação

## ANEXOS

### 13.1. Manual Do Acompanhante

#### CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER Manual da Parturiente e Acompanhante

Hospital Amigo da Criança

Av. Wanderley Taffo nº 330 – Quintino Facci II

Fone: (16) 39628200



O CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER foi criado para oferecer a você e sua família uma atenção humanizada no momento do nascimento do seu filho (a)! Neste momento você poderá ser acompanhada por uma pessoa de sua escolha e que esteja de acordo com os critérios estabelecidos pela instituição (maior de 18 anos, trajado adequadamente e que tenha recebido orientação prévia de como participar do acompanhamento da parturiente). A participação do acompanhante tem como objetivo trazer conforto e segurança para a parturiente diminuindo a ansiedade e o medo que este momento pode gerar. Para que o acompanhante escolhido possa realmente participar deste momento tão importante, ele deverá acompanhar desde o momento da internação até o nascimento, não sendo permitida a troca de acompanhante durante o trabalho de parto sem a aprovação da equipe de saúde.

Ao ser internada você irá conhecer O CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER junto com seu acompanhante. Procure tirar suas dúvidas no momento da internação com a Equipe de Saúde. Todos estão preparados para esclarecer vocês.

Após a internação você será encaminhada para o leito de pré-parto e receberá material e roupas para higiene corporal. Neste local estarão outras gestantes em trabalho de parto e seus acompanhantes, sendo fundamental a observação de regras para que nenhuma parturiente fique constrangida pela presença de pessoas estranhas. Estas regras estão descritas no final deste manual.

Para ajudar na evolução do trabalho de parto você poderá:

- Respirar lenta e profundamente durante e após as contrações para que você e seu bebê recebam bastante oxigênio.
- Caminhar ou permanecer na posição que for mais confortável. Se preferir ficar deitada, a recomendação é deitar do lado esquerdo, pois melhora a circulação para você e conseqüentemente para o seu bebê.
- O acompanhante poderá massagear as costas da parturiente com movimentos circulares pode proporcionar sensação de bem estar, de acordo com sua vontade.



- Usar o banquinho e a bola pode melhorar a circulação, ajudar na descida do bebê no canal de parto e garantir sensação de bem estar.

Em todos estes passos o seu acompanhante pode estar presente estimulando a sua participação, caminhando com você, massageando suas costas, apoiando e participando deste momento especial.

Durante o trabalho de parto a Equipe Médica e de Enfermagem realizará avaliações dos seus sinais vitais como pulso, temperatura e pressão arterial, dos batimentos do coração do bebê e da dilatação do colo uterino através do toque vaginal.



Você receberá alimentação adequada e hidratação durante o trabalho de parto para prevenir a queda do nível de açúcar no sangue e garantir o bem estar do bebê.

No momento do parto o acompanhante permanecerá ao seu lado e logo o nascimento o bebê é colocado sobre você e será iniciado o aleitamento.

**Orientações para o acompanhante da gestante atendida no CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER**

1. Se você estiver gripado ou com outro problema de saúde não permaneça como acompanhante.
2. Durante toda a internação, incentive a paciente para que siga as orientações da equipe médica e de enfermagem.
3. No pré-parto, permaneça ao lado da paciente, converse sobre assuntos agradáveis e evite discussões e assuntos desnecessários.
4. Evite conversar com as outras pacientes internadas e seus acompanhantes. O silêncio contribui para a tranquilidade.
5. O acompanhante não pode circular em outras áreas do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater além do pré-parto sem a autorização da equipe médica e de enfermagem. Também não é permitida a permanência junto ao balcão da equipe médica e de enfermagem.
6. Não deite ou sente no leito da paciente nem nos outros leitos do quarto. Isso previne infecções tanto para a mãe quanto para o bebê.
7. Quando as outras pacientes forem ser examinadas, retire-se do quarto e só retorne após autorização da equipe médica e de enfermagem. Não entre nas salas do pré-parto se as portas estiverem fechadas.
8. Saiba que um trabalho de parto de uma paciente nunca é igual ao da outra: cada um tem seu tempo de evolução. Assim, permaneça calmo e preste atenção às orientações da equipe médica e de enfermagem. Colabore para que a sua paciente tenha um trabalho de parto tranquilo.
9. Na hora do nascimento, espere a autorização da equipe médica e de enfermagem para entrar na sala de parto. Dentro da sala, permaneça no local orientado. Nunca encoste nos campos cirúrgicos (panos que são colocados sobre a paciente para protegê-la de infecções).
10. Durante a realização do parto normal ou cesárea siga as orientações da equipe médica e de enfermagem.
11. Em situações especiais, pode ser solicitado que você se retire da sala de parto. Faça o que a equipe médica e de enfermagem solicita e entenda que todas as atitudes da equipe visam o bem estar da paciente.
12. Se em qualquer momento da internação você tiver alguma dúvida, dirija-se a equipe médica e de enfermagem que sempre estará disposta a prestar qualquer esclarecimento.

