



ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Diretrizes assistenciais



ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Diretrizes Assistenciais

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Prefeito

Eduardo Paes

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

Hans Fernando Rocha Dohmann

Subsecretaria de Atenção Hospitalar

Urgência e Emergência

João Luiz Ferreira da Costa

Superintendência de Hospitais Pediátricos e
Maternidades

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Reitor

Ricardo Vieiravalves de Castro

Vice-Reitora

Maria Christina Paixão Maioli

Sub-reitoria de Graduação

Lená Medeiros de Menezes

Sub-reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

Monica Heilbron

Sub-reitoria de Extensão e Cultura

Regina Lúcia Monteiro Henriques

Diretor do Centro Biomédico

Paulo Roberto Volpato Dias

Direção da Faculdade de Enfermagem

Sônia Acioli de Oliveira

Luíza Mara Correia

Departamento de Enfermagem de Materno-Infantil

Patrícia Lima Pereira Peres

Lúcia Helena Garcia Penna

Catálogo na Fonte

UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

G633 Gomes, Maysa Ludovice.

Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais / Maysa Ludovice
Gomes. – Rio de Janeiro : Centro de Estudos da Faculdade de
Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

168 p.

ISBN 978-85-63901-03-3

1. Enfermagem obstétrica. 2. Humanização do parto. 3. Cuidado
pré-natal. 4. Gravidez de alto risco. I. Título.

CDU 614.253.5:618.2

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
SUPERINTENDÊNCIA DE HOSPITAIS PEDIÁTRICOS E MATERNIDADES



ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Diretrizes Assistenciais



RIO DE JANEIRO

2010

COORDENAÇÃO

Maysa Ludovice Gomes – Mestre em Enfermagem UNIRIO. Enfermeira Obstétrica. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Ruth Floresta de Mesquita – Especialista em Didática do Ensino Superior. Assessora da Direção do Hospital Maternidade Carmela Dutra.

Luiza Mara Correia – Mestre em Enfermagem EEAN/UFRJ. Enfermeira Obstétrica. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Vice-diretora da Faculdade de Enfermagem – Gestão 2008-2012. Diretoria de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Rio de Janeiro. Gestão 2010-2013.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Angela Mitrano Perazzini de Sá – Diretora de Enfermagem do Hospital Maternidade de Oswaldo Nazareth. Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Avany Maura Gonçalves de Oliveira – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Líder de equipe do Centro Cirúrgico e Obstétrico do Hospital Maternidade Carmela Dutra.

Edymara Tatagiba Medina – Mestre em Enfermagem UERJ. Coordenadora Assistencial da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Eliane Barreto dos Santos Coutinho – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Chefe do Centro Cirúrgico e Obstétrico do Hospital Maternidade Alexander Fleming.

Francisca Auricélia S. Furtado Rocha – Mestre em Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Enfermeira Obstétrica do Hospital Maternidade Fernando Magalhães.

Kátia da Costa Silva – Especialista em Gestão da Saúde e Administração Hospitalar. Assessora da Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades.

Karina Chamma Di Piero – Mestre em Saúde Coletiva IFF/FIOCRUZ. Enfermeira da Educação Continuada do Hospital Maternidade Fernando Magalhães.

Leila Gomes Ferreira de Azevedo – Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Diretora da Casa de Parto David Capistrano Filho.

Luiza Ludhiel – Chefe do Centro Cirúrgico e Obstétrico da Maternidade Leila Diniz / Hospital Municipal Lourenço Jorge.

Margarida Maria Loureiro Mota – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Equipe técnica do Departamento de ações programáticas em saúde – CAP 3.

Maysa Ludovice Gomes – Mestre em Enfermagem UNIRIO. Enfermeira Obstétrica. Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Mírcia Fátima Silva Vilela – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Chefe da Maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto.

Miriam de Oliveira Gomes Gonçalves – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Chefe do Centro Cirúrgico e Obstétrico do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro.

Ruth Floresta de Mesquita – Enfermeira. Assessora da Direção do Hospital Maternidade Carmela Dutra.

Silma de Fátima Araújo Nagipe – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Diretora de Enfermagem do Hospital Maternidade Alexander Fleming.

Suzane Oliveira de Menezes – Mestre em Saúde Coletiva. Enfermeira Obstétrica. Especialista em Neonatologia. Assessora da Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades.

Vera Lúcia César Santos – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Diretora de Enfermagem do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro.

COLABORAÇÃO

Alyne Correa de Freitas – Especialista em Enfermagem em Saúde Pública. Residente da SMSDC-RJ.

Iraci do Carmo França – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Diretora de Enfermagem do Hospital Maternidade Carmela Dutra. Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem-RJ, gestão 2004-2010.

Iraíldes da Silva Gomes – Especialista em Enfermagem em Saúde Pública. Residente da SMSDC-RJ.

Liane Ferreira Savary - Especialista em Enfermagem Obstétrica. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Equipe técnica do Departamento de ações programáticas em saúde – CAP 3.3.

Sallete de Moraes Silva – Enfermeira do Hospital Maternidade Herculano Pinheiro.

Sheila Cruz de Souza – Especialista em Enfermagem Obstétrica. Enfermeira da Casa de Parto David Capistrano Filho e da Maternidade Leila Diniz.

AGRADECIMENTOS

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes – Superintendente de Hospitais Pediátricos e Maternidades.

Diana do Prado Valladares – Sanitarista, Mestre em Antropologia. Assessora da Superintendência de Hospitais pediátricos e Maternidades.

Rosa Maria Soares Madeira Domingues – Epidemiologista, Assessora do Programa de DST/AIDS da SMSDC-RJ.

Rosane Valéria Viana Fonseca Rito – Nutricionista, Assessora do Programa de Saúde da Criança da SMSDC-RJ.

CAPA E PROJETO GRÁFICO

Carlota Rios – Cena Tropical Comunicações.

APRESENTAÇÃO

*Carla Lopes Porto Brasil **

É com grata satisfação que fui convidada pelo grupo técnico de Enfermagem responsável pela elaboração deste Manual a escrever a apresentação das Diretrizes Técnicas da Assistência de Enfermagem Obstétrica. Acredito que recebo esta missão porque, junto com o grupo de enfermeiras obstetras das maternidades e da Casa de Parto integrantes da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (SMSDC), valorizamos o cuidado de Enfermagem oferecido àquelas(es) que dele necessitam, considerando-o um ação preciosa - que imprime qualidade à assistência que ofertamos à população.

A prática sistematizada da Enfermagem Obstétrica em nossa Secretaria, como a reconhecemos hoje - e traduzida no presente Manual -, inscreve-se em um conjunto de ações empreendidas por gestoras(es) e técnicas(os). Tais ações tiveram seu início na década de 1980, com jovens profissionais de enfermagem, que atuavam no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (hoje Hospital Maternidade Fernando Magalhães). Na década de 1990, foi proposta uma política pública específica na atenção ao nascimento, implementada pioneiramente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Sendo assim, nos últimos vinte anos, a SMSDC vem pensando e tendo a oportunidade de exercitar, junto com as protagonistas principais, mulheres que usam nossos serviços, novas formas de parir e nascer em nossa cidade.

A assistência de Enfermagem, prestada na sua esmagadora maioria por mulheres, e construída de forma coletiva por diversas de nós, conforme o cargo e/ou a função que ocupávamos/ocupamos, faz parte de uma história do cotidiano (re)escrita a cada dia, dentro das nossas maternidades. Uma história que sabemos ser apenas um pedaço de uma outra maior, que vem sendo escrita desde sempre. Desde que mulheres vêm trazendo seus filhos e filhas ao mundo.

Fazendo o exercício de olhar o vivido, percebe-se que começamos a inscrever junto com a sociedade civil, movimento feminista e as mulheres, uma possibilidade de um parir que acontece e deixa suas marcas nos corpos das mulheres e também na sociedade onde essas mulheres, seus bebês e suas famílias vivem. Estamos, portanto, falando de um ato não só biológico, mas social, político, absolutamente transformador e com um potencial de revolucionar não apenas a forma de nascer/parir, mas a forma de se sonhar a sociedade em que queremos viver.

Dito assim, parece algo grandioso e distante. No entanto, falamos de algo com a simplicidade e a complexidade da dimensão humana! Trata-se do desafio de implementar e garantir a continuidade de uma Política Pública de humanização da assistência ao parto e ao nascimento.

Humanização compreendida como Boas Práticas em Obstetrícia, que significa devolver à mulher seu lugar de protagonista no momento do parto, apoiado na capacidade técnica das profissionais de saúde que a assistirem, sem intervenções desnecessárias, com presença de acompanhante ao longo de todo o processo (pré-parto, parto e puerério) e o reconhecimento dos Direitos Reprodutivos que estas mulheres têm, exercidos no âmbito das unidades do Sistema Único de Saúde.

O grupo de enfermeiras obstetras atuantes em nossas unidades, muitas delas também exercendo suas atividades profissionais nas universidades localizadas em nossa cidade, foram e vêm sendo aliadas e participantes estratégicas nesse processo de construção teórica e prática, da política pública da SMSDC de atenção ao parto e nascimento.

É dessa forma que apresentamos estas Diretrizes, não como algo pronto e acabado mas como mais uma importante etapa na construção e consolidação dessa Política voltada para as mulheres.

** Assessora da Subsecretaria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência da SMSDC*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
PARTE I: PRÉ-NATAL - O CUIDADO À GESTAÇÃO	15
CAPÍTULO I	19
ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA	19
ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES	23
CALENDÁRIO DAS CONSULTAS	24
AÇÕES REALIZADAS NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	25
EXAMES	32
CAPÍTULO II	39
PRÁTICAS EDUCATIVAS	39
DINÂMICA DE APRESENTAÇÃO	42
DINÂMICA DE INTRODUÇÃO	44
CAPÍTULO III	
A CHEGADA À MATERNIDADE / ADMISSÃO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA	55
PARTE II: CENTRO OBSTÉTRICO - O CUIDADO À PARTURIENTE	59
CAPÍTULO IV	61
ADMISSÃO DA GESTANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO	61
CAPÍTULO V	65
ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	65
PROCEDIMENTOS E CUIDADOS DURANTE O PRIMEIRO ESTÁGIO DO PARTO: TRABALHO DE PARTO	70

PROCEDIMENTOS E CUIDADOS DURANTE O SEGUNDO ESTÁGIO DO PARTO (PARTO/NASCIMENTO)	82
PROCEDIMENTOS E CUIDADOS MATERNOS NO TERCEIRO ESTÁGIO DO PARTO	90
PROCEDIMENTOS E CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO	91
PROCEDIMENTOS E CUIDADOS DURANTE O QUARTO ESTÁGIO DO PARTO OU PERÍODO DE GREENBERG	99
PARTE III: ALOJAMENTO CONJUNTO - O CUIDADO À MÃE E AO BEBÊ	103
CAPÍTULO VI	105
ADMISSÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO	105
PROCEDIMENTOS E CUIDADOS COM A MÃE E O BEBÊ EM ALOJAMENTO CONJUNTO	106
PROCEDIMENTOS E CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO	116
ORIENTAÇÕES PARA ALTA	123
PARTE IV: O CUIDADO À GESTANTE DE ALTO RISCO	125
CAPÍTULO VII	127
ACOMPANHAMENTO PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DA GESTAÇÃO DE RISCO	127
ASSISTÊNCIA BÁSICA DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO	128
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ESPECÍFICA NAS COMPLICAÇÕES MAIS PREVALENTES NA REDE DE MATERNIDADES MUNICIPAIS	131
PARTE V: O CUIDADO À MÃE E AO BEBÊ NO PÓS-NATAL AMBULATORIAL	147
BIBLIOGRAFIA	151
ANEXOS	155

INTRODUÇÃO

Maysa Luduvice Gomes¹

Sonia Acioli de Oliveira²

Este trabalho é um produto da parceria estabelecida entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC-RJ) e a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF-UERJ). Iniciativas similares, promovidas entre a universidade e o serviço de saúde, são desejadas e, algumas vezes, atingidas, mas esta, especificamente, ratifica a possibilidade concreta de articulação interinstitucional na construção conjunta de saberes e práticas no campo da Enfermagem Obstétrica.

Trata-se de uma parceria de longa data que, neste caso, está estabelecida pelo Projeto de Extensão Universitária – intitulado Educação Permanente na área de Enfermagem Obstétrica para o SUS –, coordenado pela Professora Maysa Luduvice Gomes, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da ENF-UERJ. O projeto, inaugurado em 2005, tinha uma proposta de trabalho inicial vinculada à Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF). Com seu desenvolvimento, surgiram várias atividades de educação permanente em outros cenários, voltadas a enfermeiras e técnicos de enfermagem, alunos de graduação e pós-graduação *lato sensu*.

Em 2006, a Dr^a Maria Auxiliadora de S. M. Gomes, que na época estava à frente da Coordenação Integral da Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, convidou-nos a ampliar o projeto de extensão com atividades que envolvessem todas as maternidades – além da CPDCF. O presente material constitui-se, portanto, em um dos produtos do grupo de trabalho criado com o objetivo de fortalecer a construção do saber na área da Enfermagem Obstétrica. O grupo foi constituído por: diretoras de enfermagem, chefes de centro obstétrico e enfermeiras de assistência clínica das maternidades, (Anexo A) gerência do Programa de Saúde da Mulher, coordenação do projeto e uma aluna de graduação em enfermagem – bolsista de extensão universitária da ENF-UERJ.

Ao reunir o grupo técnico de trabalho, nosso maior interesse foi promover espaços de análise e discussão de propostas voltadas para a definição de diretrizes norteadoras da prática de enfermagem obstétrica em sua atuação profissional. Outro objetivo foi o de configurar um espaço de discussão técnico-científica das práticas assistenciais e de decisão pela execução da melhor delas, considerando as evidências científicas atuais, a realidade de cada unidade e as suas condições de execução. A revisão crítica das práticas realizou-se a partir da troca de experiências interinstitucionais e esperamos que, nesse contexto, encontrem motivação para que sejam estabelecidas ações que auxiliem no desenvolvimento e consolidação de novas práticas e estratégias para aquisição de novas habilidades profissionais.

Acreditamos que este trabalho reflete a trajetória da enfermagem obstétrica da SMSDC – RJ que, desde 1988, busca demarcar, no município do Rio de Janeiro, suas experiências na prática assistencial. Um marco desta trajetória foi a primeira experiência de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto de forma institucional e sistematizada, que ocorreu na Maternidade Fernando Magalhães.

A prática dessas enfermeiras ainda reproduzia o modelo biomédico de assistência e, interessadas em discutir os conflitos do cotidiano do exercício profissional, um grupo de enfermeiras da SMS-RJ e da ENF-UERJ constituiu um espaço denominado Fórum Permanente de Enfermeiras Obstetras. Foi produzido, em 1999, um relatório das discussões abordadas nesses encontros, iniciados em 1997. Em tal documento, identificamos o propósito do grupo pela descrição de seus objetivos:

propiciar um espaço para encontros periódicos onde aconteçam trocas sociais, que se estruturam no âmbito profissional. Tem ainda, como objetivos específicos, facilitar que as enfermeiras das diversas maternidades se conheçam, que reflitam sobre sua prática diária, sobre seus poderes, suas estratégias de sobrevivência, seu fazer, sobre o ensino da Enfermagem Obstétrica, sobre seu estilo gerencial além de produzir conhecimentos, e propor ações estratégicas de padrões Mínimos da Assistência de Enfermagem à Mulher. (PROGIANTI, 1999).

Nascia ali o embrião do presente trabalho, que reflete o acúmulo de experiências da Enfermagem Obstétrica do Rio de Janeiro, ao longo de todos esses anos.

No início dos anos 1990, houve um grande interesse dos gestores comprometidos em implementar ações que contemplassem o Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro. Dias e Domingues (2005) comentam que na busca de um modelo menos intervencionista, uma das estratégias foi a hierarquização da assistência quanto ao risco obstétrico. Elegeram a enfermeira obstétrica como responsável pela atenção ao parto de baixo risco, seguindo o exemplo bem-sucedido de alguns países europeus. Os autores justificam a escolha por identificarem, na formação desta categoria, uma valorização dos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo.

A partir de 1994, ocorre a criação de maternidades municipais que seguiriam os princípios do modelo humanizado de atenção ao parto e nascimento, envolvendo a participação direta de enfermeiros obstetras na assistência à parturiente e puérpera no parto de baixo risco. São elas: Maternidade Municipal Leila Diniz, Maternidade Alexander Fleming e Maternidade Herculano Pinheiro. As duas últimas foram apoiadas por um projeto elaborado em parceria com a ENF-UERJ que, em 1998, contribuiu para a qualificação da atenção pré-natal, além da atenção ao parto na área programática 3.3.

No presente trabalho, intitulado Diretrizes Técnicas da Assistência de Enfermagem Obstétrica, foram descritos os procedimentos, suas justificativas e o material necessário a sua execução, com base em evidências científicas, além das bases legais (Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e resoluções do COFEN – Anexo B) e políticas norteadas pelo Ministério da Saúde, tais como: os Manuais Técnicos, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e Pacto para Redução de Mortalidade Materna e Neonatal. Além disso, o material está em consonância com a Agência de Vigilância Nacional de Saúde (ANVISA) que publicou, em junho de 2008 (Diário Oficial da União- Brasília, 04/06/2008), a Resolução RDC-36. Este documento dispõe sobre o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, com a finalidade de harmonizar e sistematizar os padrões de atenção obstétrica e neonatal, redefinindo normas para avaliação da qualidade desses serviços.

As Diretrizes Técnicas da Assistência de Enfermagem Obstétrica constitui-se em um mapeamento técnico, que percorre o pré-natal, atenção

ao trabalho de parto, parto e nascimento, puerpério e consulta pós-natal. Para descrição dos procedimentos no cuidado à gestante de alto e médio risco foram selecionadas as complicações mais frequentes, que são as principais causas de internação das mulheres: síndromes hipertensivas, síndromes hemorrágicas, amniorexe prematura, diabetes gestacional e infecção puerperal.

Assim, buscamos contribuir para a apresentação das formas de cuidar da enfermagem obstétrica nas Unidades Materno-Infantil da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ).

Compreendemos que os procedimentos aqui descritos possuem uma base conceitual na humanização — traduzidos por práticas desmedicalizantes —, na perspectiva de construção de um cuidado com a mulher e não por ou para ela. Por isso, é uma construção inacabada e que deve ser refletida em seus produtos, buscando sempre aproximar-se do melhor resultado perinatal, associado à imensa satisfação, prazer e alegria da mulher, seu filho e sua família — que devem acompanhar cada nascimento.

Anima-nos a certeza de que, o que para muitos serviços de saúde no Brasil é um desafio a ser conquistado, na SMSDC-RJ é uma realidade que precisa ser ampliada e garantida.

1. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem UERJ

2. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Diretora da Faculdade de Enfermagem UERJ, gestão 2008-2010



PARTE 1

PRÉ-NATAL O CUIDADO Á GESTANTE

O processo de gravidez é um período de mudanças físicas e emocionais que cada mulher vivencia de forma distinta. Na atenção pré-natal deve-se considerar, prioritariamente, as demandas e a subjetividade das mulheres assistidas. O vínculo com o profissional e conseqüentemente com a unidade de saúde, será o fio condutor de um processo de acompanhamento que inicia na gestação, que permite identificar os fatores de risco e as potencialidades para construção do nascimento com saúde plena da mulher e de seu filho.

Há evidências suficientes que comprovam o efeito protetor do acompanhamento pré-natal de qualidade, sobre a saúde da gestante e do recém-nato, contribuindo para uma menor incidência de mortalidade materna, do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal. Estas são recomendações do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, em todo o território nacional.

Uma atenção pré-natal de qualidade é método pouco dispendioso e, em geral, envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional dedicar-se melhor às demandas das gestantes por meio de práticas acolhedoras. No cuidado pré-natal, além dos esforços para uma gestação tranquila e a chegada de uma criança saudável, amplia também um horizonte de oportunidades para a promoção da saúde da mulher a longo prazo, além de ajudá-la a cuidar de toda a família.

No encontro entre a usuária e o profissional do Sistema Único de Saúde (SUS), recomenda-se que a atenção em saúde seja norteadada pelo processo de acolhimento. Acolher significa atender, dar ouvidos. Não restringe-se apenas a uma intervenção — é uma prática e ação sanitária que supera o modelo hegemônico de produção de serviços de saúde. Com tal prática, o usuário passa a ser o sujeito central e justificador do processo assistencial. Nessa lógica, o acolhimento surge como diretriz operacional básica do sistema e a reorganização do serviço de saúde é proposta, para um atendimento resolutivo e humanizado.

Na atenção pré-natal, a prática do acolhimento é condição indispensável para o êxito do processo, pois na atenção de qualidade a mulher e seus familiares/acompanhante devem ser acolhidos desde o início da gravidez. O acolhimento no pré-natal, como diretriz operacional, significa a inclusão da mulher grávida no sistema de saúde, como etapa integrante da sua posterior admissão e continuidade desse processo nas maternidades, e ele deve permear todo o contato com a mulher nas diferentes unidades de saúde que a atendem.

Em termos práticos, pode-se dizer que são etapas do acolhimento inicial da gestante no pré-natal:



-
- acolher a mulher, desde a sua chegada à unidade de saúde, confirmando a gravidez se necessário;
 - promover uma escuta ativa das suas demandas;
 - prestar atendimento resolutivo (avaliar resoluções e encaminhamentos);
 - articular-se a outros serviços para a continuidade da assistência (referências e encaminhamentos);
 - discutir os múltiplos significados da gravidez para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente;
 - estimular a presença do acompanhante, escolhido pela mulher, e sua participação no pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto;
 - agendar a primeira consulta de pré-natal, orientando-a quanto ao dia, mês e hora; informando-lhe o nome do profissional que irá acompanhá-la e as sequências das demais consultas e reuniões educativas;
 - solicitar que, se possível, traga o cartão pré-natal de gestação(ões) anterior(es), quando for o caso.
-

CAPÍTULO I

1 - ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA*



HISTÓRIA CLÍNICA

- IDENTIFICAÇÃO:
 - nome;
 - idade;
 - cor / raça autodeclarada (lei n. 4.930 de 22 de outubro de 2008 - Anexo C);
 - naturalidade;
 - procedência;
 - endereço atual.
- DADOS SOCIOECONÔMICOS:
 - grau de instrução;
 - profissão/ocupação;
 - situação conjugal;
 - número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);
 - renda familiar *per capita*;
 - pessoas da família que participam da força de trabalho;
 - condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
 - condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo).
- MOTIVOS DA CONSULTA:
 - assinalar se já é usuária do serviço, se foi encaminhada por profissional de saúde ou se procurou diretamente a unidade;
 - verificar se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade; sendo a resposta positiva, descrever os motivos;
- ANTECEDENTES FAMILIARES - ESPECIAL ATENÇÃO PARA:
 - hipertensão;
 - diabetes;
 - doenças congênitas;
 - gemelaridade;
 - câncer de mama;

* Baseado no protocolo do Ministério da Saúde, 2006 e determinações da SMS DC - RJ

- hanseníase;
- tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco).

• ANTECEDENTES PESSOAIS - ESPECIAL ATENÇÃO PARA:

- hipertensão arterial;
- cardiopatias;
- diabetes;
- doenças renais crônicas;
- anemia;
- transfusões de sangue;
- doenças neuropsíquicas;
- viroses (rubéola e herpes);
- cirurgia (tipo e data);
- alergias;
- hanseníase;
- tuberculose.

• ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

- menarca;
- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- infertilidade e esterilidade (tratamento);
- doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);
- cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- mamas (alteração e tratamento);
- última colpocitologia oncótica (Papanicolau, data e resultado).

• SEXUALIDADE:

- início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- desejo sexual (libido);
- orgasmo (prazer);
- dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores;
- número de parceiros;
- ocorrência de violência doméstica (VD) ou sexual (VS);

- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

- número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- número de partos e suas indicações (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas);
- número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- número de filhos vivos;
- idade na primeira gestação;
- intervalo entre as gestações (em meses);
- número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000g;
- mortes neonatais precoces - até sete dias de vida (número e motivos dos óbitos);
- mortes neonatais tardias - entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu);
- recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, hipoglicemia neonatal, exsanguinotransfusões;
- intercorrência ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- complicações nos puerpérios (descrever);
- histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
- intervalo entre o final da última gestação e o início da atual.

- GESTAÇÃO ATUAL:

- data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação (DUM) - anotar certeza ou dúvida;
- data provável do parto (DPP);
- data da percepção dos primeiros movimentos fetais;
- sinais e sintomas na gestação em curso;
- medicamentos usados na gestação;
- a gestação foi ou não desejada (pela mulher, pelo pai da criança, pela família);
- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e uso de drogas ilícitas;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse).

EXAME FÍSICO

-
- GERAL:
 - determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade)¹;
 - medida e estatura;
 - determinação da frequência cardíaca;
 - medida da temperatura axilar;
 - medida da pressão arterial (considerar hipertensão arterial na gestação quando a $PA_s \geq 140$ mmHg e a $PA_D \geq 90$ mmHg em duas aferições e com intervalo de 4 horas entre as medidas);
 - inspeção da pele e das mucosas;
 - palpação da tireoide;
 - ausculta cardiopulmonar;
 - exame do abdômen;
 - palpação dos gânglios inguinais;
 - exame dos membros inferiores;
 - pesquisa de edema (face, tronco, membros).
-
- ESPECÍFICO: GINECO-OBSTÉTRICO
 - exame de mamas (orientado, também, para o aleitamento materno);
 - medida da altura uterina;
 - ausculta dos batimentos cardíacos (entre a 7ª e a 10ª semana com auxílio do Sonar Doppler, e após a 24ª semana, com Pinard);
 - identificação da situação e apresentação fetal (3º trimestre);
 - inspeção dos genitais externos;
 - exame especular:
 - a) inspeção das paredes vaginais;
 - b) inspeção do conteúdo vaginal;
 - c) inspeção do colo uterino;
 - d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme Manual de Prevenção de Câncer Cervicouterino e de Mama, ou orientar para coleta na próxima consulta;
 - toque vaginal;
 - outros exames, se necessários;
 - educação individual (respondendo às dúvidas e inquietações da gestante);
 - solicitação dos exames laboratoriais de rotina e outros, se necessário.

¹ As gestantes adolescentes que engravidaram em um período inferior a 2 anos após a menarca, provavelmente serão classificadas como de baixo peso. Tal fato se dá devido ao crescimento e à imaturidade biológica nessa fase da vida.

- AÇÕES COMPLEMENTARES
 - referência para atendimento odontológico;
 - referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
 - referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado;
 - agendamento de consultas subsequentes e visita à maternidade.

2 - ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisão da ficha perinatal e anamnese atual.
- Cálculo e anotação da idade gestacional.
- Controle do calendário de vacinação. Em gestantes que já receberam vacinação básica (três doses) nos últimos cinco anos da gestação, recomenda-se uma dose de reforço da toxoide (ATI) no último trimestre da gestação.



EXAME FÍSICO

- GERAL
 - determinação do peso inicial;
 - calcular o ganho de peso; anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
 - medida da pressão arterial;
 - inspeção da pele e das mucosas.
- GINECO-OBSTÉTRICO:
 - inspeção das mamas;
 - palpação obstétrica e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
 - ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
 - pesquisa de edema;
 - toque vaginal, exame especular e outros, se necessários.
 - interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessário.

- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados.
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos, dando ênfase ao aleitamento materno e ao parto normal.
- Agendamento de consultas subsequentes.

3 - CALENDÁRIO DAS CONSULTAS

- O calendário de acompanhamento deve ser programado em função da idade gestacional na primeira consulta; dos períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações.
- O intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, deverá se dar a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíofetais.
- Sob qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser encaminhada para serviço de maior complexidade.
- Não existe alta do pré-natal antes do parto.

4 - AÇÕES REALIZADAS NAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E GANHO DE PESO DURANTE A GESTAÇÃO

É o procedimento realizado que busca avaliar o estado nutricional e o ganho ponderal da gestante. Tem como objetivo avaliar e controlar o ganho de peso ao longo da gestação. O peso deve ser aferido em todas as consultas do pré-natal. Já a estatura da gestante adulta (idade > 19 anos), apenas na primeira consulta - e a da gestante adolescente, pelo menos trimestralmente.

É necessário ter em mãos o cartão pré-natal, o prontuário da gestante e balança antropométrica de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 kg. São etapas destas ações:

• PESAGEM

- Oferecer avental, caso a gestante esteja usando roupas pesadas;
- Destavar, zerar e calibrar a balança antes de cada pesagem;
- Orientar a gestante para a remoção do calçado;
- Conduzir a gestante posicionando-a em pé e de frente para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;
- Mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima);
- Mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja equilíbrio entre o peso da escala e o peso da gestante (o braço da balança fica em linha reta, e o cursor aponta para o ponto médio da escala);
- Ler o peso em kilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor deles. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200 e 300 gramas, considerar o primeiro valor.
- Anotar o valor no prontuário e no cartão da gestante para efetuar o cálculo do ganho de peso².

² Se o ganho ponderal for maior que 500g por semana, antecipar o retorno e indicar consulta médica e de nutrição.

-
- ALTURA
 - Posicionar a gestante na plataforma da balança conforme descrito na pesagem ou, quando disponível, usar o antropômetro vertical;
 - Posicionar a gestante com calcanhares, nádegas e espáduas próximos da haste vertical da balança. Ao usar o antropômetro vertical, posturar a gestante encostada no equipamento;
 - Posicionar a cabeça da gestante erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal do meato do ouvido externo;
 - Baixar lentamente a haste vertical pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste no couro cabeludo;
 - Realizar a leitura na escala da haste; em caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor;
 - Anotar o valor no prontuário e no cartão da gestante.



CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

Consiste em calcular o tempo da gravidez, estabelecendo assim condutas baseadas na idade gestacional (IG) obtida, e tem como objetivo estimar o tempo gestacional em semanas. É necessário calendário e gestograma.

São etapas desta ação:

-
- QUANDO A DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO É CONHECIDA
 - Usando o calendário: Contar o número de semanas a partir do 1º dia da última menstruação. A data provável do parto corresponde ao final da 40ª semana;
 - Usando o disco obstétrico ou gestograma - instruções no verso.

-
- QUANDO A DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO É DESCONHECIDA, MAS SE CONHECE O PERÍODO DO MÊS EM QUE ELA OCORREU

Se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como a data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente, e proceder, então, à utilização de um dos métodos anteriormente descritos.

• QUANDO A DATA E O PERÍODO DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO SÃO DESCONHECIDOS

Proceder ao exame físico:

Medir a altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento uterino. Verificar a IG correspondente a esse ponto.

Considerar IG muito duvidosa e assinalar com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular a idade gestacional.

Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a IG e a DPP serão inicialmente determinadas por aproximação pela:

- medida da altura do fundo do útero e do toque vaginal;
- informação sobre a data de início dos movimentos fetais.

OBSERVAÇÕES:

Pode-se utilizar a altura uterina, mais o toque vaginal, considerando os seguintes parâmetros:

- Até a 6^a semana não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 8^a semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na 10^a semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12^a semana, enche a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16^a semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20^a semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical.

A partir da 20^a semana, existe uma relação aproximada entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel à medida que se aproxima o termo.

Quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente, solicitar o exame de ultrassonografia obstétrica o mais breve possível, pois aquele feito ainda no 1^o trimestre é o mais fidedigno para a estimativa da IG em semanas.

▶ MEDIDA DA ALTURA UTERINA

É a mensuração do espaço que vai da borda superior da sínfise púbica até ao fundo uterino, com o objetivo de identificar o crescimento normal do feto, detectar seus desvios e diagnosticar as causas do desvio de crescimento fetal encontrado e orientar oportunamente para as condutas adequadas a cada caso. O material necessário compõe-se de fita métrica, cartão da gestante, prontuário e um lençol para proteger a gestante ao examiná-la, além de maca ou mesa e uma escadinha.

São etapas da ação:

- posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- lavar as mãos;
- aquecer as mãos;
- fixar a extremidade da fita métrica na borda superior do púbis com uma das mãos e, a partir daí, deslizar a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão, até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão (técnica-padrão, constituída através dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP));
- anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão, e marcar o ponto no gráfico da curva da altura uterina/semanas de gestação.
- interpretar o traçado obtido³.

▶ PALPAÇÃO OBSTÉTRICA



Procedimento realizado com a finalidade de avaliar a situação e a apresentação fetal, procurando identificar os polos cefálico ou pélvico, o dorso fetal, o grau de encaixamento e o local de ausculta do foco máximo do batimento cardíaco fetal (BCF). O feto poderá estar em situação longitudinal - a mais comum - ou transversa. As apresentações mais frequentes são as cefálicas e pélvicas. A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gravidez, podem significar maiores cuidados no parto. Oferecer exercícios para favorecer a mudança da apresentação. Antes de se iniciar o procedimento deve-se lavar as mãos e após secá-las bem, aquecê-las.

³ Deve-se pensar em erro de medidas quando ocorrer queda ou elevação abrupta em curva que vinha evoluindo normalmente.

São etapas da ação:

1º tempo: palpação do fundo uterino, buscando seus limites;

2º tempo: palpação da região lateral do abdômen, buscando identificar as partes fetais e do dorso do feto;

3º tempo: determinação do polo que se apresenta ao canal de parto;

4º tempo: determinação do grau de penetração deste polo no estreito superior da bacia.

AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS (BCF)

Ausculata com estetoscópio de Pinard ou Sonar Doppler dos batimentos cardíacos do feto. O objetivo é constatar, a cada consulta, a qualidade do BCF, por meio da avaliação de seus ritmo e frequência.



São etapas da ação:

- a) Ausculata com o estetoscópio de Pinard
 - posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
 - lavar as mãos;
 - aquecer as mãos;
 - identificar o dorso fetal, exercendo a manobra de palpação fetal; deve-se, também, perguntar à gestante em qual lado ela mais sente os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto⁴;
 - segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal;
 - encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio;
 - fazer, com a cabeça, uma leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo;
 - procurar o ponto de melhor ausculata dos BCF, na região do dorso fetal;
 - controlar o pulso da gestante, para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os fetais, já que as frequências são diferentes;
 - contar os batimentos cardíacos fetais por 1 minuto, observando sua frequência e ritmo. Considerar normal a frequência cardíaca fetal entre 120 e 160 batimentos/minuto.
 - registrar os BCF no prontuário e no cartão da gestante.

⁴ A percepção materna e a constatação objetiva dos movimentos fetais, além do crescimento uterino, são sinais de boa vitalidade do feto.

b) Ausculta com o Sonar Doppler:

- realizar os passos anteriormente descritos; o que difere é que o Sonar, ao ser posicionado no local correspondente ao dorso fetal emitirá o som cardíaco do feto no ambiente através das ondas ultrassônicas.



VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

É a constatação da presença anormal de líquidos nos tecidos, com o objetivo de detectar precocemente a ocorrência do edema patológico. Ressalta-se que, antes de tal procedimento, deve-se lavar as mãos e aquecê-las.

São etapas da ação:

a) Nos membros inferiores:

- posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial);

b) Na região sacra:

- posicionar a gestante de decúbito lateral ou sentada;
- pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar. O edema fica evidenciado mediante presença de uma depressão duradoura no local pressionado.

c) Na face e em membros superiores:

- identificar a presença de edema pela inspeção.



CARDIOTOCOGRAFIA

É a avaliação do bem-estar fetal, mediante monitoração e registro de sua frequência cardíaca e dos seus movimentos, seja basal ou intraparto, em gestantes acima da 30ª semana. Utiliza-se o equipamento cardiotocógrafo, que registra o resultado por meio de um traçado em papel milimetrado. Este aparelho possui dois transdutores que são acoplados à gestante - um no foco máximo do BCF e outro no fundo uterino, para captar as ondas contráteis da fibra uterina⁵.

⁵ A interpretação do resultado é baseada na decisão do COREN-RJ 1161/1998 (ANEXO D) e deve-se orientar a gestante sobre os encaminhamentos e retorno ao profissional solicitante.

São etapas desta ação:

- orientar a gestante sobre o exame a ser realizado;
- certificar-se de que ela tenha se alimentado;
- informar que, em caso de algum desconforto durante o exame, ela poderá mudar de posição;
- lavar as mãos;
- procurar posicionar a gestante em decúbito dorsal com a cabeça elevada, ou em decúbito lateral;
- realizar manobra para a identificação do fundo de útero e do dorso fetal;
- passar as faixas sobre a região dorsal da gestante;
- posicionar os sensores na altura do fundo de útero (sensor para atividade uterina) e na região do polo máximo de ausculta dos batimentos cardíacos do feto;
- dar à gestante o dispositivo eletrônico que será acionado por ela a cada movimento do feto, orientá-la sobre como fazer (sensor marcador de movimento fetal);
- certificar-se de que há papel suficiente no aparelho para o registro completo do exame;
- ligar o aparelho, estabelecer o ponto de início para os registros do aparelho (frequência cardíaca do feto, seus movimentos e atividade uterina);
- aguardar de 40 a 90 minutos para finalizar o exame, de acordo com os dados apresentados;
- ao término, retirar os sensores, e limpar com papel toalha os resquícios de gel do abdômen da gestante;
- registrar o exame no livro de CTG e no cartão de pré-natal.

5- EXAMES

A atenção pré-natal deve incluir ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, além de diagnóstico e tratamento adequados dos problemas que possam vir a ocorrer neste período. A solicitação dos principais exames laboratoriais é fator fundamental na implementação destas ações. O objetivo é contribuir para a obtenção de resultados obstétricos e perinatais satisfatórios, favorecendo a qualificação da assistência pré-natal, mediante identificação de fatores de risco gestacional, estratificação do risco, prevenção e detecção precoce de doenças e a instituição de medidas necessárias e oportunas.