13. Lembre-se, o papel do acompanhante é permanecer ao lado da parturiente apoiando, incentivando e tranquilizando-a durante o trabalho de parto.

No momento da alta hospitalar você receberá da Equipe Médica e de Enfermagem orientações sobre os cuidados com você e com o bebê. O CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER agendará para vocês, mãe e bebê, um retorno neste Centro entre o 7º e 10º dia pós-parto. Se você preferir, o seu retorno com 30 dias de pós-parto também poderá ser realizado no Centro de Referência.



VOCÊ está convidada a participar do Curso de Puerpério (pós-parto) que acontece nas 2ª, 4ª e 6ª feiras às 14 horas (duas horas da tarde) aqui no CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER. Você deverá escolher um dos dias (ou 2ª ou 4ª ou 6ª feira) e receberá alimentos doados para levar para sua casa. Neste Curso não é permitido trazer crianças.

O CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO-MATER quer vivenciar com você e com sua família este momento tão importante.

Autoria: Enfermeiras Juliana P. Louro, Maria Helena Sofia, Juliana V.B. Bernardi, Profª Marli V. Mamede, Profª Maria José Clapis e Profª Drª Silvana Quintana e Equipe de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

### **13.3. Orientações Fornecidas As Pacientes Do Centro De Referência Da Saúde Da Mulher De Ribeirão Preto-Mater**

#### **13.3.1. Orientações De Pré-Natal**

##### **É NORMAL:**

- Sentir dores de cabeça;
- Sentir sonolência, desânimo, queda de pressão, tonturas e desmaios;
- Chorar com facilidade (sem motivo);
- Sentir as mamas doloridas e inchadas;
- Apresentar náuseas, vômitos e salivação;
- Apresentar má digestão, aumento ou diminuição do apetite;
- Sentir cólicas fracas (como se a menstruação fosse descer);
- Urinar com maior frequência (sem ardor);
- A vagina ficar mais úmida;
- Sentir dores nas costas e nas pernas;
- Sentir pontadas no baixo ventre;
- O intestino ficar mais solto ou mais preso;
- Diminuir ou aumentar a vontade de ter relações sexuais.

##### **É IMPORTANTE:**

- Usar protetor solar diariamente (FPS20). Se for a praia ou piscina usar FPS 30 ou 40. A grávida pode apresentar manchas que se não forem protegidas não desaparecerão.
- Usar soutien sempre (pode tirar para dormir).
- Usar meia elástica. Pode iniciar com a suave compressão e trocar para média compressão no quinto mês.
- Massagear o corpo após o banho (15 minutos) fazendo movimentos circulares a fim de evitar as estrias principalmente nas mamas, abdômen, bumbum e coxas.
- Colocar as mamas no sol para evitar rachaduras nos mamilos. Bastam 20 minutos antes das 10 horas e após as 16 horas.
- Alimentação saudável evitando massas, pães, doces e refrigerantes. A gestante deve comer frutas, verduras e legumes, tomar leite que contém nutrientes importantes para o bebê. Nos primeiros meses é normal não ganhar ou perder peso sem prejuízos para o bebê, pois ele só ganhará peso a partir do sétimo mês.
- Evitar remédios usando somente os indicados pelos profissionais de saúde:
- Manter atividade física, preferencialmente hidroginástica ou caminhada após o 3º mês.