EXAMES BÁSICOS

- ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito (na primeira consulta);
- Glicemia de jejum (na primeira consulta e na 28ª semana de gestação);
- VDRL (na primeira consulta e na 28ª semana de gestação);
- Urina tipo1 (na primeira consulta e próximo a 30ª semana de gestação);
- Testagem anti-HIV (na primeira consulta e 28ª semana de gestação)
- Sorologia para HepatiteB - HbsAg (na 28ª semana de gestação);
- Sorologia para toxoplasmose (na primeira consulta). Caso seja negativa, repetir na 28ª semana de gestação.

EXAMES COMPLEMENTARES

Casos específicos segundo indicações clínicas:

Citopatologia cervicouterina (exame Papanicolau) ou preventivo. Muitas mulheres frequentam o serviço de saúde apenas para o pré-natal e nem sempre realizam o exame ginecológico periódico e o exame preventivo do câncer cervicouterino. Assim, é importante a oferta do exame nessa oportunidade. O exame pode ser realizado em qualquer trimestre da gravidez, embora sem coleta endocervical, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

- Hemograma completo;
- Coombs indireto;
- Cultura de urina c/antibiograma;

- Parasitológico;
- Bacterioscópico a fresco do conteúdo vaginal e outros;
- Ultrassonografia;
- Cardiotocografia;
- Sorologia para rubéola, quando houver sintomas sugestivos.

RESULTADOS E CONDUTAS:

Exames de Rotina	Resultados	Conduta
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido.	Solicitar o teste de combs indireto: - se negativo, repeti-lo em torno da 30ª semana. - se positivo, referi-lo ao pré-natal de alto risco.
Sorologia para LUES	VDRL positivo	Sífilis primária: tratar com Penicilina Benzatina 2.4 milhões de UI, via IM (1.2milhões em cada glúteo). Dose única. Sífilis secundária e Latente recente (menos de um ano de evolução): Penicilina Benzatina 2.4 milhões de UI, via IM repetida após uma semana. Dose total:4,8 milhões de UI. Sífilis tardia, terciária ou com evolução por tempo indeterminado: Penicilina Benzatina 2.4 milhões UI via IM, semanal, por três semanas. Dose total de 7.2 milhões de UI. Tratar o parceiro sempre. Repetir o exame no 3º trimestre gestacional e no momento do parto.
	VDRL negativo	Repetir o exame no 3º trimestre e no momento do parto.
Urina tipo I	1. Proteinúria	a) traços: repetir em 15 dias. b) traços + hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco. c) maciça: referir ao pré-natal de alto risco.
	2. Piúria ou bacteriúria	Solicitar urocultura com antibiograma para todas as gestantes entre 23–27 semanas e para controle após o tratamento. Referir à consulta médica, se necessário. (protocolo Casa de Parto: sempre referir à HMAF quando resultado for positivo).
	3. Hematúria	a) Se piúria associada solicitar urocultura. b) Se isolada, excluir do sangramento genital e referir à consulta especializada.
	4. Cilindrúlia	Referir ao pré-natal de alto risco.
	5. Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.
Dosagem de Hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl	Ausência de anemia: manter a suplementação de 40mg/dia de ferro e 5 mg de ácido fólico (a partir da 20ª semana).
	Hemoglobina < 11 g/dl e > 8g/dl	Anemia leve e moderada: solicitar exame parasitológico de fezes. Prescrever sulfato ferroso (120 a 240mg de ferro elementar/dia) de três a seis drágeas, via oral, uma hora antes das refeições.
	Hemoglobina <8g/dl	Anemia Grave: referir a gestante ao pré-natal de alto risco imediatamente.

Em 2007, foi implantado, nos laboratórios municipais que realizam o exame de VDRL, um teste rápido confirmatório (teste treponêmico, marca BIOE-ASY), que é realizado de forma rotineira em todas as gestantes que apresentam VDRL com títulos menores ou iguais a 1:8. Tal medida visa qualificar o diagnóstico da infecção pela sífilis em gestantes, pois sabe-se que a gestação acarreta exames falso-positivos. Gestantes com VDRL positivo e teste rápido positivo devem ser tratadas conforme estágio da doença (ver quadro anterior), exceto nos casos em que houver comprovação de tratamento adequado anterior. É importante ressaltar que o teste treponêmico não pode ser utilizado como controle de cura, pois não apresenta negatificação após o tratamento. Somente por meio da anamnese será possível diferenciar gestantes que apresentam doença em atividade daquelas com cicatriz sorológica (ou seja, gestantes com VDRL positivo, com título baixo, e teste treponêmico positivo, com tratamento adequado anterior).

TESTE ANTI-HIV/AIDS

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical deste vírus. Por este motivo, obrigatoriamente este teste deve ser oferecido, com aconselhamento pré-teste, para todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, independente de sua aparente situação de risco para o HIV. Cabe à mulher a decisão de realizá-lo ou não.

• ACONSELHAMENTO PRÉ-TESTE

- O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/AIDS e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, sobre a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sobre os conceitos de "vulnerabilidade" e "situações de risco acrescido", e sua importância na exposição ao risco para infecção pelo HIV, em ocasião recente e pregressa;
- Explicar o que é o teste anti-HIV, os dois tipos de teste que podem ser realizados (convencional e de rápido diagnóstico), como é feito, o que mede, suas limitações, e o significado dos resultados negativos, indeterminado e positivo;

- Esclarecer os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez para mulher e para o bebê, reforçando as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, no parto e pós-parto e controle da infecção materna;
- Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV. Durante todo este processo, a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.

- ACONSELHAMENTO PÓS-TESTE

Resultado negativo

Deverá ser interpretado em função das situações de vulnerabilidade apresentadas pela gestante. Todo resultado de sorologia anti-HIV reflete situações vividas até 60 dias antes da data da coleta do material para o exame. Esse período, de aproximadamente dois meses, é o que se chama de *janela imunológica*, ou seja, o tempo entre a infecção pelo HIV e a produção de anticorpos em quantidade suficiente para ser detectada pelos testes. Resultado negativo em gestantes sem situações de maior vulnerabilidade significam que a mulher não está infectada. Entretanto, se ela apresentou alguma situação de risco e foi infectada recentemente, esse exame pode resultar negativo, por estar a gestante em período de janela imunológica. Nesses casos, a necessidade de novo teste anti-HIV poderá ser considerada pelo profissional, devendo ser repetido entre 30 e 60 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. O profissional de saúde deverá colocar-se à disposição da mulher para prestar esclarecimentos e suporte durante o intervalo de tempo que transcorrer o novo exame.

Em todos os casos, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
- reforçar as informações sobre os modos de transmissão do HIV, de outras DST e as medidas preventivas;
- reforçar as informações de que teste negativo não significa prevenção nem imunidade;
- informar que o teste deve ser repetido no início do terceiro trimestre e a cada nova gestação.

Resultado indeterminado

Esse resultado poderá refletir duas situações:

- a) um resultado inconclusivo, decorrente de fatores que interferem com a reação do teste (hormônios, doença autoimune etc.) ou
- b) uma infecção recente, com produção de anticorpos HIV ainda em quantidade insuficientes para serem detectadas pelo teste utilizado.

Nesta situação, o teste deverá ser repetido em 30 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Diante desse resultado o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
- encorajar para nova testagem, oferecendo apoio emocional sempre que se fizer necessário;
- orientar para procurar o serviço de saúde, caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação;
- reforçar sobre as medidas para prevenção do HIV e de outras DST.

Resultado positivo

Diante desse resultado, o profissional deverá :

- discutir o significado do resultado, reforçando a informação de que estar infectada pelo HIV não significa portar a síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Informar que existem medicações para controlar a infecção materna e reduzir o risco da transmissão vertical do HIV para o bebê. Encaminhar a gestante aos serviços de referência existentes no município para acompanhamento especializado de gestantes com HIV-Aids.

• OBSERVAÇÃO:

O diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV com uso exclusivo de testes rápidos foi instituído pelo Ministério da Saúde em julho de 2005, por meio da **Portaria Ministerial nº 34**.

Inicialmente previsto para uso em Centros de Testagem e Aconselhamento e em locais de difícil acesso, o uso de testes rápidos tem sido indi-

cado para outras situações em que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV propicia o acesso oportuno aos protocolos assistenciais disponíveis.

No município do Rio de Janeiro, no período de outubro de 2006 a março de 2007, foram implantados dez polos regionais de testagem anti-HIV, com uso exclusivo de testes rápidos. A proposta é garantir o diagnóstico da infecção pelo HIV durante a gestação, antes da admissão para o parto, permitindo o acesso aos protocolos recomendados para a redução da transmissão vertical.

Nos polos, são realizadas ações de aconselhamento coletivo e individual, pré e pós-teste, bem como a testagem com teste rápido, com emissão do resultado em no máximo 1 hora. No polo atuam profissionais capacitados e certificados pelo Ministério da Saúde para a realização da testagem diagnóstica, bem como para as ações de aconselhamento.

Os polos regionais atendem apenas a gestantes encaminhadas das unidades de sua área de abrangência, seguindo critérios de encaminhamento definidos pela Gerência do Programa de DST/AIDS, em parceria com a Gerência do Programa da Mulher, a saber:

- Gestantes com ingresso tardio no pré-natal (após a 28ª semana gestacional);
- Gestantes com ingresso precoce no pré-natal, mas que ainda não apresentam resultado da sorologia anti-HIV após a 28ª semana gestacional;
- Gestantes com situação de vulnerabilidade aumentada ao HIV identificada pelo serviço de pré-natal (ex: vítima de violência sexual, usuária de droga injetável, parceira de paciente sabidamente soropositivo, entre outras).

Todas as gestantes devem ser encaminhadas com a ficha de referência e contrarreferência devidamente preenchida e após agendamento do atendimento no polo regional.

• SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

Recomenda-se, sempre que possível, a triagem para toxoplasmose por meio de detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência) em caso de IgM positiva significa doença ativa e tratamento deve ser instituído, referir esta mulher para o pré-natal de alto risco.

A sorologia para toxoplasmose deve ser repetida entre 28 – 31 semanas em caso de IgM e IgG negativas na sorologia inicial.

CAPÍTULO II

PRÁTICAS EDUCATIVAS



As formas de assistência no pré-natal, sendo este de qualidade, vão bem além da tradicional consulta agendada. Existem outros métodos que complementam e otimizam essa atenção. Entre eles, estão as visitas domiciliares e o trabalho educativo de grupo. A abordagem educativa deve permear toda e qualquer ação desenvolvida na atenção pré-natal.

Há diferentes formas e métodos para a realização do trabalho educativo no pré-natal. São destaques as discussões em grupo, as dramatizações, as oficinas e outras dinâmicas que possibilitem a fala e a troca de experiências entre os componentes. O profissional de saúde que coordena a atividade educativa de grupo deverá atuar como facilitador para o levantamento das questões relevantes e promover o seu esclarecimento de forma reflexiva. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos constitui a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação, parto e puerpério para gestantes e companheiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; ENKIN *et al* 2005).

A maioria das questões que emergem no trabalho educativo de grupo de pré-natal estão, em geral, relacionadas aos seguintes temas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000):

- importância do pré-natal;
- sexualidade;
- orientação higienodietética;
- desenvolvimento da gestação;
- modificações corporais e emocionais na gravidez;
- sinais e sintomas do parto;
- importância do planejamento familiar;
- informações acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito;
- impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério;

- importância da participação do pai durante a gestação;
- importância do vínculo pai-filho durante a gestação;
- aleitamento materno;
- importância das consultas puerperais;
- cuidados com o recém-nascido;
- importância do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, e das medidas de prevenção (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Atualmente, o trabalho educativo no pré-natal, em suas diversas metodologias e práticas, tem ampliado os seus horizontes relativos às temáticas a serem abordadas; porém, o principal ponto de convergência nos seus objetivos é o de se promover o sentimento de segurança da mulher à medida que o parto se aproxima.

Dependendo da abordagem, o trabalho educativo no pré-natal poderá constituir-se em poderosa ferramenta ou veículo para a transformação da cultura e/ou da atitude das pessoas envolvidas: poderá promover mais autoconfiança e questionamentos dos padrões, das rotinas, de normas e recomendações profissionais e institucionais (ação de não reprodução/transformadora), como também, no extremo oposto, como uma ação de reprodução *per se*, poderá levar à maior aceitação das normas e convenções institucionais, bem como à maior adesão aos tratamentos médicos prescritos (ENKIN *et al*, 2005).

As atividades educativas no pré-natal, em suas diferentes modalidades, podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde, com dinâmicas diferenciadas. Essa estratégia de trabalhar a promoção da saúde no pré-natal, de algum modo contribui para a desejada ruptura da forma dominante de se assistir, promovendo uma nova lógica assistencial no serviço, tal que:

[...] a conformação de uma cultura de reconhecimento da parte dos profissionais da área da saúde, cuja base devam ser as evidências científicas, além de nova relação assistencial, centrada nas necessidades das usuárias e não na conveniência dos profissionais, viria permear um novo modelo comunicacional entre os sujeitos, no qual se pressupõe o respeito às mulheres, enquanto pessoas, e aos seus direitos tanto humanos quanto reprodutivos. (ROCHA, 2004, p.IV)

Nas unidades que prestam serviço de atenção pré-natal da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC-RJ), as práticas educativas são realizadas de formas variadas, de acordo com a dinâmica de cada serviço. Em geral, busca-se trabalhar com uma metodologia participativa e reflexiva, através da realidade dos envolvidos (gestantes, companheiros e familiares), que estimule a construção de um novo conhecimento e cultura acerca da gestação, parto/nascimento e puerpério e que contribua para o resgate da cidadania feminina, por meio da partilha e construção de saberes.

São materiais úteis comumente utilizados: colchonetes; almofadões; papel pardo; canetas coloridas; revistas; cola; tesoura; aparelho de som e CDs diversos; incenso/aroma; álbuns seriados; vários filmes sobre os diversos assuntos; óleo de massagem; espaço privativo; roupas confortáveis. São utilizados também os seguintes equipamentos: TV e DVD; bola; massageadores; cavalinho de parto ativo; pequenos bancos.

Recomendações:

- *Trabalhar com o corpo*: deve-se utilizar diversas dinâmicas e/ou oficinas que incluam técnicas corporais de variadas formas, com o objetivo de ampliar e fortalecer o potencial interno das participantes por meio do processo de integração corpo-mente. Ao trabalhar o corpo, há interferência na percepção do indivíduo sobre si e os outros, em níveis de energia, emoções, pensamentos e comportamentos.
- *Ênfase nas funções cognitivas* (memória, compreensão, concentração, pensamento etc.): o modelo instrutor/aluno é substituído pela busca da expressão dos sentimentos, como forma de explorar o saber.
- *Adotar visão holística*: o corpo, a mente e a energia fazem parte de um todo que age e reage, expressa e assimila, de forma única e diferenciada dos demais. O corpo, como parte desta totalidade, é um agente ativo, receptor, tensor, regente e não apenas um mero veículo de expressão.
- *Adotar a perspectiva de gênero*: considerar as desigualdades existentes nas relações entre homens e mulheres na sociedade. Questões relacionadas à sexualidade, cidadania, identidade e autoestima precisam ser enfocadas.
- *Atividade física*: salientar a importância da atividade física para a saúde do corpo e da mente, ensinando às gestantes alguns exercícios diários para que tenham uma gravidez mais saudável e fiquem mais preparadas para o parto normal.

- *Nos encontros*: começar sempre com a apresentação do grupo, ressaltar as boas-vindas e estabelecer as regras gerais de participação e convivência. A apresentação é muito importante para integração do grupo. Deve ser feita sem pressa. É fundamental a facilitadora estar atenta a todas as apresentações.

1 - DINÂMICAS DE APRESENTAÇÃO

BRINCADEIRA DO NOME NA RODA

OBJETIVOS: A apresentação e memorização do nome de todas as participantes, facilitando a desinibição do grupo nos seus primeiros momentos de contato.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Forma-se um círculo com as participantes sentadas, de preferência no chão. O facilitador inicia falando da necessidade e importância das pessoas se conhecerem, visto que passarão bastante tempo juntas. Depois disso, sugere a “brincadeira” e se oferece para começar: *“Meu nome é Carmen, agora você aqui do meu lado repete o meu nome e diz o seu”*. *“O nome dela é Carmen, e o meu é Maria”*. Então, cada uma começa falando o nome da facilitadora e vai repetindo o nome de todas as colegas que já se apresentaram, até chegar ao seu. Exemplo: *“O nome dela é Carmen, Maria, Josefa, e o meu é Paula”*.

OBSERVAÇÃO:

- Deve ser utilizada em grupos de menor tamanho (10 a 15 pessoas), pois em grandes grupos sua aplicação pode se tornar enfadonha.

APRESENTAÇÃO INDIVIDUAL

OBJETIVOS: A apresentação e memorização do nome de todas as participantes, facilitando a desinibição do grupo nos seus primeiros momentos de contato.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Consiste na confecção de crachás que deverão registrar a forma como a pessoa gosta de ser chamada: nome, sobrenome ou apelido. O crachá poderá ser preparado pelas participantes ou pela equipe, caso algumas não saibam escrever.
- Forma-se um círculo, e à medida que as pessoas colocam o crachá vão falando os seus nomes e onde moram.

OBSERVAÇÃO:

- A técnica pode ser utilizada em grupos maiores.

**CONVERSA DE COMADRE**

OBJETIVOS: A apresentação e memorização do nome de todas as participantes, facilitando a desinibição do grupo nos seus primeiros momentos de contato e aprofundar os conhecimentos recíprocos.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Inicialmente, o facilitador pede para que as pessoas formem duplas. Em seguida, explica que cada dupla irá conversar entre si sobre o que quiserem, por cinco minutos. Caso o grupo seja ímpar, forma-se um subgrupo de três pessoas.
- Passados os cinco minutos, as participantes formam um círculo e cada uma apresenta o seu par: nome, trabalho, signo, desejos, estado de saúde, enfim, tudo o que passou a conhecer sobre a outra pessoa.

OBSERVAÇÃO:

- Esta técnica pode ser aplicada tanto em grupos que estão se formando como nos já existentes, cujas pessoas já se conhecem. Neste último caso, a facilitadora deve ressaltar que o conhecimento interpessoal é um processo em construção permanente e não um ato único.

2 - DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO



DINÂMICA DO BARBANTE

OBJETIVOS: Trabalhos de apresentação no grupo; trabalhos em equipe; mútuo conhecimento; descontração; a importância da participação individual e suas relações no trabalho coletivo.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

Dispor os participantes em círculo; organizar um grupo de, no máximo, 20 pessoas. A facilitadora toma nas mãos um novelo (rolo/bola) de cordão ou lã. Em seguida, prende a ponta em um dos dedos de sua mão. Pedir para as pessoas prestarem atenção na apresentação que ela fará de si mesma. Assim, logo após sua breve apresentação, dizendo quem é, de onde vem, o que faz etc., joga o novelo para uma das pessoas à sua frente. Essa pessoa apanha o novelo e, após enrolar a linha em um dos dedos, irá repetir o que lembra sobre a pessoa que terminou de se apresentar e que lhe atirou o novelo. Após fazê-lo, essa segunda pessoa irá se apresentar, dizendo quem é, de onde vem, o que faz etc. Assim se dará sucessivamente, até que todos do grupo digam seus dados pessoais e se conheçam. Como cada um atirou o novelo adiante, no final haverá no interior do círculo uma verdadeira teia de fios que os une uns aos outros. Pedir para as pessoas dizerem: o que observam; o que sentem; o que significa aquela teia; o que aconteceria se um deles soltasse seu fio etc.