- A grávida pode manter atividade sexual normal. O repouso sexual só será recomendado se houver alguma intercorrência.
- Avisar a médica se for usar produtos químicos como tintura de cabelo.
- Ir ao dentista no caso de dor de dente ou outras intercorrências, avisando ao profissional do tempo de gestação.
- Usar adoçantes naturais como sucralose (Splenda, Linea) ou stévia. O aspartame poderá ser usado com moderação.

### **13.3.2. Orientações Para As Para As Gestantes Susceptíveis Para Toxoplasmose**

#### **1- O que é toxoplasmose?**

É uma infecção causada por um protozoário: o *Toxoplasma gondii*. A maioria das pessoas já teve contato com este parasita e não apresentou sinais e sintomas, portanto não sabem que já tiveram a infecção.

#### **2- A toxoplasmose pode causar problemas de saúde?**

Em pacientes saudáveis, esta infecção não causa problemas sérios. Quando o sistema imunológico está doente, a infecção pode acarretar danos a saúde. Nas gestantes, a infecção pode acarretar problemas para o feto.

#### **3- Quantas vezes são possíveis adquirir a toxoplasmose?**

Após o primeiro contato com o protozoário são desenvolvidas defesas (anticorpos). Se ocorrer novo contato com o parasita, estas pessoas já estão protegidas.

#### **4- Porque a toxoplasmose é perigosa durante a gestação?**

Quando as mulheres que NUNCA tiveram contato com o toxoplasma (não tem anticorpos de defesa) ficam grávidas, elas podem adquirir o protozoário, apresentar a Toxoplasmose aguda e transmitir o parasita para o bebê . Isso pode levar a alterações graves como má formações, aborto e até óbito. Entretanto, se a gestante teve contato prévio com este agente infeccioso, ela JÁ TEM DEFESA (ANTICORPOS) e não há riscos para o bebê.

### **5- Como se fica sabendo se a gestante já tem defesa ou não para o Toxoplasma?**

Através de exame de sangue (sorologia para toxoplasmose) que deve ser realizado antes de engravidar ou imediatamente após o diagnóstico de gravidez. Se a paciente tiver anticorpos do tipo IgG positivos ela já teve contato, tem defesas e não há riscos para o bebê. Se o anticorpo IgG for negativo ela está no grupo de risco, ou seja, pode adquirir a infecção durante a gravidez.

### **6- O que pode ser feito para evitar a infecção aguda durante a gravidez de gestante que não tem anticorpos?**

Vários cuidados são orientados para que a infecção não seja adquirida neste período:

- Não comer alimentos **crus**: carne, leite, ovos,
- Não mexer em carnes cruas ou usar luvas para lidar com alimentos crus,
- Beber somente **água filtrada**,
- **Lavar bem** frutas e vegetais,
- **Evitar contato** com animais em especial os gatos, pois eles podem ser portadores do toxoplasma,
- **Não mexer** em terra: jardim ou caixas de areia, pois os animais defecam nestes locais
- **Repetir a sorologia** durante a gravidez para detectar infecções sem sintomas.

### **13.3.3. Orientações Para Gestantes do Projeto Nascer**

#### **Procurar o Centro de Referência–Mater se:**

- Sentir contrações (cólicas abdominais que se dirigem das costas para o baixo ventre) com intervalos regulares (pelo menos duas cólicas a cada 10 minutos) por pelo menos 1 hora
- Se perder líquido pela vagina que molhe além da roupa de baixo (calcinha)
- Se perder sangue como se fosse início de menstruação, mesmo que não sinta dor
- Se observar diminuição da movimentação do bebê

#### **13.3.4. Orientações para gestantes que serão submetidas a Indução do Trabalho de Parto**

**Comparecer ao Centro de Referência-Mater no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas**

- No dia marcado para realizar a internação no Centro de Referência-Mater, ao acordar tome banho e se alimente normalmente
- Traga seu cartão de pré-natal e exames, objetos de uso pessoal (escova de cabelo, escova de dentes, absorventes noturnos, )
- Não precisa raspar pelos
- Não precisa fazer lavagem no intestino
- Já venha com o seu acompanhante, isto é, a pessoa que vai ficar com você durante o trabalho de parto e parto, pois não é permitido trocar de acompanhante
- Ao chegar à Mater a equipe examinará você e seu bebê e avaliará as condições do hospital para realizar sua internação.

ATENÇÃO: Caso no dia programado o hospital esteja lotado, a equipe decidirá se é possível reprogramar a indução do seu parto ou se será necessário encaminhar você para o outro hospital

- Após a internação a equipe decidirá qual é a melhor forma de induzir o trabalho de parto no seu caso:
  - Pode ser com soro: medicação administrada pela veia que causará cólica (contração uterina)
  - Comprimido vaginal: o médico colocará um comprimido na vagina a cada 6 horas, portanto você será examinada pelo menos a cada 6 horas
  - Pessário vaginal: será realizada uma única aplicação na vagina por meio do toque vaginal
- As contrações podem demorar para começar, então é importante que você e seu acompanhante saibam que este processo pode demorar dois dias. Durante todo o tempo da indução do trabalho de parto a equipe estará atenta ao seu exame e as condições do seu bebê.

### **13.3.5. Orientações para gestantes que internarão para cesárea**

**Comparecer ao Centro de Referência-Mater no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às  
\_\_\_\_\_ horas**

- No dia marcado para realizar a internação no Centro de Referência-Mater ao acordar tome banho, escove os dentes **MAS NÃO BEBA NEM ÁGUA. VOCÊ DEVE FICAR EM JEJUM**
- Traga seu cartão de pré-natal e exames, objetos de uso pessoal (escova de cabelo, escova de dentes, absorventes noturnos, calcinha e soutien, desodorante)
- Não precisa raspar pelos
- Não precisa fazer lavagem no intestino
- Já venha com o seu acompanhante, isto é, a pessoa que vai ficar com você durante o trabalho de parto e parto, pois não é permitido trocar de acompanhante
- Ao chegar à Mater a equipe realizará examinará você e seu bebê e avaliará as condições do hospital para realizar sua internação.

**ATENÇÃO:** Caso no dia programado o hospital esteja lotado a equipe decidirá se é possível reprogramar a indução do seu parto ou se será necessário encaminhar você para o outro hospital

### **13.3.6. Orientações para alta de puérperas (pós-parto vaginal ou pós-cesárea)**

*Procurar o Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto-Mater se:*

- Apresentar febre: medir a temperatura colocando o termômetro embaixo da língua durante 4 minutos. Se a temperatura oral estiver igual ou maior que 38°C, tomar banho morno e antitérmico. Controlar a temperatura a cada quatro horas, caso a febre retorne procure o serviço de saúde.
- Apresentar ardor todas as vezes que urinar (cistite).
- Apresentar vermelhidão e inchaço nas mamas e nos pontos da cesárea ou do parto normal.

*É comum:*

- Apresentar inchaço nas pernas e pés após o parto: procure amamentar com as pernas elevadas e não abusar do sal. Em caso de mãos e rosto inchados, procure a UBS e peça para medir a pressão.
- A barriga ficar distendida e dolorida: este sintoma é decorrente de gases, procure alimentar-se de frutas, verduras e legumes evitando refrigerantes, doces e alimentos que fermentam.
- A região abaixo do umbigo (no caso de cesárea) ficar “adormecida”.
- O intestino não funcionar (não fazer cocô). Procure tomar muita água e comer verduras, legumes e frutas. Caso não funcione após três dias do parto, tome 1 colher de sopa de óleo mineral. Se mesmo assim não funcionar, procure o Centro de Referência.
- As mamas ficarem cheias de leite e os bicos racharem: use soutien sempre, procure oferecer as duas mamas na mesma mamada e realize a ordenha mamária se necessário. Lembre-se “leite parado na mama inflama”. Coloque as mamas no sol, pois este é o melhor remédio para evitar as rachaduras (vinte minutos pela manhã e à tarde). Não passe creme ou remédios sem consultar os profissionais de saúde.
- Apresentar dores nas costas: procure melhorar a postura para amamentar, dar banho e cuidar do bebê. Não há relação com a anestesia.
- Apresentar desânimo, fraqueza, choro e depressão. É comum a sensação de que “não vai dar conta” neste período de adaptação. É muito importante a participação do parceiro e da família proporcionando segurança e tranquilidade. Se estes sintomas não melhorarem ou estiverem prejudicando os cuidados com o bebê, a equipe de saúde deve ser avisada.