MATERIAL A SER USADO:

Um rolo (novelo) de fio, lã ou barbante.

DINÂMICA DO PRESENTE

OBJETIVO:

Promover integração entre os presentes, também pode ser usada para finalizar o trabalho.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

O facilitador explica que o presente será dado a um elemento do grupo que receberá representado todos os participantes e ele deve abri-lo com todo o grupo. e ler a mensagem contida no embrulho em voz alta. Ao abrir o primeiro invólucro ele encontra a frase: “ Este presente não é seu entregue-o para a pessoa mais elegante do grupo hoje”. A segunda pessoa ao abrir lerá :” Este presente não é seu entregue a pessoa do grupo que você tenha se identificado”. A terceira pessoa encontrará ao abrir mais um invólucro a frase ” Este presente não é seu cante uma música que lembre sua adolescência e entregue a que você achou mais desinibido”. Por último ao abrir o participante lerá a seguinte frase este presente é seu compartilhe-o com os colegas”.

MATERIAL NECESSÁRIO:

É necessária uma caixa de bombons, que o número de unidades seja o número de participantes ou mais. A caixa deve ser o embrulhada várias vezes e a cada vez deve conter a frase que será lida pelo participante.

OBSERVAÇÃO:

As frases podem ser adaptadas ao objetivo da dinâmica podendo usá-la para abrir um grupo ou fechá-lo fazendo uma avaliação sucinta do trabalho realizado.

DINÂMICAS DE RELAXAMENTO

Luz, viagem

OBJETIVOS:

Localizar e suavizar as tensões; facilitar o contato consigo mesma, com o seu corpo e com a presença do corpo do seu bebê; aumentar a conscientização sobre sentimentos, emoções e o vínculo com seu bebê; preparar o grupo para a próxima oficina (oficina de introspecção com forte teor emocional como, por exemplo, a linha do nascimento).

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Essa técnica divide-se em três partes: *respiração profunda, relaxamento e fantasia.*

- Em uma sala suficientemente ampla para acomodar todas as participantes, o facilitador pede que tirem os sapatos e deem de barriga para cima com os braços estendidos ao longo do corpo. É importante observar se todas estão bem acomodadas.
- A facilitadora explica a importância da respiração para o bem-estar geral das pessoas e como o respirar profundamente ajuda a suavizar as dores e tensões físicas, além de, na maioria das vezes, provocar sensações de leveza e segurança. Em seguida, a facilitadora dá as instruções do exercício, fazendo a demonstração em si própria.
- As instruções a seguir devem ser dadas de forma pausada e com timbre de voz mais suave.
- Deve-se preparar o ambiente, com música suave ao fundo e aroma.

1. RESPIRAÇÃO PROFUNDA

“Vocês vão inspirar pelo nariz suavemente, enchendo o peito de ar de baixo para cima, e fazer uma pequena pausa segurando o ar nos pulmões. Depois, expirar suavemente pela boca, de cima para baixo e fazer outra pausa antes de inspirar outra vez”. Enquanto as participantes fazem o exercício, a facilitadora sugere que durante todo o trabalho elas procurem se manter em silêncio e seguir as instruções que serão transmitidas.

2. RELAXAMENTO

- “Feche os olhos e entre em contato com o seu corpo. Agora, preste atenção à sua respiração. Procure observar todos os detalhes. Você está com dificuldade? Se estiver, não force. Faça apenas o que lhe for possível, sem desconforto.”
- “Agora, pense nos seus pés. Perceba o que eles lhe transmitem. Dor? Cansaço? Os pés, geralmente, são partes muito esquecidas do corpo. No entanto, eles são fundamentais para caminhar e manter o equilíbrio.”
- “Agora, pense nas suas pernas. Procure sentir como estão as suas pernas... Depois, suas coxas... Seu quadril... Seu sexo... Suas costas... Sua barriga (seu bebê dentro da sua barriga)... Seu peito... Seus ombros, seus braços... Seu pescoço, sua cabeça... Todo o couro cabeludo... Sua testa... Seus olhos... Seu nariz... Sua face, sua boca, seu queixo, suas orelhas. Agora, imagine que, quando o ar entra pelo seu nariz, ele vai até os seus pés e volta para sair pela sua boca. Nessa viagem pelo seu corpo, procure perceber se tem alguma parte tensa ou dolorida. Se, porventura, você encontrar alguma tensão, pare e contraia essa(s). parte(s) o máximo que você suportar e depois solte. Repita esta operação por três vezes. “Respire lenta, suave e profundamente, sentindo o contato com todo o seu corpo.”

3. FANTASIA

- “Agora, imagine que você está em um grande vale, muito bonito, com árvores, um rio e flores. Procure sentir a relva sob suas costas, a brisa, o calor do sol, o canto dos passarinhos, o perfume das flores. Desfrute o máximo que puder desse lugar. Agora, perceba que há uma montanha bem próxima de você. Procure caminhar em direção a ela e comece a subi-la. Vá olhando a paisagem, tocando as plantas, sem pressa. Você está quase no meio do caminho. Agora, perceba que o sol está um pouco mais quente e a trilha por onde você pisa está cheia de pedras. As plantas começam a ficar rasteiras e você começa a sentir-se cansada, mas ainda assim, prossiga. Falta pouco para você atingir o topo da montanha. Agora, você percebe que o caminho está bloqueado por uma pedra. Você acha que não vai conseguir passar, mas falta tão pouco, é só escalar este obstáculo e você chega lá em cima. O sol está muito quente. Você está muito cansada. Tente. Você pode conseguir. Faça este último esforço e você chegará onde você quer.

- “Agora que você chegou, deite-se e descanse. Respire aliviada. Procure desfrutar deste lugar calmo. Olhe o céu, sinta a brisa e relaxe...”

- “Agora, procure voltar aqui para esta sala, sentir o seu corpo em contato com este chão. Vá mexendo os seus pés, os seus braços e abrindo os seus olhos bem devagar. Procure esticar o seu corpo (espreguiçar).”

- Sentadas em círculo, iniciam-se os comentários e depoimentos acerca do exercício.

OBSERVAÇÃO:

Pode ser aplicada no grande grupo e deve ser conduzida por apenas uma facilitadora, enquanto as demais darão suporte ao trabalho, providenciando uma música suave e protegendo o grupo de interferências. A sala deve estar em total silêncio.

4 - DINÂMICAS DE INTROSPECÇÃO

*Linha da vida (Identidade Feminina) * autora Martha Zaneth*

A linha da vida é uma técnica desenvolvida pelo movimento de mulheres para trabalhar as questões da sexualidade e da identidade feminina. É um recurso que estimula a reflexão sobre a história de cada mulher, sua sexualidade e sua vida reprodutiva. O objetivo não é trabalhar valores e conceitos, mas sim resgatar, a partir da história individual, aquilo que foi construído, a concepção social do “Ser Mulher”, e o que as histórias têm em comum.

Para aplicar esta técnica não é necessário formação psicológica; entretanto, a postura da facilitadora é fundamental: deve ter sensibilidade para se interessar pela história do grupo, exercitando a escuta ativa. Essa dinâmica é um processo rico de emoções e revelações, em que perdas e ganhos se equilibram no conjunto da trajetória de vida de cada uma ou na relação das histórias entre si.

OBJETIVOS:

- Baixar os véus da timidez, da vergonha, do medo, da angústia, da dor, da alegria e do prazer que encobrem a vivência sexual de cada uma; compartilhar experiências com um grupo de pessoas que não se conhece; identificar-se com o discurso da outra. Tudo isso é novo e difícil e o desafio da educadora é exercer a escuta e ser cúmplice desses momentos;
- Trabalhar as questões da sexualidade e da identidade feminina;
- Refletir sobre a condição feminina a partir do viés de gênero/cultura/condição social feminina.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

O trabalho deve ser conduzido em pequenos grupos, pincéis atômicos, lápis de cor, de cera ou canetas são distribuídos e as folhas grandes de papel devem ser espalhadas pelo chão, para que as participantes desenhem; Em cada um desses grupos, cada gestante traça sobre um grande papel uma linha, à medida que vai verbalizando suas vivências, que fala o que sabe, lembra ou sente sobre os fatos marcantes da sua vida relacionados à sexualidade, reprodução, nascimento, relações parentais, vida social etc. Dessa forma, possibilita-se às mulheres refletirem sobre suas próprias histórias, tanto em termos individuais quanto coletivos.

Ao final, no grande grupo, é identificado o perfil geral a partir das discussões dos pequenos grupos, permitindo correlacionar os aspectos socioculturais comuns e ainda possibilitando a compreensão dos significados dessas fases na vida das pessoas.

OBSERVAÇÕES:

- A técnica deve ser aplicada em pequenos grupos, com uma coordenação para cada grupo.
- Estabelecer um clima de solidariedade e confiança, para quebrar a tensão emocional.
- Confiar no grupo e na sua capacidade de recuperar a dor, no sentido de transformá-la.
- Explicar que o contrato de sigilo do grupo é fundamental.

Linha do nascimento

É uma adaptação da técnica da *linha da vida* para se trabalhar questões relativas ao nascimento.

OBJETIVOS:

Semelhantes aos da linha da vida, descritos anteriormente.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

O grupo deve escrever em folhas grandes de papel os quatro períodos relacionados ao nascimento: concepção, gestação, parto e pós-parto.

O trabalho deve ser conduzido em pequenos grupos de, no máximo, dez pessoas. Pincéis atômicos, lápis de cor, cera ou canetas são distribuídos e as folhas grandes de papel devem ser espalhadas pelo chão para que as participantes desenhem a sua linha do nascimento.

A facilitadora inicia o exercício pedindo para que seja desenhada uma linha, que pode ser ilustrada de desenhos e colorida. Cada participante desenha a sua, procurando lembrar-se do que sabe sobre o seu nascimento, qual a mensagem que tem sobre tal fato.

Em cada período, a facilitadora deve estimular para que os seguintes aspectos sejam expressos:

- *Concepção*: Fui desejada? Como estavam meus pais? Minha família?
- *Gestação*: Foi tranquila? Algum problema? Pai estava junto?
- *Parto*: Foi fácil? Minha mãe gostou de parir? Quem estava junto? Onde foi? Posição do parto?
- *Pós-Parto*: A mãe amamentou imediatamente após o parto? A mãe gostou de amamentar? Até que idade fui amamentada? O pai estava junto, cuidando, apoiando?

OBSERVAÇÕES:

- Ao final dos relatos, será estabelecido um paralelo entre as situações vivenciadas e a realidade coletiva.
- O importante não é somente o desenho da linha, mas sim, o que a participante expressou ao desenhá-la: as lembranças, as dores, as alegrias...
- Todas as emoções que emergirem devem ser acolhidas e ouvidas pela facilitadora.

5 - DINÂMICAS DE RECONHECIMENTO DO CORPO E SUAS POSSIBILIDADES EM TRABALHO DE PARTO

Como eu me vejo por dentro

- É uma técnica projetiva e tem por objetivo investigar o nível de conhecimento adquirido ou a imagem que as participantes possuem sobre a anatomia do sistema reprodutor.

OBJETIVOS:

- Facilitar a compreensão dos aspectos anatômicos através da percepção tridimensional.
- Possibilitar a correção de possíveis distorções no conhecimento dos aspectos anatômicos, de uma forma lúdica e interativa.
- Valorizar a criatividade.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Após a distribuição do material (papel, lápis de cor ou de cera), a facilitadora pede para que cada participante desenhe como se vê por dentro grávida e não grávida. Explica que os desenhos não precisam ser bonitos ou corretos e que ninguém irá vê-los ou corrigi-los. Após a confecção dos desenhos, eles serão recolhidos e guardados sem nenhum comentário;
- Inicia-se o grupo de estudos, com discussão e novas informações;
- Após a discussão, cada um faz a correção dos desenhos.

OBSERVAÇÕES:

- Pode ser aplicada no grande grupo;
- Além do sistema reprodutor feminino (grávida e não grávida), deve-se trabalhar também o sistema reprodutor masculino;
- Na discussão no grupo, deve-se trabalhar com informações básicas sobre o útero (corpo e colo), trompas, ovários, vagina, vulva, mamas etc.;
- Com o auxílio de *slides*, DVD, transparências, álbuns seriados, bonecos, ou mesmo desenhos grandes, faz-se o reforço do aprendizado;
- A facilitadora deve procurar usar termos que sejam compreendidos pelas participantes;
- Pode-se também trabalhar com massa de modelar ou argila na confecção dos sistemas reprodutivos.

Reconhecer as fases do trabalho de parto

- A promoção dinâmica e participativa no grupo de gestantes de informações e de troca de experiências positivas sobre o trabalho

de parto é fundamental na atividade educativa durante o pré-natal. O parto em nossa sociedade é altamente medicalizado, apesar dos esforços políticos de se resgatar o parto normal na atualidade. Há forte cultura entre as mulheres de aceitação total da atenção obstétrica como ela é hegemonicamente, e isso se dá por diversos fatores facilmente explicáveis. Entre estes, está o desconhecimento do próprio corpo e da sua dinâmica natural nesse processo, da sua capacidade de parir com menos intervenção dolorosa e/ou traumatizante, entre outros. Portanto, trabalhar o conhecimento sobre o processo de parto é fundamental como atividade educativa no pré-natal.

OBJETIVOS:

- Instrumentalizar as gestantes para a identificação das fases do trabalho de parto.
- Discutir a assistência durante essas fases.

MATERIAIS:

- Pranchas ilustrativas, papel cartão.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Reunir as participantes do grupo, mostrar as pranchas de forma desordenada. Estas contêm palavras relacionadas: ao pródromo do trabalho de parto (TP), fase latente do TP, fase ativa do TP, ao parto e nascimento e ao cuidado assistencial (Ex: tampão mucoso, contrações, massagem, tricotomia etc.).
- Explicar que as pranchas devem ser arrumadas no chão por elas, seguindo a lógica das modificações ocorridas no organismo da parturiente, desde o momento da admissão na maternidade até a sequência do trabalho de parto e parto.
- Após o término da ordenação, discutir com as gestantes a sequência adequada, aproveitando para tirar todas as dúvidas e informar sobre as intervenções que não devem ser feitas sem indicação.

Discutir sobre tecnologias de cuidados na assistência ao parto

Tecnologias de Cuidados corresponde à aplicação do conhecimento da enfermeira, traduzido pelas práticas usadas no acompanhamento e condutas durante o trabalho de parto e parto.

OBJETIVOS:

- Informar, apresentar e discutir com as gestantes o trabalho de parto ativo, instrumentalizando-as na utilização das ferramentas que podem facilitar a evolução do trabalho de parto e parto, produzindo conforto e alívio da sensação dolorosa.

MATERIAIS:

massageadores; banco meia-lua; bola Suíça (Bobath, fisioboll); cavalinho de parto ativo; óleo de massagem; aparelho de som e CDs; aromas; TV.

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Durante a oficina, a facilitadora deverá estimular as gestantes e seus acompanhantes a descreverem o que entendem sobre as palavras: TECNOLOGIA e CUIDADO.
- A partir daí, encaminhar para a busca das conceituações para o entendimento da categoria, promovendo a demonstração dos equipamentos que podem ser utilizados.
- Estimular gestantes e acompanhantes a experimentarem os equipamentos, explicando a sua função e como podem ser usados.
- Finalizar a oficina mostrando um filme com a apresentação dos instrumentos e sua utilização durante um trabalho de parto e parto. É importante discutir com as gestantes que seu desejo de utilizar ou não cada instrumento deve ser respeitado.

Apresentação das posições de parto

OBJETIVOS:

- Discutir a assistência durante o primeiro estágio do trabalho de parto (período de dilatação cervical) e durante o segundo estágio do parto (período expulsivo);
- Realizar discussões acerca das posições assumidas pelas parturientes no momento do parto;
- Proporcionar às gestantes informações sobre as diversas possibilidades de parir.

EQUIPAMENTOS:

- Televisão e vídeo
- Instrumentos da oficina de tecnologias de TP e parto

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS:

- Acomodar as participantes para a projeção de vídeos de partos normais nas posições: lateral, de cócoras, vertical, semi-vertical, na água etc.
- Após a visualização dos vídeos, promover a reflexão e discussão sobre as diversas posições assumidas durante o trabalho de parto: seus efeitos e benefícios para a mulher e feto;
- Após a discussão, estimular o grupo a realizar uma representação sobre o tipo de parto escolhido pelas parturientes deste encontro, através de dramatização, corte e colagem etc.

OBSERVAÇÕES:

- A partir das discussões no grupo, é possível estimular as mulheres para a elaboração de seus *planos de parto*. Estes devem ser livres, e ajudarem a mulher a ter uma expectativa positiva do parto. O plano de parto deve ser flexível e permitir mudanças, tanto por parte da mulher, como pela necessidade fisiológica do processo de parto.

Dramatização do parto

DEFINIÇÃO

- Consiste na representação teatral de formas conhecidas de parto e dos atores envolvidos e as formas de assistência.

DESCRIÇÃO DE TÉCNICA

- Para aplicação desta técnica é necessário, pelo menos, duas facilitadoras. Cada uma vai trabalhar com um grupo apoiando-o na construção do drama.

- O grupo é subdividido em dois, em igual tamanho. Em seguida, cada facilitadora conduz seu grupo a um local diferente para a execução da tarefa. Cada grupo cria e ensaia uma dramatização para duas cenas de parto, e apresenta ao grande grupo no final.

- A facilitadora deve estimular e orientar o grupo na execução do trabalho, sem, no entanto, ser diretiva em suas intervenções. Deve deixar que o grupo, por si só, vá criando os elementos do trabalho, como: roteiro, figurino, diálogos, personagens, cenário etc.

- Quando os grupos estiverem prontos, a facilitadora informa que durante a apresentação de cada grupo deve-se estar atento a todos os detalhes. Ao final das duas apresentações, serão analisados os momentos importantes a respeito de humanização e técnicas utilizadas no parto. A facilitadora conduz um debate que deve abranger os seguintes pontos:

- análise das diferenças entre os partos;
- quantidade de pessoas envolvidas;
- postura das pessoas que atuam no parto;
- relações de confiança estabelecidas pela parturiente;
- ambiente aconchegante, hospital limpo, quarto limpo etc.;
- o tempo de duração do parto;
- o papel protagonista da mulher no parto humanizado;
- o empoderamento feminino no parto e nascimento;
- fortalecimento do vínculo mãe/bebê por meio do contato pele a pele.

CAPÍTULO III

A CHEGADA À MATERNIDADE / ADMISSÃO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA



O processo de acolhimento à mulher, ao recém-nascido, seus familiares e acompanhante nas maternidades que compõem a rede do Município do Rio de Janeiro é o início do relacionamento da população com o hospital e a primeira percepção das usuárias sobre os serviços oferecidos na unidade e sua equipe multiprofissional. Tais serviços destinam-se a prestar assistência especializada às mulheres em suas necessidades de avaliação sistemática e contínua durante o ciclo gravídico puerperal, nas afecções ginecológicas e aos recém-nascidos até 28 dias de vida.

As mulheres podem ser admitidas nas unidades de internação da SMSDC-RJ, procedentes de duas portas de entrada:

- Dos Serviços de Ambulatórios:
 - As agendadas previamente: internação cirúrgica eletiva ginecológica e obstétrica clínica;
 - A urgência ambulatorial: identificada durante o acolhimento com classificação de risco (triagem) ou durante a consulta de pré-natal, pós-natal, ginecológica ou de clínica médica.
- Dos serviços de Emergências/Admissões:
 - Demanda obstétrica: atendimento às emergências no ciclo gravídico-puerperal;
 - Demanda ginecológica: atendimento às emergências ginecológicas;
 - Transferências intra-hospitalares;
 - Atendimento às vítimas de violência sexual;
 - Atendimento aos profissionais que sofreram acidente com material biológico e recém-nascidos (até 28 dias). Cabe ressaltar que este documento descreve a assistência de enfermagem no âmbito da obstetrícia.

FLUXO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Do Serviço de Ambulatório para a Internação Eletiva

- Acolher a usuária;
- Confirmar o encaminhamento do ambulatório para a internação;
- Solicitar o prontuário na documentação médica;
- Comunicar a internação ao setor de internação e alta e ao núcleo interno de regulação (NIR);
- Registrar a internação no livro próprio e no CENSO diário de pacientes;
- Fornecer o vestuário hospitalar;
- Prestar esclarecimentos à usuária e seu acompanhante sobre a rotina da unidade;
- Fazer contato com enfermeira da unidade de internação de destino sobre a admissão da cliente, fornecendo dados gerais e suas condições gerais;
- Providenciar o encaminhamento da usuária com seu respectivo prontuário à unidade de internação, acompanhada por profissional da enfermagem.

Do Ambulatório para o Setor de Emergência/ Admissão

- Acolher a cliente determinando a prioridade de atendimento conforme a gravidade do caso (exclusivo do enfermeiro);
- Registrar em livro próprio do setor de emergência e em boletim de atendimento / prontuário: nome e hora do atendimento; queixa principal, considerando o início, a evolução e a duração da queixa; medicação atual; alergias; história obstétrica; sinais vitais; identificação da necessidade de atendimento (cuidado médico, de enfermagem, psicológico, serviço social, nutrição e/ou outros) e definição da prioridade de atendimento, medidas iniciais adotadas; assinar e carimbar (enfermeira).
- Realizar anamnese e exame físico gineco-obstétrico (enfermeira);
- Realizar procedimentos específicos que avaliem o risco materno-fetal: toque vaginal, avaliar perdas transvaginais, ausculta de BCF, avaliação dos movimentos fetais e realização de CTG, sempre que necessário (enfermeira);
- Solicitar exames laboratoriais de urgência, conforme protocolo institucional (enfermeira).
- Colher material para exame das pacientes com internação no Centro Obstétrico e encaminhar ao laboratório; administrar

medicamentos de urgência, conforme a prescrição médica e os protocolos institucionais⁶, monitorar a evolução do quadro cabendo a avaliação, juntamente com o médico, sobre a liberação da cliente do repouso da emergência (enfermeira) quando for constatada a melhora do quadro apresentado;

- Quando ocorrer a solicitação médica para proceder à liberação da mulher, realizar as devidas orientações de referência, encaminhamentos ou agendamentos para o retorno, antes de liberá-la do repouso da emergência;
- Quando ocorrer a solicitação médica para proceder à internação, seguir as etapas a seguir descritas:
 - Em caso de prescrição de medicamentos, realizar procedimento técnico ainda na emergência, a fim de estabilizar hemodinamicamente a cliente e somente após encaminhá-la ao setor de internação;
 - Entrar em contato com a enfermeira da unidade de internação para solicitar vaga, relatando história sumária, diagnóstico médico e principais orientações;
 - Encaminhar a cliente, de acordo com suas condições físicas e emocionais, em cadeira de rodas, maca ou deambulando, com seu respectivo prontuário à unidade de internação, acompanhada por profissional da enfermagem;
 - Oferecer e, caso aceito, realizar o teste rápido de HIV, fornecendo laudo assinado e carimbado pela enfermeira, registrado em folha de controle no setor (nos casos de gestantes a partir de 34 semanas que não apresentem o resultado do exame no último trimestre e que estejam em trabalho de parto).

⁶ Os protocolos institucionais seguem as recomendações contidas nos manuais técnicos do Ministério da Saúde .



PARTE II

CENTRO OBSTÉTRICO O CUIDADO À PARTURIENTE

CAPÍTULO IV

ADMISSÃO DA GESTANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO



O início do trabalho de parto acontece com a presença de contrações uterinas regulares, que não aliviam com o repouso, e que aumentam progressivamente com o tempo, tanto em intensidade quanto em frequência. Estão associadas ao apagamento e dilatação progressivos do colo. É nesse momento que a maioria das mulheres procuram a unidade hospitalar ou Casa de Parto e são internadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os profissionais devem acolher e apoiar a mulher e seu acompanhante desde sua chegada, sendo, portanto, um momento importante para iniciar um relacionamento de confiança. É necessário apresentar-se e dar informações sobre a assistência e os profissionais de categorias diversas que poderão acompanhá-los durante sua estada no Centro Obstétrico (CO). A admissão da gestante precisa ser em ambiente com privacidade, tranquilo e onde ela se sinta segura.

A equipe de enfermagem deve implementar assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, norteada nos princípios do modelo humanizado de atenção ao parto. As etapas do acolhimento da gestante no centro obstétrico são:

- ▶ recepcionar a parturiente, apresentando-se, informando seu nome e função e desejando-lhe boas-vindas;
- ▶ acolher e encaminhar a mulher até a sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), apresentando o ambiente onde permanecerá durante o trabalho de parto e parto, junto com o acompanhante de sua escolha;
- ▶ garantir a presença de acompanhante à escolha da mulher, conforme legislação vigente¹ (ANEXO C) ;



¹ Resolução SMS nº 667 de 20/10/1998, garante a presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto e parto. Portaria nº 2418/GM/MS, de 02/12/2005, regulamenta – em conformidade com o art. 1º da Lei Federal nº 11.108 de 07/04/2005 – a presença de um acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.

- ▶ verificar os sinais vitais: pressão arterial, pulso, respiração e temperatura axilar (atentar para a alteração de pressão arterial e temperatura);

- ▶ aferir o peso e a altura;

- ▶ colher uma pequena história obstétrica, observando: número de gestações, número de abortos, paridade, antecedentes mórbidos (diabetes, hipertensão, cardiopatias e doenças neurológicas), portadoras de alergias, uso de medicação rotineira, uso de drogas (química, tabagismo e etilismo);

- ▶ proceder os registros em impresso próprio;

- ▶ incluir o nome da parturiente no livro de admissão do setor, quando houver;

- ▶ comunicar ao laboratório, caso tenham solicitações de exames;

- ▶ deixar o ambiente preparado para o momento do parto e incentivar a mulher a não permanecer deitada no leito, exceto nos casos contraindicados.

Na equipe de enfermagem, cabe à enfermeira:

- ▶ solicitar o cartão de pré-natal e avaliá-lo;

- ▶ realizar anamnese, observando antecedentes mórbidos, obstétricos (incluindo complicações em gestações anteriores, DUM, dados e evolução da gestação atual) e as questões psicossociais que envolvem aquela gestação;

- ▶ realizar exame clínico da gestante: verificar sinais vitais; se constatar necessidade de reavaliação, avaliar as mucosas, realizar ausculta cardiopulmonar, verificar a presença de edema ou varizes nos membros inferiores;

- ▶ realizar exame obstétrico: medir a altura uterina, palpar o abdome para determinar a situação, posição, apresentação e insinuação fetal, auscultar frequência cardíaca fetal durante e após a contração, avaliar a dinâmica uterina, realizar o toque vaginal² para perceber a integridade das membranas, altura da apresentação, tipo de apresentação, dilatação e apagamento do colo, características do colo uterino, variedade de posição e, se necessário, proceder à amnioscopia para identificar as características do líquido amniótico. No caso da puerpera: realizar o exame das mamas e dos mamilos; verificar a altura do fundo de útero; observar o aspecto da ferida cirúrgica ou episiorrafia, no caso de parto

² No momento do toque vaginal, deve-se observar a genitália externa, buscando identificar a presença de lesões e/ou secreções que devam ser registradas e caracterizadas.

cesáreo ou parto normal com episiotomia; realizar o toque vaginal para perceber as características do canal vaginal e do colo uterino; observar a quantidade, a coloração e o odor da loquiação;

- ▶ registrar exame realizado no partograma e assinar de forma legível;
- ▶ verificar e/ou providenciar a coleta dos exames de VDRL, hemograma completo e teste rápido para HIV³, fator Rh e tipagem sanguínea;
- ▶ caso seja observado saída de líquido amniótico, deve-se caracterizá-lo quanto à presença de mecônio, avaliar a quantidade da perda e há quanto tempo começou a perda;
- ▶ durante o exame obstétrico, é o momento ideal para a enfermeira iniciar uma relação de confiança entre ela e a parturiente e encaminhar o acompanhamento do trabalho de parto, se for o caso;
- ▶ o momento da admissão é essencial para a avaliação do risco obstétrico e do planejamento da assistência de enfermagem a ser prestada à parturiente;
- ▶ os partos de baixo risco poderão ser assistidos diretamente pela enfermeira obstetra.

³ É recomendável a realização do aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV/AIDS.

CAPÍTULO V

ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA



De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o parto normal tem início espontâneo, baixo risco no começo do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. Normalmente, acontece entre 37 e 42 semanas completas de gestação e o feto encontra-se, em geral, em apresentação cefálica. Ainda para a OMS, o parto normal é um processo natural, fisiológico e, conseqüentemente, não deve sofrer intercorrências no seu curso.

O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN) registra que os partos de baixo risco podem ser acompanhados pelas enfermeiras obstetras. Evidências científicas que discutem o modelo assistencial são favoráveis à inclusão da enfermeira obstétrica no acompanhamento da gestação, trabalho de parto e parto de baixo risco.

O suporte contínuo à mulher em trabalho de parto é uma ação que deve ser oferecida e estimulada de forma sistemática, independente da organização do serviço e dos profissionais treinados para esta atenção.

Neste cenário, o objetivo da assistência é acompanhar e assistir as parturientes durante o processo do trabalho de parto e parto, respeitando sua fisiologia e estimulando o exercício da cidadania feminina, para dar maior autonomia à mulher neste momento.

Após a admissão da parturiente, a enfermeira deve atentar para os fatores de risco e manter atitude vigilante durante todo o acompanhamento do processo. Nesta etapa, os cuidados a seguir devem ser oferecidos:

- ▶ promover um ambiente com privacidade, tranquilo e seguro para a parturiente e seu acompanhante, onde não seja necessário removê-la no



momento do parto; pode-se utilizar música, aroma, penumbra e pouco mobiliário para deixar o ambiente hospitalar mais agradável à mulher;

▶ estimular a liberdade de movimentos, encorajando a parturiente a sentir o seu próprio corpo e assumir as posições mais confortáveis durante o trabalho de parto;

▶ incentivar a deambulação e evitar a posição litotômica;

▶ é importante sensibilizar a parturiente e seu acompanhante quanto ao poder do corpo feminino e que ela é capaz de parir sozinha; a mulher deve ser encorajada e incentivada a cada progresso que fizer, tanto pelo acompanhante como pelo profissional: isto a deixa mais segura e empoderada;



▶ orientações quanto às técnicas de relaxamento e respiração devem ser repassadas a mulher e seu acompanhante, pois ambos podem realizá-las juntos, o que deixa a parturiente mais confortável e segura;

▶ oferecer às parturientes as tecnologias de cuidados, de acordo com a evolução do trabalho de parto e com a sua vontade;

▶ registrar no partograma todas as tecnologias que forem utilizadas e em que momento do trabalho de parto;

▶ realizar exame obstétrico, avaliando dilatação cervical, altura da apresentação, variedade de posição, condição da bolsa das águas, dinâmica uterina, com um intervalo mínimo de duas horas; a necessidade do toque vaginal deve ser avaliada e postergada se os sinais e comportamento da parturiente são suficientes para avaliação e a necessidade de mudança de conduta não for cogitada; tal informação deve sempre estar baseada na ausculta e avaliação do BCF, que deve ser implementada de acordo com a necessidade a cada 15 minutos, 30 minutos ou 1 hora; registrar no partograma;

▶ avaliar o líquido amniótico através de amnioscopia — o uso deste instrumental deve ser criterioso; caso verifique coloração do líquido amniótico alterada, comunicar à equipe médica;



▶ quando houver alguma intercorrência durante o trabalho de parto, onde haja suspeita de algum tipo de risco, a equipe médica deve ser comunicada, para que o grupo multiprofissional possa discutir junto e retomar a condução do trabalho de parto;

▶ toda a evolução do trabalho de parto deve ser informada à parturiente e seu acompanhante, assim como as condutas que forem tomadas durante o período;

- ▶ a sensação dolorosa durante o processo do trabalho de parto pode ser amenizada pela utilização das tecnologias de cuidados, do apoio emocional, das técnicas de relaxamento e da respiração adequada;

- ▶ a dieta líquida pode ser oferecida à parturiente neste momento, por meio de água, sucos, chás, entre outros;

- ▶ a mulher deve ter liberdade de escolher a posição mais confortável para ela no momento do parto, entretanto o profissional que a estiver assistindo pode orientá-la — de acordo com o desenvolvimento do trabalho de parto — a assumir algumas posições que facilitem este momento;

- ▶ o período expulsivo pode ocorrer em diversas posições, mas cabe ressaltar a necessidade de se avaliar a região do períneo e proceder à proteção perineal;

- ▶ respeitar o desejo da mulher em realizar o esforço expulsivo, obedecendo a sua fisiologia;

- ▶ com a intensificação das contrações no momento do parto, a parturiente pode mudar seu comportamento e expressar-se de forma mais agitada, emitindo gritos e gemidos; deve-se estar atento à sua segurança física e a de seu filho, buscando não cerceá-la de suas expressões, garantindo-lhe sua autoconfiança;

- ▶ independente da posição escolhida pela mulher, é importante a utilização de campos estéreis, a realização da antisepsia da região perineal e ter próximo instrumental estéril para o pinçamento e secção do cordão; não esquecer uma touca e campo (manta) para receber o recém-nato (RN);

- ▶ a enfermeira deve lavar as mãos e calçar luvas estéreis para o momento do parto;

- ▶ de acordo com a OMS, a episiotomia deve ser considerada apenas nos casos de sofrimento fetal, fibrose cicatricial por mutilação vaginal da mulher ou por lacerações de terceiro ou quarto grau mal cicatrizadas e parto vaginal complicado⁴;

- ▶ após o despreendimento do polo cefálico, sustentá-lo com uma das mãos, secar o rosto e a cabeça, colocando a touca para mantê-lo aquecido; aguardar a próxima contração, a rotação externa e o despreendimento das espáduas e do tronco, apoiado com ambas as mãos;



⁴ Segundo a OMS, a episiotomia não é mais recomendada como procedimento de rotina. Não há evidência de que a episiotomia de rotina diminua o dano ao períneo, evite prolapso vaginal ou a incontinência urinária. Na realidade, a episiotomia está associada ao aumento de lacerações de terceiro e quarto graus e subsequente disfunção do músculo esfíncter anal (OMS. Manejo das Complicações na Gestação e no Parto. Tradução Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2005).

- ▶ é importante, após a saída da cabeça, verificar a existência de circular de cordão; na presença de circular, desfazê-la se estiver frouxa; caso contrário, realizar o pinçamento duplo e secção imediata entre as duas pinças;



- ▶ o recém-nato deve ser colocado no ventre materno, com o apoio da mulher para promover o contato pele a pele e a manutenção da temperatura corporal; manter o RN em contato direto com a mãe na primeira hora de vida, separando-o nos casos estritamente necessários; o recém-nato deve ser levado ao seio materno na primeira meia hora pós-parto, incentivando o vínculo mãe-bebê e o aleitamento materno;

- ▶ o pinçamento e secção do cordão pode ser postergado até a cessação dos batimentos do funículo, caso o recém-nato esteja rosado, com tônus muscular satisfatório e respirando bem;

- ▶ a assistência à dequitação deve ser sem movimentos bruscos; a partir da avaliação clínica, respeitar o tempo de cada mulher;

- ▶ realizar a revisão do canal vaginal;

- ▶ proceder aos cuidados de enfermagem ao recém-nascido; na Casa de Parto, todos os cuidados serão realizados pela enfermeiras obstétricas;

- ▶ após o parto, descrever em impresso próprio todo o procedimento, identificando-se com nome legível, assinatura e carimbo; orientar a puérpera para o autocuidado e aleitamento; o cuidado deve ser contínuo e integrado, portanto evitar um grande número de informações que ainda estão sendo processualmente absorvidas.

Durante o trabalho de parto e parto, o profissional de nível técnico de enfermagem tem uma importante participação e os seguintes cuidados devem ser observados:

- ▶ sempre se apresentar à mulher e seu acompanhante quando entrar no box (sala PPP) ou quando for realizar algum procedimento;

- ▶ verificar os sinais vitais, dando especial atenção à pressão arterial e temperatura;

- ▶ registrar em impresso próprio (folha de prescrição, no local de observações de enfermagem) a evolução com os dados de admissão, todos os procedimentos realizados, as ocorrências e intercorrências com a usuária;

- ▶ orientar a mulher e seu acompanhante quanto às normas e rotinas da instituição;

- ▶ acompanhar as enfermeiras durante os procedimentos realizados com a parturiente, quando necessitarem de auxílio;

- ▶ comunicar à mulher, sempre, sobre os procedimentos que serão realizados;

- ▶ preparar e administrar medicamentos, conforme prescrição;

- ▶ repor, quando necessário, o material esterilizado nas salas de parto;

- ▶ dar apoio emocional à mulher e seu acompanhante durante este momento;

- ▶ auxiliar a locomoção da parturiente, quando necessário;

- ▶ encaminhar e auxiliar na higiene corporal, quando for o caso;

- ▶ proceder à higiene corporal no leito, sempre que necessário;

- ▶ estimular a parturiente a deambular e movimentar-se fora do leito, quando indicado pela enfermeira obstetra;

- ▶ incentivar a parturiente e seu acompanhante na utilização das tecnologias de cuidados;

- ▶ preparar e organizar a sala de parto para o atendimento à parturiente, seguindo os seguintes passos: montar e forrar a cama PPP; forrar e montar a unidade de cuidados intermediários (UCI) com clamp para o cordão umbilical, sonda de aspiração nº 8, 1 par de luvas estéreis e borrachas de látex; verificar o funcionamento da UCI, do sistema de aspiração, do sistema de oxigênio, do laringoscópio infantil e doambu; verificar a presença da caixa de parada do RN;

- ▶ abrir o material estéril no momento do parto e auxiliar a enfermeira no que for necessário;

- ▶ verificar os sinais vitais após o parto;

- ▶ realizar os cuidados imediatos com o recém-nato (pesar, medir, administrar vitamina K, administrar a vacina contra hepatite B e a credeização);

- ▶ orientar a puérpera quanto ao aleitamento materno, estimulando a amamentação; atentar para os casos em que tal procedimento é contraindicado⁵;

- ▶ registrar os cuidados em impresso próprio e encaminhar a puérpera e seu bebê ao alojamento conjunto, após a comunicação prévia com o setor de destino.