*É muito importante:*

- Cuidados diários de higiene com os pontos. A cicatriz de cesárea deverá ser lavada diariamente com água e sabonete e enxugada com toalha seca e limpa. Poderá ocorrer discreto sangramento pelo corte manchando a calcinha. A episiorrafia (pontos do parto normal) deverá ser lavada toda vez que fizer cocô e trocar o absorvente. Só coloque remédios se forem receitados.
- Tomar bastante líquidos, pois esta é a melhor maneira de aumentar o leite.
- Manter as atividades normais no cuidado pessoal e do bebê. Não há necessidade de “ficar de cama”. Exercícios físicos, ginástica, atividade sexual e método anticoncepcional serão liberados no momento da revisão do parto.
- Usar cinta de reforço abdominal assim que a distensão abdominal permitir.

### **13.3.7. Orientações para a consulta de puerpério de 30 a 40 dias**

1- Checar a amamentação

- Se é exclusiva ou se já está oferecendo suplemento
- Se está amamentando à noite ou não

2- Avaliar lesão mamária (fissura, edema, ingurgitamento)

- Avaliar cicatriz de cesárea e involução uterina
- Avaliar cicatriz de episiotomia
- Orientar

5- Liberação da atividade sexual: explicar que a libido (vontade de ter relação sexual) da mulher pode estar reduzida nesta fase e que pode ser necessário utilizar um lubrificante (ex: KY gel)

6- Liberar atividade física: caminhadas e hidroginástica. No caso de cesárea, os exercícios abdominais serão liberados com 3 meses de pós-parto

7- Orientar método anticoncepcional: a escolha dependerá da amamentação

- amamentação exclusiva: não pode usar estrogênio. Discutir: preservativo (masculino ou feminino); progestágeno (via oral, intra-muscular, implante, SIU) e DIU de Cobre
- amamentação com suplementação: Discutir: preservativo (masculino ou feminino); progestágeno (via oral, intra-muscular, implante, SIU) e DIU de Cobre
- não amamentando:

8- Não colher colpocitologia no puerpério de 30 a 40 dias. Agendar retorno para colher colpocitologia oncológica com no mínimo 3 meses de pós-parto.

### **13.4. Termos de consentimento**

#### **13.4.1. Termo de consentimento Pós-Informação para uso do Implanon no Pós-Parto imediato**

Eu \_\_\_\_\_

(nome da paciente), abaixo identificada e firmada, declaro ter sido informada claramente sobre todas as indicações, contra-indicações, principais efeitos adversos, relacionados ao uso do implante subdérmico contraceptivo liberador de etonogestrel (Implanon®)

inserido no pós parto imediato; e, que existem informações científicas de que não há efeitos prejudiciais nem para a puerpéra (mulher que teve parto) e nem para o recém-nascido quando colocado logo após o parto.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que insere e prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em inserir o referido implante contraceptivo antes da alta da Maternidade.

Assim declaro que:

Fui claramente informada que o implante pode trazer os seguintes benefícios:

- É muito eficaz em proteger gravidez (semelhante à laqueadura tubárea: 3 gestações em cada 1000 usuárias),
- Não prejudica a amamentação,
- Pode melhorar a TPM (tensão pré-menstrual),
- Não precisa lembrar tomar todos os dias,
- Existe uma tendência a redução do sangramento menstrual nas mulheres que têm sangramento menstrual volumoso,
- Protege de gestação por longo período (3 anos) e é reversível (quando quiser engravidar é só procurar o Centro de Referência-Mater para retirá-lo).