⁵ De acordo com o Ministério da Saúde, o aleitamento materno é contraindicado nos casos em que a mulher é sabidamente portadora do HIV e/ou HTLV.

PROCEDIMENTOS E CUIDADOS DURANTE O PRIMEIRO ESTÁGIO DO PARTO: TRABALHO DE PARTO

O local destinado à atenção ao trabalho de parto e parto é fundamental para o sucesso deste processo. Portanto, proporcionar um ambiente acolhedor, organizando o local, tornando-o agradável e seguro para a mulher, tem como objetivo diminuir a ansiedade, insegurança, além de facilitar a presença do acompanhante.

Pouca luminosidade, aromas, música ambiente suave, cores em tons claros, pouca movimentação de pessoal, aquecimento físico do ambiente e a privacidade, transmitem à parturiente e seu acompanhante respeito e segurança. Quando a mulher se sente segura e tranquila, o córtex primitivo é ativado, ocorre a liberação de ocitocina e endorfinas, propicia qualidade de relacionamento entre a parturiente e seu cuidador, diminuindo a quantidade de informações (ODENT, 2002a).

Outro aspecto a ser observado no acompanhamento do trabalho de parto e parto é garantir à mulher o direito de ter um acompanhante de sua escolha. A presença do acompanhante reduz o estresse e a ansiedade, libera ocitocina e endorfina, acelera o trabalho de parto, aumenta a segurança da mulher, diminui a necessidade do uso de analgesias e reduz a ocorrência de distócias (OMS, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O registro no prontuário do acompanhamento do trabalho de parto é realizado através do partograma. A partir de 1994, a OMS tornou obrigatório o uso do partograma nas maternidades.

Trata-se de um precioso documento, em que os dados registrados colaboram muito para a eficácia do acompanhamento da evolução do trabalho de parto, bem como auxilia na precisão do diagnóstico das alterações e na tomada de conduta apropriada nos diferentes casos, contribuindo também para evitar intervenções desnecessárias. Para obter tal resultado, as anotações devem ser concisas e evidentes.

O uso do partograma facilita no acompanhamento do trabalho de parto, permite que profissionais envolvidos tenham uma visão fidedigna dos momentos anteriores à sua atuação, facilita a passagem de informação decorrente da mudança de plantão e garante a qualidade da assistência prestada à parturiente.

Para atingir o efeito desejado, convém não utilizá-lo na fase latente do trabalho de parto.

O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto, no qual são registradas a frequência cardíaca fetal (FCF), a dinâmica uterina (DU), as condições da bolsa das águas e líquido amniótico (LA), a infusão de líquidos. O objetivo é avaliar a evolução do trabalho de parto, identificando as alterações e auxiliando na tomada de decisões.



ETAPAS PARA UTILIZAÇÃO DO PARTOGRAMA:

1. Inicia-se o registro gráfico quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (duas a três contrações eficientes em 10 minutos, dilatação cervical mínima de 3cm). Em caso de dúvida, aguardar 1 hora e realizar novo toque: velocidade de dilatação de 1cm/hora, verificada em dois toques sucessivos, confirma o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto.
2. Em cada exame, deve-se avaliar e registrar a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição e as condições da bolsa das águas e do líquido amniótico.
3. Ausculta sistemática da frequência cardíaca fetal, antes, durante e após as contrações uterinas deve ser devidamente registrada, assim como a dinâmica uterina, a infusão de líquidos e drogas, uso de analgesia e pressão arterial materna.

As tecnologias não invasivas de cuidado da enfermagem obstétrica abrangem todos os procedimentos, as técnicas e conhecimentos utilizados pelas enfermeiras no processo de cuidado (NEVES e VARGENS, 2001) e se caracterizam pela utilização de técnicas não invasivas que resgatam o feminino no parto (MEDINA, 2003). Segundo Torres (2005), envolvem três ideias: cuidado, prática e procedimentos, acrescentando a elas a característica fundamental de não invasão do corpo, da mente e da privacidade do ser.

No acompanhamento do trabalho de parto, as tecnologias de cuidado são utilizadas com vários objetivos, aqui reunidos em torno de três eixos que, na prática, se complementam: ativar o trabalho de parto, aliviar a dor, auxiliar na descida e rotação interna. Estão descritas também três práticas de uso frequente que devem ter indicação precisa: amnioscopia, amniotomia e o uso de ocitocina exógena.

Seguem descritos os cuidados que a enfermagem obstétrica tem usado como recurso durante a fase de dilatação da cérvix uterina, período delicado e fundamental para a chegada à próxima etapa do processo, que é a fase de expulsão do feto. São procedimentos e cuidados realizados nas maternidades da SMSDC e foram elaborados e discutidos com muito empenho. Trata-se de um primeiro consenso do grupo elaborador e indica uma importante conquista na busca de uma atenção ao parto normal hospitalar com uma tecnologia adequada, com vistas à autonomia feminina.



1- ATIVAR O TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto divide-se clinicamente em três períodos (OXORN, 1989): dilatação cervical, a expulsão do feto e a dequitação, acrescido do período de Greemberg (DELASCIO, 1994).

O período de dilatação é dividido em duas fases: latente e ativa. Oxorn (1989) descreve a de latência como um período em que as contrações estão se tornando mais coordenadas, fortes e mais eficientes e o colo mais amolecido, flexível e elástico. Segundo o CLAP (1996), dois terços do tempo total que dura o período de dilatação são utilizados durante esta fase. A fase ativa começa quando a dilatação cervical atinge 3 a 4cm. Oxorn (1989) a define como a de dilatação cervical rápida. Para que ocorra a dilatação, o apagamento e a descida do feto é necessário que haja contrações uterinas eficientes. Rezende (2006) esclarece que estas contrações encurtam o corpo uterino, tracionando longitudinalmente o segmento inferior, que se expande. A frequência da contratilidade uterina aumenta à medida que evolui o trabalho de parto, sendo maior em sua fase ativa. Fuente (2000), ao citar os estudos de Caldeyro-Barcia (1979), Flynn *et al.* (1978), Arroyo e cols. (1976), demonstrou que a frequência da contratilidade uterina aumenta quando a parturiente assume a posição vertical. Tais autores evidenciaram em suas pesquisas que, na posição vertical, as contrações apresentam menos irregularidades em sua forma e ritmo.

O principal hormônio responsável pelas contrações uterinas é a ocitocina, chamado por Odent (2000a) como o hormônio do amor. A ocitocina é secretada pelo hipotálamo, é isolada pela hipófise posterior e liberada na corrente sanguínea, em circunstâncias específicas e descontínuas. Entre estas circunstâncias, Odent (2000a) cita a relação sexual, a amamentação e o trabalho de parto. O autor cita também a necessidade que a

parturiente tem de se sentir segura. Quando isso não ocorre, acontece a liberação de adrenalina, que ativa o neocórtex, que funciona como trava, interferindo na liberação de ocitocina.

Deambulação durante o trabalho de parto

Caminhar livremente durante o trabalho de parto, em área determinada, sempre que possível com o acompanhante de sua escolha. Tem como objetivo ativar o trabalho de parto e auxiliar a descida e rotação do feto.

Utilizar o espaço livre da sala PPP, do próprio pré-parto, ou espaço reservado para a movimentação da parturiente (jardim, jardim de inverno, sala de relaxamento) para incentivar a deambulação da parturiente.

Quando a mulher deambula durante o trabalho de parto, a ação uterina é mais eficiente. Na contração, as paredes uterinas encurtam-se e impulsionam o feto para baixo. Os ligamentos redondos, que também contraem junto com a contração uterina, tracionam o fundo uterino para diante, colocando o eixo longitudinal uterino no eixo da escavação pélvica e para baixo, aproximando o fundo da pelve (OXORN, 1989).

No momento da contração, a melhor posição para a mulher é a vertical, com o corpo inclinado para diante. Durante a deambulação, a parturiente poderá ser estimulada a realizar movimentos pélvicos para auxiliar na liberação de ocitocina (BALASKAS,1991).

Massagens no abdômen com óleo de canela

As massagens no fundo uterino, com óleo de canela, nos intervalos das contrações têm por objetivo ativar o trabalho de parto, estimulando as contrações uterinas através do toque e da propriedade da canela. Pode-se usar, como recurso, o óleo vegetal com essência de canela. Óleos de origem mineral não estão indicados. Deve-se, então, massagear todo o abdome e principalmente o fundo uterino, aplicar óleo nas mãos e realizar movimentos circulares e de cima para baixo.

Quando se realiza massagem no fundo uterino, o toque e o movimento ajudam a mulher a sentir segurança e conforto com o profissional que a assiste, favorecendo o vínculo, estimula-se a liberação de ocitocina, que promove as contrações. Testar na face interna do antebraço para observar possíveis reações alérgicas à canela.

2- ALÍVIO DA DOR

O alívio não farmacológico da dor ajuda a manter o processo na sua dimensão fisiológica ao retorno da fisiologia do parto. Segundo Guyton (1976), a estimulação de fibras não dolorosas - aferências sensitivas mecanorreceptores - pode suprimir os sinais dolorosos, assim como fortes sinais condicionados do cérebro (nociceptores), o que poderia explicar a eficiência do calor da água do banho, das massagens e da respiração no alívio da dor. Outra ação é estimular a produção de endorfinas, que são analgésicos naturais (BALASKAS,1993; ODENT, 2002).

Massagear as parturientes

Realizar massagens com as mãos ou aparelho próprio, em áreas dolorosas do corpo, como a região cervical e lombar, ombros, ou mesmo em regiões de preferência da mulher. O objetivo é diminuir a tensão, o medo e a sensação dolorosa; oferecer conforto, demonstrar interesse e atenção, estimulando uma parceria com a parturiente e ajudá-la a vincular-se a si e à sua experiência atual.

Os recursos são as mãos do profissional de saúde ou do acompanhante; óleos vegetais aromáticos e relaxantes e aparelhos massageadores.

As etapas sugeridas para realização das massagens são:



▶ massagear a região sacral e lombar durante os intervalos da contração, de acordo com a aceitação e preferência da parturiente;

▶ usar a palma das mãos, começando do centro, fazendo movimentos lentos em direção às laterais, ou para baixo em direção às coxas, orientando-a a respirar profundamente;

▶ massagear, com a ponta dos dedos, outras regiões não dolorosas, que sejam relaxantes para a parturiente, como pés, região cervical e pelve;

▶ Nesses movimentos, pode-se usar um massageador.



O processo de tocar e massagear a mulher no momento do trabalho de parto, ativa o córtex primitivo, libera ocitocina e endorfina, ativa os mecanorreceptores atuando no portal da dor, relaxa a musculatura tensionada e permite a troca

de calor, fortalecendo a relação de confiança entre o profissional e a parturiente.

Estimular a respiração consciente

Deve-se orientar a parturiente a inspirar pelo nariz e expirar pela boca durante as contrações uterinas, de maneira atenta e pausada. O profissional pode acompanhá-la, respirando da mesma forma simultaneamente. Evitar falar durante a respiração. Olhar nos olhos da mulher, lembrá-la de respirar sempre que ela estiver saindo do seu centro e perdendo a confiança na sua capacidade de vivenciar o trabalho de parto.

Os objetivos são: diminuir a tensão, o medo e a sensação dolorosa; favorecer o vínculo com a mulher e ajudá-la a vincular-se a si e à sua experiência atual. Ajudar a mulher a centralizar, voltando-se para seu interior.

O profissional pode estimular a participação do acompanhante.

Aspersão ou imersão em água morna

Utilizar os efeitos da água morna sobre o corpo durante o trabalho de parto. Tem como objetivo proporcionar conforto à mulher em trabalho de parto e relaxamento muscular; facilitar a dilatação, a introspecção e estabelecer um padrão de contração efetivo, com diminuição da sensação dolorosa (ODENT, 2002; BALASKAS, 1993).

De acordo com os recursos disponíveis, usar a água morna no chuveiro, banheira, piscina ou hidromassagem.

As etapas do uso da água são:

- ▶ Encaminhar a mulher para a água na fase ativa do trabalho de parto, ou seja, quando as contrações forem frequentes e eficazes, já que o efeito produzido pela água pode inibir as contrações uterinas, se a mulher estiver na fase latente.
- ▶ No chuveiro, onde não há imersão, este momento pode ser antecipado, pois o efeito é menor e este contato com a água acalma e possibilita uma evolução mais rápida do trabalho de parto. Vale ressaltar que esta avaliação do momento ideal deve ser individualizada, de acordo com as necessidades de cada parturiente e estando atenta aos resultados.





▶ Dentro da água, a mulher deve sentir-se livre para assumir várias posições, principalmente no momento das contrações e também utilizar a bola Suiça, que associada à água aumenta sua eficácia.

A utilização da água minimiza a sensação de medo e ansiedade, favorecendo a produção de endorfinas e ocitocina endógena.

Aplicação de gelo para alívio da dor e redução do edema

O uso do gelo funciona diminuindo o fluxo sanguíneo local, tornando a transmissão de impulsos dos neurônios aferentes mais lenta, levando à diminuição das sensações (dormência). Diminui a temperatura da pele e músculo (Enkin *et al*, 2005).

Usar gelo ou bolsa de gelo em áreas edemaciadas e/ou com dor local. O objetivo é reduzir o edema de colo, períneo e vulva; minimizar a sensação dolorosa em áreas como a região lombar. É possível usar o gelo em luva com gelo e bolsa ou saco de gelo.

As formas do uso do gelo são:



▶ colocar pequenos pedaços ou cubos de gelo direto no colo uterino, nos casos de edema;

▶ colocar a bolsa ou saco de gelo de forma intermitente, em áreas nas quais a parturiente indique maior sensação dolorosa ou com presença de edema. Sempre que possível, solicitar a ajuda do acompanhante.

3- AUXÍLIO NA DESCIDA E ROTAÇÃO DO FETO

No trabalho de parto, o feto realiza vários movimentos durante sua progressão pelo canal pélvico. Estes movimentos permitem suas acomodação, rotação e extensão do polo cefálico, sempre que necessário para vencer as dificuldades deste caminho. A mulher no trabalho de parto, em sintonia com seu bebê, movimentará seu corpo de forma instintiva, para facilitar estes mecanismos. Quando necessário, a enfermeira obstétrica

poderá estimular a movimentação pélvica, com o objetivo de facilitar os mecanismos do feto, relaxar a musculatura pélvica e liberar as tensões que possam estar dificultando esta progressão.

Exercício com a bola Suíça

São exercícios realizados com a mulher sentada sobre a bola, durante o trabalho de parto. Tem como objetivo proporcionar relaxamento da musculatura lombar e perineal através da massagem do assoalho pélvico. Movimentar as articulações do quadril e região lombar. Utilizar bola em tamanho variado; usá-la com a parturiente sentada e seus pés devem tocar o chão e, desta forma, ajustar o tamanho da bola à usuária.

Etapas e recomendações para exercícios:

A utilização da bola deve:

- ▶ ser inflada firmemente para que o contato com as tuberosidades isquiáticas seja completo;
- ▶ ser limpa com água e sabão, e realizar desinfecção com álcool a 70%, após cada uso;
- ▶ ser proporcional ao tamanho da mulher;
- ▶ A mulher deve se sentar com os membros inferiores abertos e os pés totalmente apoiados no chão para lhe dar mais conforto e segurança;
- ▶ Os dois exercícios indicados no momento do trabalho de parto são: movimento circular da bacia, como se rebolesse em cima da bola e movimentos para frente e para trás, mobilizando somente a bacia;
- ▶ A bola também pode ser utilizada embaixo do chuveiro, realizando os mesmos movimentos;
- ▶ Pode ser usada embaixo do chuveiro, associada à massagem lombar ou cervical, aliviando a sensação dolorosa. Auxilia na rotação interna e na progressão do feto no canal do parto;
- ▶ É importante associar os exercícios à respiração e massagens, especialmente no momento das contrações.



Os exercícios diminuem a sensação dolorosa, aumentam a dinâmica uterina, auxiliam na rotação e descida fetal, aumentam a cérvico-dilatação e o aporte de oxigênio para o feto.

Uso do banquinho



Utilizar o banquinho na fase final do trabalho de parto. Tem como objetivo auxiliar a finalização da descida e rotação fetal. Pode ser usado um banquinho comum ou um mais adequado ao trabalho de parto, pois tem a forma de U. Este último, ao ser utilizado, deixa livre a reação vulvo-perineal.

A indicação para o uso se dá quando a mulher atingir os 8cm de dilatação e o feto ainda necessitar fazer o processo de descida. Este, quando em formato apropriado, pode também ser utilizado para o momento do nascimento.

A parturiente deve sentar-se com os membros inferiores abertos, de forma confortável -sozinha ou com apoio -, sempre acompanhada do profissional. A banqueta deve ser forrada para uso individual e providenciada sua higienização após o uso.

A mulher fica numa posição bem próxima do cócoras e na vertical, o que aumenta a prensa abdominal e o aporte de oxigênio para o feto, As contrações tornam-se mais eficazes, a descida e a rotação são favorecidas. Pode ser associada a movimentos respiratórios e a massagens, o que minimiza a sensação dolorosa (SABATINO, 2000; BALASKAS, 1991).

Movimento de bamboleio da pelve

Estimular a parturiente a realizar movimentação ativa da pelve de forma circular. O objetivo é favorecer a descida e rotação do feto, auxiliando o deslocamento do bebê dentro da pelve, ativação do trabalho de parto e liberação de endorfinas.

Incentivar a mulher a movimentar a pelve de um lado para o outro e em movimentos circulares, como se estivesse usando um bambolê. Este movimento circular também pode ser realizado com a usuária sentada na bola suíça.

Balaskas (1991) afirma que, quando a mulher deixa-se guiar pelo seu instinto, procura movimentar-se, seguindo o ritmo das contrações, movendo a pelve para frente e para trás, de um lado para o outro ou em movimentos circulares. Esses movimentos servem para facilitar o encaixe, a descida e a rotação do feto no canal de parto. Para Odent (2000), quando

a mulher usa o córtex primitivo, esses movimentos afloram com mais intensidade e liberam naturalmente um coquetel de hormônios, dentre os quais ocitocina e endorfinas.

Utilização do rebozo⁶

Usar o xale ou lençol e envolver a pelve, mantendo-o ajustado na região das cristas ilíacas. Realizar movimentos, sincrônicos para um lado e para outro, movendo a pelve para direita e esquerda para posicionar adequadamente o feto. Tem como objetivo corrigir a posição da cabeça fetal quando este encontra-se em posições posteriores, direita persistente, flexão incompleta e assinclitismo persistente.

Segue as etapas do processo: assinclitismo e flexão incompleta – com a parturiente de pé ou em quatro apoios realizar o movimento; rotação da cabeça fetal em occipito posterior ou direita persistente – realizar o mesmo movimento com a parturiente em posição genu-peitoral ou quatro apoios.

Obs:Aguardar o intervalo das contrações para realizar o movimento.

Uso da posição de quatro apoios

Incentivar a mulher, em determinados momentos do trabalho de parto, a assumir a posição de quatro apoios (manter-se apoiada em uma superfície firme e segura com joelhos e cotovelos ou mãos, posição para engatinhar).

O objetivo desta posição é auxiliar a rotação do feto quando este encontra-se em variedades posteriores e direitas persistentes, e também diminuir o edema de colo. Em quatro apoios, é possível diminuir a pressão que a cabeça fetal faz no colo e na face interna das estruturas da bacia, pois amplia os diâmetros da pelve, facilitando a rotação e diminui a pressão nas víceras maternas; deixa o corpo do feto mais liberado para o movimento, possibilitando encontrar um melhor ajuste na bacia da mãe.

A sequência do processo se inicia quando a parturiente é aconselhada a assumir a posição de quatro apoios, ao ser identificado pelo profissional



⁶ Xale que faz parte do vestuário tradicional de mulheres em países da América Latina. Rebozo é um xale usado por parteiras tradicionais e profissionais mexicanas, sendo suas indicações e método de aplicação divulgado desde 2002, no Congresso *Ecologia do Parto e Nascimento*, ocorrido no Rio de Janeiro, pela Parteira Profissional Naoli Vinaver Lopez. Disponível em: www.nacimientonatural.com.

sua indicação durante o trabalho de parto. Por muitas vezes, quando a usuária sente-se confortável e livre, espontaneamente assume esta posição. A equipe que acompanha deve procurar não interrompê-la, mas apoiá-la em sua escolhas. Ela pode ficar nesta posição sobre a cama PPP e podem ser utilizadas almofadas, travesseiros e suave encosto para apoiar a parte superior do corpo e deixar a pelve livre sem apoio.

Decúbito lateral com pernas flexionadas

Posicionar a parturiente em decúbito lateral esquerdo, com flexão e elevação da perna direita, no final do trabalho de parto. A parturiente poderá ficar nesta posição até o período expulsivo. O objetivo é favorecer a descida e rotação fetal e aliviar a sensação dolorosa (BALASKAS, 1991).

Esse exercício, além de favorecer a rotação e descida fetal, aumenta o espaço da pelve pela compressão da crista íliaca, diminuindo o risco de lacerações perineais provocadas por seu alongamento no momento do período expulsivo.

As etapas para realização do exercício são: a parturiente é estimulada a se posicionar em decúbito lateral esquerdo e, durante a contração, a perna direita deve ser flexionada e elevada, mantendo a perna esquerda apoiada no leito. Este movimento tem que ter o auxílio do profissional que está acompanhando a mulher ou do próprio acompanhante, quando devidamente orientado.

4- AMNIOSCOPIA

A amnioscopia é um método endoscópico, proposto por Saling, a partir de 1961, que permite o exame visual do líquido amniótico através do amnoscópio. É um exame proposto para contribuir com a avaliação do risco fetal e perinatal. Inicialmente, por vários anos, usava-se um amnoscópio de metal vazado, tendo em seu interior uma fonte de luz indireta. Este procedimento foi alvo de críticas e sofreu várias modificações. O modelo atual é de acrílico, provido de fonte de iluminação e lente especialmente projetada para visualização de grumos e escala de cores para comparação e diagnóstico das condições do líquido amniótico (LARA & cols, 2003).

Com o intuito de diminuir o desconforto para a parturiente e a ser utilizado nas fases iniciais da dilatação cervical, foi idealizado o amnoscópio

óptico em 2004, que é caracterizado por possuir o menor diâmetro de ponta (10mm) dentre todos os existentes no mercado. O amnioscópico óptico possui um tubo de acrílico, uma fonte de luz própria e um sistema de captura de imagem, e devido ao seu menor diâmetro e menor custo é uma inovação para a obstetrícia.

É necessário a mesa ginecológica ou a cama PPP, pois a gestante será colocada em posição ginecológica, além de escada com três degraus, banco giratório, luvas descartáveis e o amnioscópico óptico. O procedimento que se segue é: introduzir por via vaginal o amnioscópico óptico dentro da cérvice uterina, que deve estar com dilatação de pelo menos 1,5cm, para observar as características do líquido amniótico, mantendo a integridade das membranas.

A coloração do líquido amniótico oferece uma valiosa informação sobre a saúde do feto. O líquido de cor clara com presença de grumos sugere maturidade e bem-estar fetal. A coloração esverdeada e/ou sanguinolenta sinaliza sofrimento fetal. Nestes casos, a comunicação e/ou encaminhamento à assistência médica torna-se indispensável.



5- AMNIOTOMIA

Amniotomia é a ruptura artificial das membranas ovulares, composta por duas camadas: âmnio (interna) e cório (externa). Poderá ser realizada no final do trabalho de parto quando a curva de dilatação e/ou descida do polo cefálico permanece estacionada e alcança a curva de ação do partograma. O material necessário é o amniótomo, uma comadre e luva de procedimento. São as etapas do procedimento:

- ▶ Deitada em posição ginecológica, introduzir o amniótomo entre os dedos, no canal vaginal, até o contato com as membranas, onde será feito um orifício. Aguardar o escoamento do líquido amniótico antes de encerrar o toque e avaliar sua característica. Deve-se evitar romper as membranas no ápice da contração e, ao concluir o exame, certificar-se da posição do polo cefálico; a ausência de cordão umbilical entre a cabeça fetal e a parede vaginal e avaliar os batimentos cardíacos fetais.
- ▶ Em condições normais, as membranas conservam-se íntegras até a dilatação completa em 75% dos casos, e sua ruptura artificial (amniotomia) deve ter indicação precisa, pois está associada a uma série de riscos, tanto maternos como fetais (CLAP, 1996; OMS, 1996).

6- USO DE OCITOCINA



Hormônio sintético que aumenta a frequência e a intensidade das contrações uterinas. É utilizado para indução do trabalho de parto com índice de Bishop favorável na amniorrexe precoce em gestação a termo; corrigir a dinâmica uterina no trabalho de parto evidenciado pelo partograma; ajudar na dequitação; promover a contração uterina em caso de hipotonia no pós-parto. Neste caso, a ocitocina apresenta-se em ampolas com 5UI, e são necessários os seguintes materiais: equipo de soro, cateter intravenoso de nº 18 ou 20, esparadrapo, algodão, luvas de procedimentos, garrote, gel inerte. Além dos equipamentos: suporte de soro, bandeja de inox, sonar Doppler.

Quando a ocitocina é usada para induzir ou acelerar o trabalho de parto, a via preferencial é a venosa, pelo melhor controle que esta via permite. São adicionados 5UI de ocitocina em 500 ml de solução intravenosa. A dose a ser administrada pode ser controlada através do gotejamento desta solução, devendo ser iniciado bem lentamente, com 4 gotas/min para testar a sensibilidade da paciente, dobrando o gotejamento a cada 30 minutos até que as contrações uterinas se tornem regulares.

Quando a ocitocina é indicada para o pós-parto, a via poderá ser intramuscular (IM) ou endovenosa (EV). A ocitocina IM deve ser utilizada após o nascimento, com o objetivo de auxiliar a dequitação e manutenção do globo de segurança, na dose de 10UI. No caso de acretismo placentário ou hemorragia pós-parto, há indicação do uso EV, 10UI diluído em 500ml de SG a 5%.

Estes procedimentos estão fundamentados nos manuais e informes técnicos do Ministério da Saúde, e visam à redução dos agravos.

PROCEDIMENTOS E CUIDADOS DURANTE O SEGUNDO ESTÁGIO DO PARTO (PARTO/NASCIMENTO)

O momento do nascimento é ímpar para cada mulher e família. O profissional que a assiste deve estar atento às suas necessidades individuais, valorizando sua cultura, suas escolhas e a fisiologia do nascimento. O objetivo da assistência ao parto normal é “ter uma mãe e uma criança

saudáveis, com o menor nível de intervenção compatível com a segurança” (OMS, 1996).

Optamos por descrever os cuidados em dois eixos: as posições e local do nascimento e manejo das intervenções no períneo. Em muitos momentos, trata-se de uma atitude de observação do comportamento da parturiente e respeito às suas escolhas e, em outros, auxiliá-la a buscar posições facilitadoras quando se está diante de uma cena de esforço da mulher durante um determinado tempo para alcançar o objetivo: o nascimento do seu bebê, que, para os profissionais, é descrito como expulsão do feto. A delicadeza e intensidade emocional e da fisiologia endócrina deste estágio do parto leva a reforçar a importância do ambiente com baixos estímulos traduzidos por pouca intervenção verbal, luminosidade, cheiros ativos, e a temperatura do ambiente agradável para a mãe, levando em conta que, para o nascimento do bebê, a temperatura deve ser próxima à temperatura do corpo materno.

A posição assumida no nascimento é essencial para determinar a duração e a eficácia deste momento. A OMS (1996) recomenda que a mulher tenha a livre escolha de posição e cabe à enfermeira mostrar as várias possibilidades e estimular que a mãe perceba suas necessidades.

1- POSIÇÕES VERTICALIZADAS

Posição vertical

A mulher se posiciona com as costas elevadas em ângulo de 45 a 90°, com a pelve apoiada ou suspensa, sustentando o corpo com os pés apoiados em peseiras ou direto na superfície (em pé, de joelhos, sentada, de cócoras).

Aqui, serão descritas três posições possíveis: vertical, semivertical e de cócoras. Na posição vertical, a mulher se coloca com as costas elevadas em ângulo de 90°, apoiada sobre os ísquios, com a região sacrococcígea suspensa e os pés apoiados nas peseiras ou sobre a cama de parto. Na posição semivertical, a mulher se posiciona com as costas elevadas em ângulo de 45°, com a região sacrococcígea apoiada sobre a cama, com os pés apoiados nas peseiras ou na cama de parto. De cócoras, a mulher se posiciona agachada, apoiada sobre os pés, podendo ser sustentada pelo

acompanhante ou alguém da equipe, estar sentada em banquinho meia lua, escada de dois degraus ou banco de até 45cm de altura.

Estas posições possibilitam: a realização de massagens nas costas; melhoram a oxigenação do feto; favorecem a ação da gravidade na descida do feto; encurtam o ângulo de descida; ampliam os diâmetros da pelve em 25%, e, com a pelve suspensa, permite liberar o sacro e cóccix; necessitam de menos esforços expulsivos; facilitam a rotação e a descida; auxiliam o tronco a empurrar o fundo uterino (vantagem mecânica) (SABATINO *et al*, 2000; BALASKAS, 1991; LOWDERMILK *et al*, 2002). A posição de cócoras irá auxiliar quando houver metrossístoles esparsas, descida lenta do polo cefálico, acavalgamento das suturas e presença de bossa (SABATINO *et al*, 2000; BALASKAS, 1991).

O desejo pela posição verticalizada deve ser respeitado pelo profissional que a acompanha, e estimulado quando identificada que a posição auxiliará o nascimento do bebê.

Deve-se oferecer à mulher o posicionamento verticalizado, informando seus benefícios no momento adequado, caso ela não tenha feito a escolha por ele. As etapas do posicionamento são descritas como:

- ▶ Auxiliá-la no posicionamento na fase de iminência da expulsão;
- ▶ Possibilitar que a mulher levante e solte os quadris após as contrações uterinas;
- ▶ Realizar a proteção perineal;
- ▶ Controlar a saída lenta do polo cefálico.



Posição ginecológica modificada

A mulher se posiciona deitada, com os membros inferiores totalmente fletidos para cima do abdômen, ampliando os diâmetros do estreito inferior. Deve-se oferecer à mulher a posição ginecológica modificada, informando seus benefícios no momento adequado, caso ela não tenha

feito a escolha por ele. Este posicionamento está indicado quando: o feto estiver nas posições posteriores; na descida lenta da apresentação; no acavalgamento das suturas; na presença de bossa; na distócia de ombro. Seguem as etapas da posição:

- ▶ Auxiliá-la no momento da contração, ajudando a fletir os membros inferiores no final do período expulsivo;
- ▶ Oferecer travesseiros, almofadões, suave encosto ou a bola suíça para apoio;
- ▶ Realizar a proteção perineal;
- ▶ Controlar a saída lenta do polo cefálico;
- ▶ Fazer pressão suprapúbica em caso de distócia de ombro e auxiliar na rotação externa do polo cefálico.

Posição de pé

A mulher se posiciona de pé, com os joelhos levemente fletidos, apoiada pelas costas por um acompanhante ou membro da equipe.

Esta posição permite usufruir da ação da gravidade durante e entre as contrações; favorece as contrações menos dolorosas e mais eficazes; propicia o alinhamento do feto com o eixo da pelve; pode aumentar a sensação de puxo no 2º estágio. Na posição de pé, o peso da mulher repousa sobre as duas cabeças do fêmur, permitindo que a pressão no acetábulo provoque aumento de 1cm do diâmetro transversal da saída da pelve (LOWDERMILK *et al*, 2002).



Este posicionamento está indicado quando houver metrossístoles esparsas, descida lenta do polo cefálico, acavalgamento das suturas e presença de bossa. O desejo pela posição de pé deve ser respeitado pelo profissional que a acompanha e estimulado quando forem identificadas alterações no padrão fisiológico do parto.

2- POSIÇÕES HORIZONTALIZADAS

A mulher se posiciona horizontalmente, podendo manter-se lateralizada, em quatro apoios ou ginecológica modificada. A posição supina é contraindicada, pois comprime a veia cava inferior, reduzindo o fluxo sanguíneo útero-placentário, podendo levar à hipóxia fetal.

Estas posições ajudam a reduzir a pressão nos grandes vasos, possibilitam maior aporte sanguíneo e de oxigênio para o feto, favorecem a progressão do feto sem trauma, são úteis para reduzir um 2º estágio muito acelerado, oferecem descanso para a parturiente, permitem o movimento do sacro no 2º estágio, aliviam as dores nas costas, auxiliam a rotação interna do polo cefálico, permitem balançar a pelve e realizar movimentos corporais, aliviam a pressão nas hemorróidas, facilitam o nascimento dos ombros, diminuem a pressão do polo cefálico sobre o colo (LOWDERMILK *et al*, 2002; BALASKAS, 1991).

O material a ser utilizado como apoio poderá ser: a cama PPP, pufe, cama de parto, travesseiros, almofadões, suave encosto.

Posição lateralizada

A mulher se posiciona em decúbito lateral, com os membros inferiores fletidos até liberar todo o períneo, durante a contração uterina. Este posicionamento está indicado quando houver metrossístoles frequentes e favorece uma descida do polo cefálico de forma fisiológica. São etapas do processo:

- ▶ Oferecer à mulher posicionamento lateralizado, informando seus benefícios no momento adequado, caso ela não tenha feito a escolha por ele;

- ▶ Auxiliá-la no posicionamento lateralizado durante o trabalho de parto e no final do período expulsivo;

- ▶ Ajudar na flexão do membro inferior que está por cima, apoiando com as mãos ou estimulando que a própria mulher segure na região poplíteia, puxando o membro em direção ao tronco, abduzindo-o durante as contrações e, após, deixando-o em repouso;

- ▶ Realizar a proteção perineal no período expulsivo;

- ▶ Controlar a saída lenta do polo cefálico.

Posição de quatro apoios

A mulher se posiciona com os quatro membros apoiados sobre a cama, no cavalinho ou no colchonete. Deve-se oferecer à mulher posicionamento de quatro apoios, informando seus benefícios no momento adequado, caso ela não tenha feito a escolha por ele. Este posicionamento está in-

dicado quando o feto estiver numa posição posterior, e na presença de edema de colo (BALASKAS, 1991). Seguem as etapas dessa modalidade:

- ▶ Auxiliá-la no posicionamento no final do período expulsivo;
- ▶ Oferecer travesseiros, almofadões, suave encosto ou a bola suíça para apoio;
- ▶ Realizar a proteção perineal;
- ▶ Controlar a saída lenta do polo cefálico.

3- PARTO NA ÁGUA

É o nascimento com a mulher posicionada em imersão na água, dentro da banheira ou piscina, de forma confortável. Tem como objetivos reduzir a sensação dolorosa e de peso; auxiliar a movimentação corporal; promover ritmo eficaz à contração; estimular melhor produção de ocitocina e endorfina endógena. (ODENT, 2002a ; BALASKAS, 1991; ERNING, 2000). O material usado é: banheira ou piscina de parto, boia para apoio da cabeça da mulher, redinha para retirada de fezes, água quente, roupão ou toalha de banho. São as etapas do processo com a mulher imersa em água na banheira ou piscina de parto:

- ▶ Realizar a proteção perineal;
- ▶ Controlar a saída lenta do polo cefálico;
- ▶ Colocar o recém-nascido em contato materno;
- ▶ Promover aquecimento e avaliação;
- ▶ Após o clapeamento e secção do cordão umbilical, esvazia-se a banheira ou transfere-se a mãe para cama, onde ocorrerá a dequitação.

O desejo pelo parto na água deve ser respeitado pelo profissional que a acompanha e estimulado quando a imersão na água favorecer a correção no padrão fisiológico do parto.

4- PROTEÇÃO PERINEAL

Proteção da região perineal no momento do despreendimento fetal. O objetivo é evitar lacerações perineais. Utilizar o óleo vegetal na fúrcula e canal vaginal massageando a região durante o período em



que o polo cefálico alonga este local. No momento do despreendimento do polo, sustentar com uma das mãos a região perineal com compressa ou gaze. O uso do óleo vegetal e da proteção perineal evitam lacerações, principalmente quando associado a outras condições como por exemplo: o não estímulo externo de puxos voluntários. O material utilizado são compressas ou gaze estéril e óleo vegetal.

5- EPISIOTOMIA

O termo episiotomia, etimologicamente significa “corte do púbis” (*epi-seion* = púbis e *temno* = corte). Dados históricos remontam a 1742, quando a episiotomia foi utilizada, pela primeira vez, pela parteira irlandesa Sir Fielding Ould, com o propósito de ajudar no despreendimento fetal em partos difíceis e também como método para prevenção de lesões severas de períneo. A prática da episiotomia disseminou-se e teve seu auge com as publicações de Pomeroy, em 1918, e Delee, em 1920. Com o tempo, essa intervenção cirúrgica, que tinha uso seletivo e terapêutico, passa a ser uma intervenção profilática, indicada especialmente para primíparas (WEI, 2007).

Os efeitos benéficos *sugeridos* da episiotomia são: - *Para a mãe*: Redução da probabilidade de lacerações graves; preservação do assoalho pélvico e do músculo perineal, levando à melhora da função sexual e redução do risco de incontinência fecal e/ou urinária; redução do risco de distócia de ombro; reparo mais fácil e melhor da cicatrização de uma incisão limpa e reta do que de uma laceração; - *Para o feto*: redução da asfíxia; do traumatismo craniano e do retardo mental (ENKIN *et al*, 2000).

Os efeitos adversos *Sugeridos* da episiotomia: - Secção ou extensão da secção para o esfíncter anal ou reto; resultados anatômicos insatisfatórios, como fibromas moles, assimetria ou estreitamento excessivo do intróito; prolapso vaginal; fístulas retovaginais ou anais; aumento da perda sanguínea e hematoma; dor e edema; infecção e deiscência e disfunção sexual (ENKIN *et al*, 2000).