Também fui claramente informada a respeito das seguintes contra-indicações e, potenciais efeitos-adversos:

- Ocorrerá mudança do meu sangramento menstrual, passando a ser um padrão irregular, desde sangramento mais frequente e/ou de duração mais longa até sangramento vaginal de vez em quando em pequena quantidade (tipo borra de café) ou, ausência total de sangramento menstrual (aproximadamente em 1 a cada 5 mulheres).

- Mais de 5% das usuárias, principalmente nos primeiros 2 meses após a inserção, podem ter acne, dor de cabeça, dor nas mamas.
- Mais raramente (menos de 5% das usuárias) podem ter queda de cabelo (que já acontece devido à amamentação), humor depressivo, alteração na vontade ter relação sexual (que já está diminuída devido à amamentação).

Estou ciente que posso retirar este implante a qualquer momento que desejar , sem que este fato implique em qualquer forma de constrangimento entre eu e meu médico, que se dispõe a continuar me tratando em quaisquer circunstâncias e a esclarecer minhas dúvidas e minimizar os possíveis efeitos colaterais que eu tiver.

Assim o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu médico.

Paciente: \_\_\_\_\_

R.G. da paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Responsável Legal (se menor de idade): \_\_\_\_\_

R.G do responsável legal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Médico Responsável: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Médico

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 13.4.2. Modelo de termo de responsabilidade para alta a pedido do paciente

Eu, **NOME**, **nacionalidade**, **estado civil**, **profissão**, **portador (a) do RG** \_\_\_\_\_ **e** **regulamente inscrito(a) no CPF** \_\_\_\_\_ **DECLARO** que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) quanto à situação de minha saúde e de meu filho **(a)** de forma detalhada e minuciosa, **tendo o Dr.** \_\_\_\_\_ responsável pela minha internação, me informado as vantagens de continuar internado(a) no referido Hospital, e os riscos de deixar as dependências desse Hospital, cujos esclarecimentos seguem abaixo, todavia, mesmo assim decidi deixar de ser assistido(a) neste Hospital por ato livre e soberano de minha autonomia e vontade, não sendo decorrente de qualquer ato ou conduta da equipe médica ou dos funcionários do Hospital.

Estou ciente de que a partir do momento em que deixar o hospital, o médico e a Instituição Hospitalar não terão responsabilidade por quaisquer conseqüências adversas à minha saúde diretamente ou indiretamente relacionadas a esta alta.

Também estou ciente que a alta a pedido não se constitui impeditivo para eu voltar a recorrer à esta Instituição Hospitalar.

Estou de acordo com as informações do médico responsável abaixo, que com o apoio da equipe multiprofissional explicou em linguagem acessível o diagnóstico, minhas condições clínicas, possibilidades terapêuticas e conseqüências da interrupção da assistência médica, especificando possíveis riscos e danos à minha saúde, o que foi por mim claramente compreendido.

#### **Informações do médico responsável:**

.....  
.....  
.....

Ribeirão Preto, dia, de mês, ano.

\_\_\_\_\_  
**Paciente**

\_\_\_\_\_  
Testemunha1

CPF nº

---

Testemunha2

CPF nº

**13.5. Protocolo dos ambulatórios de gestação de alto risco do HCFMRP-USP**

**13.6. Fluxos administrativos estabelecidos no CRSM-Mater**

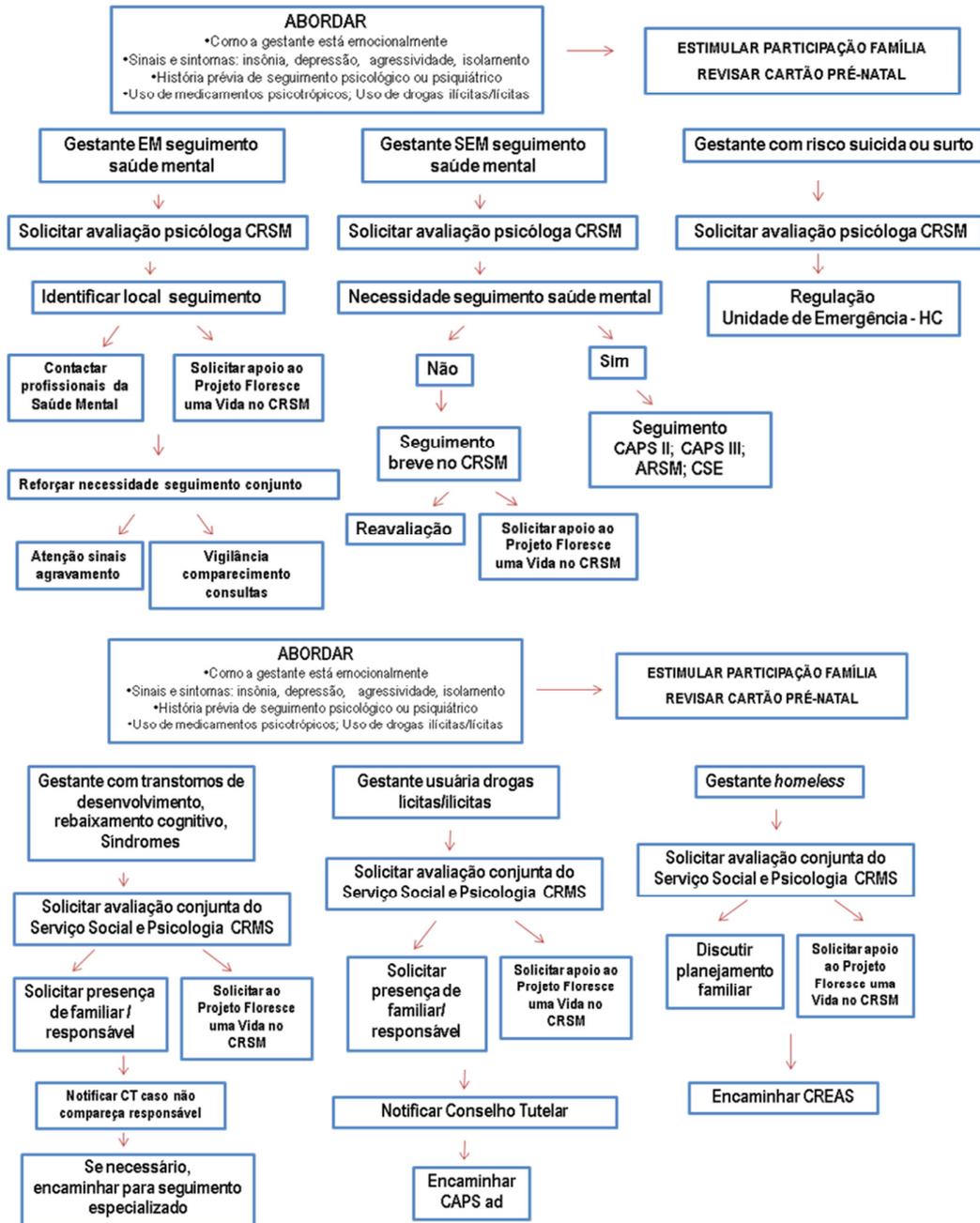
**13.6.1. Intercorrências clínicas, assistenciais, disciplinares e/ou éticas no CRSM-Mater**

### **13.6.2. Utilização de sangue e hemoderivados no CRSM-Mater**

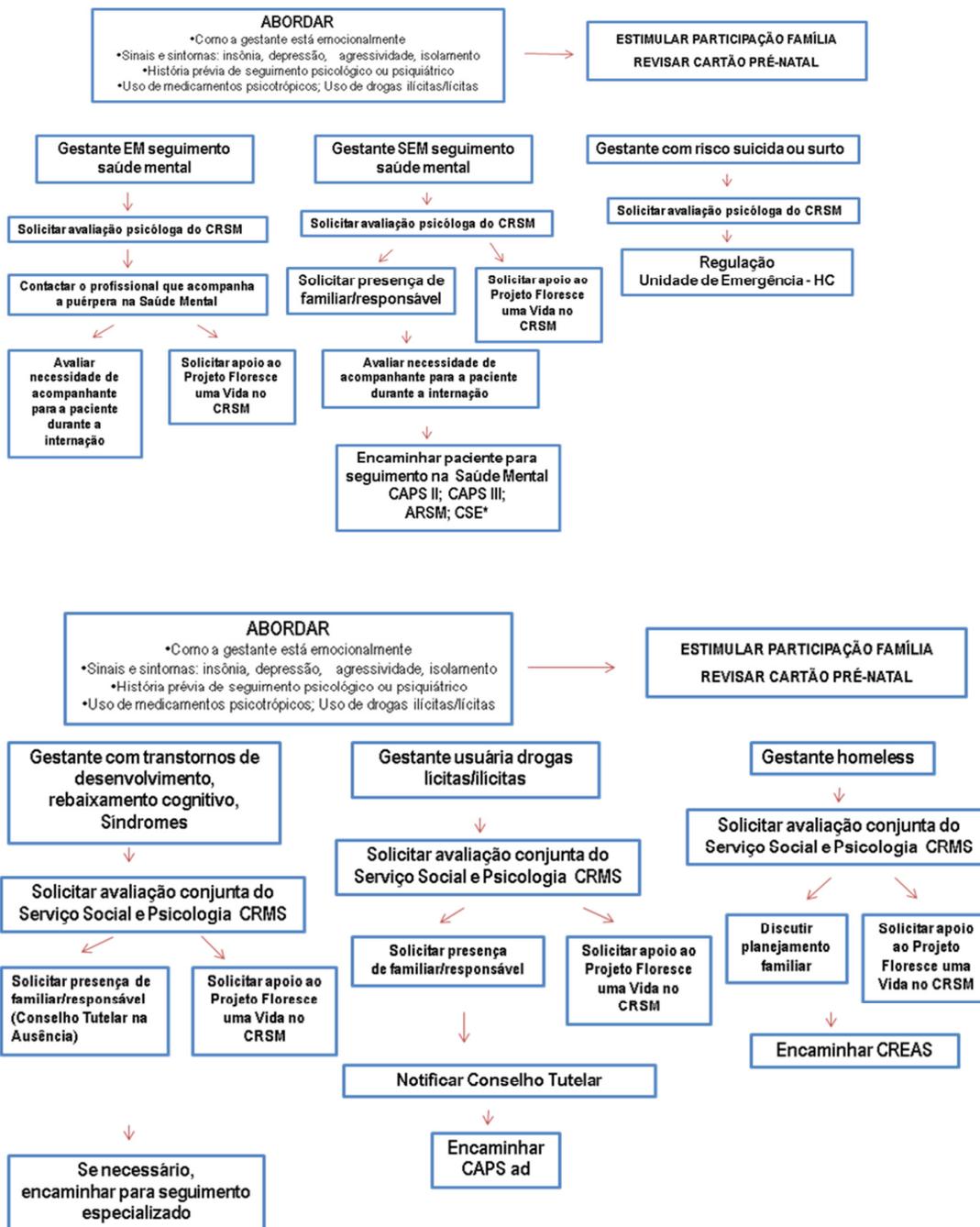
**13.6.3. Referência de casos graves para unidade de atenção terciária-UE-  
HCFMRP-USP**

**13.6.4. Pós-operatório e condução de intercorrências em cirurgias ginecológicas realizadas no CRSM-Mater**

**13.6.5. Saúde Mental: assistência interdisciplinar-Situações ambulatoriais que necessitam seguimento na saúde mental durante ciclo grávido puerperal**



### 13.6.6. Saúde Mental: assistência interdisciplinar- Situações no alojamento conjunto que necessitam seguimento na saúde mental durante ciclo grávido puerperal



**13.6.7. Encaminhamento das pacientes da DRS XIII para Planejamento familiar no CRSM-Mater**