Os estudos controlados demonstram que não há dados científicos que apoiem o uso liberal ou rotineiro da episiotomia, muito ao contrário: **há evidências claras de que o seu uso de forma liberal causará danos.** Concebe-se a possibilidade *ocasional* de uma indicação válida e criteriosa

para a realização da episiotomia num parto normal, porém as evidências apontam para a sua prática de forma seletiva - com uma taxa de incidência em torno de 10% - e que taxas de incidência de episiotomia acima de 30% são injustificáveis perante a ciência (OMS, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; ENKIN *et al*, 2000).

A episiotomia é uma incisão na região perineal, que atinge pele, mucosa vaginal e as camadas superficiais e profundas do períneo. Os sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto, e distensibilidade insuficiente do assoalho pélvico com alteração de BCF podem ser bons motivos para realizar episiotomia (OMS,1996). O material utilizado é a lâmina de bisturi, tesoura, seringa e agulha descartáveis, anestésico (lido-caína) e gaze estéril.

O procedimento é descrito a seguir:

Após avaliação criteriosa da região perineal e de acordo com indicação precisa, deve-se aguardar o momento ideal, normalmente quando a apresentação força e entreabre a fenda vulvar, sem distendê-la demasiadamente. Com os dedos da mão esquerda, afastar as estruturas musculares da região perineal e realizar a anestesia local. Posteriormente, proceder à episiotomia com bisturi ou tesoura. Esta pode ser médio lateral ou mediana, as medianas são suturadas com mais facilidade e têm melhor cicatrização, entretanto as médio laterais são melhores na proteção do esfíncter anal e reto. Assim, a médio lateral direita é a mais utilizada.

6- EPISIORRAFIA

Trata-se da sutura das estruturas perineais, rompidas na episiotomia. Tem como objetivo reparar a região perineal para que ela retorne à sua forma anatômica inicial.

São materiais utilizados: fio de sutura absorvível, com agulhas de tamanhos diferentes, normalmente 3 e 4cm, pinça anatômica e porta-agulha.

O procedimento é descrito a seguir.

Realizar novamente anestesia do local, ser for necessário, e proceder à sutura contínua da mucosa vaginal, pontos separados para aproximação do plano muscular e, finalmente a sutura da pele do períneo com pontos simples.

Pequenas lacerações de mucosa da fúrcula vaginal ou parauretral podem ser suturadas com catgut simples 2.0 com agulha de 3cm em pontos separados e realizada anestesia com agulha de insulina para minimizar a dor local.

PROCEDIMENTOS E CUIDADOS MATERNOS NO TERCEIRO ESTÁGIO DO PARTO

Na 3ª fase do processo de parturição ocorre a separação e a expulsão da placenta. Este estágio constitui-se em período de grande risco materno e exige do profissional manter a vigilância dos sinais clínicos, em função da possível ocorrência de hemorragias no pós-parto, uma das grandes causas de mortalidade materna, especialmente em países em desenvolvimento.

A incidência de casos de hemorragia pós-parto e de retenção placentária ou de restos placentários aumenta na presença de fatores predisponentes. Mesmo em gestações de baixo risco e partos normais durante o 1º e 2º estágios coexiste a possibilidade de ocorrer hemorragia severa e/ou retenção placentária. Assim, a forma como se assiste durante o 3º estágio poderá influenciar diretamente sobre a incidência dos casos de hemorragia e na perda sanguínea decorrida desse evento.

Ao alcançar o 3º estágio do trabalho de parto, a atenção prestada deve basear-se em minimizar ou eliminar os efeitos adversos graves e interferir minimamente nos processos fisiológicos e no relacionamento mãe-bebê.

O manejo do 3º estágio envolve duas escolhas (ENKIN *et al*, 2000):

- ▶ Conduta expectante: envolve a espera vigilante que prima pela dequitação fisiológica, praticando o clampeamento tardio do cordão umbilical⁷ e intervindo somente no tratamento das complicações, caso ocorram;
- ▶ Conduta ativa ou manejo ativo do 3º estágio: baseia-se na prática rotineira de ações que visam prevenir as complicações hemorrágicas do 3º estágio, empregando-se: uso profilático e rotineiro de ocitócitos; clampeamento, secção precoce e tração controlada do cordão umbilical⁷ para desprendimento da placenta associada a pressão no fundo de útero.

⁷ Estudos e pesquisas recentes sustentam e apoiam o clampeamento tardio do cordão umbilical, ou seja, a secção do cordão somente após a cessação da sua pulsação (ocorre geralmente entre 3 ou 4 minutos após o nascimento), evidenciando que este ato previne a ocorrência de anemia ferropriva na infância (OMS, 1996). Tais estudos caracterizam o clampeamento tardio como “uma alternativa adicional de intervenção sustentável de baixo custo e estratégia segura para integrar programa que visem à redução da deficiência de ferro e anemia em crianças, especialmente nos países em desenvolvimento.” (Venâncio SI *et al*, 2008, p. s330).

No manejo da atenção durante o 3º estágio do parto, seja qual for a escolha assumida para a atenção prestada, é indispensável a revisão da integridade da placenta, dos anexos e do canal do parto.

Este trabalho trata da assistência de enfermagem obstétrica que é prestada a partos de baixo risco, em concordância com as orientações da OMS (1996) e Ministério da Saúde (2001), de que é preciso ter uma razão válida para se interferir num processo natural, como o parto. Assim, o grupo técnico de elaboração destas diretrizes concorda que há uma clara tendência da enfermagem obstétrica em optar pela conduta expectante no terceiro estágio do parto. Observamos também que ainda não há um consenso clínico nas Unidades da SMSDC. Algumas optam pelo manejo ativo; em outras, esta opção fica a cargo do profissional que atende a cada parto.

PROCEDIMENTOS E CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

Facultar aos recém-nascidos condições que os auxiliem em sua adaptação extrauterina e intervir⁸ imediatamente nos casos em que apresentem condições patológicas que coloquem em risco suas vidas.

Imediatamente após o nascimento, deve-se verificar o estado do recém-nascido que, em sua maioria, não precisam de intervenções. Na assistência ao recém-nascido normal, nada mais há que ser feito além de secá-lo imediatamente com compressas, toalhas ou campos aquecidos e promover o contato íntimo e precoce com sua mãe, imediatamente, colocando-o sobre o seu abdômen ou em seus braços e promovendo o aleitamento materno precoce (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Nos partos e nascimentos normais, enquanto se coloca o recém-nascido sobre o abdômen ou nos braços da sua mãe, mantendo-o aquecido, avalia-se seu estado geral e verifica-se a permeabilidade das vias aéreas,



⁸ Nas unidades obstétricas da SMSDC/RJ, a atenção imediata ao recém-nascido em geral é realizada por profissionais capacitados como pediatras e enfermeiros. Na Casa de Parto da SMDC/RJ, todo o atendimento, em qualquer etapa, é realizado por enfermeira obstétrica, de acordo com a portaria regulamentadora do MS 985/99.

se necessário (aplicando-se a avaliação Apgar no 1º e 5º minutos de vida)⁹. Esses cuidados são classificados como imediatos ao nascimento, a saber:

- ▶ colocar o recém-nascido sobre o abdômen ou os braços da sua mãe;
- ▶ verificar a permeabilidade das vias aéreas;
- ▶ mantê-lo aquecido;
- ▶ clampar e seccionar o cordão umbilical o mais tardiamente (a partir do 1º minuto de vida).

A seguir, serão descritos os principais cuidados e ou procedimentos com o recém-nascido sem complicações, que se aplicam aos recebidos de parto normal ou cesariana.



1- CUIDADOS IMEDIATOS COM O RECÉM-NASCIDO NORMAL

Os cuidados imediatos ao nascimento tem como objetivos promover condições indispensáveis para a manutenção do ambiente e recepção adequada do recém-nascido, como regular a temperatura corporal, promover o vínculo mãe-bebê e estimular precocemente o aleitamento materno. De acordo com o ambiente do parto, usar como recurso campos flanelados, compressas aquecidas ou em berço aquecido ou unidade de calor radiante. Sempre é bom lembrar que o melhor lugar para aquecê-lo é o colo de sua mãe.

São etapas do processo de recebimento do recém-nascido:

- ▶ Mantenha o ambiente do nascimento aquecido, pois a maior parte da perda de calor do recém-nascido ocorre nos primeiros minutos de vida. Ao deixar o calor do útero, o recém-nascido molhado perde calor imediatamente, conforme se ajusta a um ambiente bem mais frio. A perda de calor pode levar à hipotermia e risco de morte. Eles perdem calor rapidamente se estiverem molhados, não cobertos, expostos à corrente de ar ou se forem colocados em superfície fria ou próxima a ela.

⁹ **Escala de Apgar:** Elaborada pela doutora Virginia Apgar em 1953, é utilizada mundialmente e avalia a vitalidade e o grau de asfixia do recém-nascido. Deverá ser feita no 1º e no 5º minutos de vida, devendo ser repetida no 10º minuto, caso a nota permaneça baixa (< que 7). O sinal mais importante é o batimento cardíaco. O sinal de menor relevância é a cor da pele, porque o recém-nascido sofre influência da temperatura do ambiente; mesmo bebês vigorosos podem apresentar acrocianose devido à hipotermia.

- ▶ Imediatamente após o nascimento, seque o bebê com um campo aquecido, coloque-o sobre o ventre materno em contato pele-a-pele. Proteja seu polo cefálico com uma touca e mantenha-o sob outro campo aquecido. Tal atitude estimula o afeto entre mãe e bebê, possibilitando o contato olho a olho entre ambos. Logo que nascem, os bebês serão colonizados por microorganismos e será muito melhor que o sejam através da flora cutânea da mãe do que por bactérias provenientes dos profissionais de saúde ou do hospital.

- ▶ A avaliação da vitalidade do bebê (aplicação do índice de Apgar) pode ser feita sem separar o bebê da mãe.

- ▶ Identificar o recém-nascido com pulseira e/ou tornozeleira, constando nome da mãe, data, hora do nascimento e sexo, caso não sejam diferenciadas por cor (rosa para as meninas e azul para os meninos). A pulseira é dupla, com número de série igual (a menor para o bebê e a maior para a sua mãe, com os mesmos dados).

- ▶ Os demais procedimentos técnicos de rotina, como a aferição dos dados antropométricos, a credeização, a profilaxia da oftalmia gonocócica, a aplicação da vitamina K e a vacinação contra hepatite B não devem ser realizados antes do contato físico entre o recém-nascido e sua mãe, preferencialmente após a primeira hora de vida.

2- ESTIMULAR A AMAMENTAÇÃO PRECOCE

Tem como objetivo estabelecer o vínculo mãe-bebê, aquecer o recém-nascido, não interromper o ciclo que leva ao bem-estar e ao aleitamento pleno.

Etapas a serem seguidas quando o recém-nascido se mantém em boas condições de vitalidade:

- ▶ Ajudar à mãe a começar a amamentar, preferencialmente dentro da primeira meia hora após o nascimento¹⁰.

- ▶ Estimular o recém-nascido a explorar o peito da sua mãe, lambendo, cheirando e sugando na 1ª hora após o nascimento forma vínculo, facilita o processo do aleitamento materno e provoca liberação do hormônio ocitocina, que irá atuar tanto na ejeção do leite quanto na contração uterina, diminuindo a perda sanguínea no 3º e 4º períodos pós-parto.

¹⁰ Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), premiação do Ministério da Saúde a serviços que estimulam o aleitamento materno precoce e cumprem os 10 passos necessários para tal, conquistada pela maioria das unidades da SMSDC-RJ.

- ▶ Certificar-se de que o bebê está bem posicionado e preparado para mamar. Oferecer um ambiente favorável respeitando o tempo de cada mãe e bebê para um primeiro encontro, pleno que proporciona energia, nutrientes e anticorpos para a proteção no contato com o novo ambiente.

3- CREDEIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

Instilação de colírio com o objetivo de prevenir a oftalmia gonocócica em recém-nascidos. São utilizados colírio de nitrato de prata a 1% ou pomada de tetraciclina a 1% para olhos. Deve-se aguardar uma ou duas horas após o nascimento para permitir o contato visual entre mãe e bebê. *Atenção: o medicamento arde e o recém-nascido não consegue abrir os olhos, o que impedirá que seja aproveitado o período de alerta após o parto para interagir com sua mãe, caso a credeização seja feita antes deste contato.*

As etapas do procedimento são:

- ▶ lavar as mãos;
- ▶ conferir medicação de acordo com a técnica de preparo e administração de medicamento;
- ▶ colocar o recém-nascido em berço aquecido ou unidade de calor radiante;
- ▶ instilar duas gotas de nitrato de prata a 1% no saco conjuntival do recém-nascido (na pálpebra inferior). *Atenção: se instilado diretamente sobre a córnea poderá causar traumatismo ou lesão;*
- ▶ não permitir que a embalagem do colírio ou pomada toque no olho do recém-nascido;
- ▶ manipular cuidadosamente as pálpebras para espalhar a gota;
- ▶ retirar o excesso de nitrato de prata a 1% das pálpebras e da pele ao redor dos olhos com gaze embebida em água esterilizada ou boricada. *Atenção: sempre retirar o excesso da solução para não formar uma mancha marrom ou preta na pele ao redor dos olhos; nunca utilizar soro fisiológico, pois precipita os sais de prata, provocando queimadura na pele;*
- ▶ não enxáguar o medicamento dos olhos do recém-nascido. *Motivo: deve-se deixar o nitrato de prata a 1% agir logo após a instilação para que seja eficaz;*
- ▶ confortar o recém-nascido;
- ▶ registrar no seu prontuário.

OBSERVAÇÃO:

- Para armazenar os frascos do nitrato de prata a 1%, use um vidro de cor escura (âmbar), com tampas bem ajustadas, conservando ao abrigo da luz e do calor. *Motivo: a medicação é fotossensível; atente para o prazo de validade indicado; habitualmente, o farmacêutico da instituição fornece doses fracionadas, pois evita que a solução sobrenadante perca a sua ação terapêutica. No final do frasco, o produto terá maior concentração de nitrato de prata devido aos sais precipitados, podendo causar conjuntivite química no recém-nascido.*

4 - ADMINISTRAÇÃO DA VITAMINA K

A aplicação intramuscular de vitamina K tem como objetivo prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido.

A função da vitamina K é a de catalisar a síntese de protrombina no fígado, necessária para a coagulação sanguínea. A administração de vitamina K ajuda na prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido, causada por uma deficiência dos fatores de coagulação (dependentes da vitamina K) que se instala geralmente entre o primeiro e o quinto dia de vida. Normalmente, a vitamina K é sintetizada pela flora intestinal do recém-nascido, porém seu intestino é estéril ao nascimento, e somente será colonizado após a amamentação. O leite materno contém níveis baixos de vitamina K e o suprimento é inadequado nos primeiros três ou quatro dias após o nascimento. Nessa fase, há também imaturidade hepática, com pouca produção de fatores sanguíneos.

Os materiais e medicamento utilizados são: frasco-ampola de vitamina K, seringas descartáveis de 1ml, agulhas descartáveis de nº 13 x 4,5, algodão hidrófilo, álcool a 70%, caixa protetora para o frasco-ampola de vitamina K.

As etapas do procedimento são descritas a seguir:

- ▶ lavar as mãos;

- ▶ conferir medicação de acordo com a técnica preparo e administração de medicamento;

- ▶ aspirar 0,1ml (1mg para os recém-nascidos a termo) em seringa de 1ml com agulha descartável nº 13 x 4,5;

- ▶ utilizar técnicas para diminuição de estresse e dor;

- ▶ realizar antissepsia do músculo vastolateral esquerdo com algodão embebido em álcool a 70% e administrar via intramuscular. *Motivo: ausência de outra massa muscular bem desenvolvida.* A aplicação em outros locais poderá ocasionar necrose, por não haver tecido suficiente para absorver o medicamento;

- ▶ padronizar a coxa esquerda para a administração da vitamina K. *Motivo: para posterior controle em caso de intercorrências, uma vez que há outra injeção intramuscular;*

- ▶ realizar pequena pressão com o algodão após retirar a agulha;

- ▶ confortar o recém-nato;

- ▶ registrar em seu prontuário.

OBSERVAÇÃO:

- Cuidados de conservação: a vitamina K deve ficar ao abrigo da luz e calor. Conservar as ampolas na caixa até o momento do uso. Depois de aberta, poderá ser utilizada em até 12 horas, se em condições de conservação adequadas. Por ser uma medicação fotossensível, ocorre oxidação após 12 horas.

5- ADMINISTRAÇÃO DA VACINA CONTRA A HEPATITE B

Essa aplicação faz parte do calendário vacinal mínimo obrigatório e inicia o esquema de imunização do indivíduo contra a Hepatite B. Tem como objetivo proteger o recém-nascido contra o vírus da Hepatite B. O medicamento e material utilizado são: vacina de Hepatite B, seringas descartáveis de 1 ou 3ml, agulhas descartáveis de nº 20 x 5,5, algodão hidrófilo, isopor com gelo, geladeira para acondicionar as vacinas. As etapas do procedimento estão descritas a seguir:

- ▶ lavar as mãos;

- ▶ conferir medicação de acordo com a técnica preparo e administração de medicamento;

- ▶ aplicar no músculo vastolateral da coxa direita (padronizar esse lado: *para posterior controle em caso de intercorrências, uma vez que há outra injeção intramuscular*);

- ▶ aspirar 0.5ml em seringa de 1ml ou 3ml com agulha descartável de nº 20 x 5,5;

- ▶ utilizar técnicas para diminuição de estresse e dor para o recém-nascido;

- ▶ realizar limpeza na região vastolateral da coxa direita com algodão;
- ▶ administrar pela via intramuscular;
- ▶ realizar pequena pressão no local com o algodão, ao retirar a agulha;
- ▶ confortar o recém-nascido;
- ▶ registrar no cartão da criança, agendando a lápis a segunda dose a ser administrada no posto de saúde.

OBSERVAÇÃO:

Manter a vacina em isopor com gelo com temperatura mantida entre 2° e 8°C.



6- AFERIÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DO RECÉM-NASCIDO¹¹

Aferir as medidas do recém-nascido com o objetivo de identificar o peso, estatura e os perímetros cefálico e torácico ao nascer. Fornecer um parâmetro inicial para posterior acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Identificar quaisquer alterações no que diz respeito aos perímetros. Deve ser realizado ao nascimento e por ocasião da alta.

OBSERVAÇÃO: No caso do perímetro cefálico, orienta-se sua verificação a cada 5 dias em caso de permanência hospitalar. Nos RNs com suspeita ou diagnóstico de hidrocefalia, a realização desse procedimento deve ser diária.

Os materiais necessários são: balança digital infantil, toalhas de papel, fita métrica e régua antropométrica. Seguem as etapas de cada mensuração:

Pesagem do recém-nascido: lavar as mãos; fazer desinfecção da balança com álcool a 70%; cobrir a balança com papel descartável para proteger o bebê de infecções e do frio; tarar a balança; proceder a pesagem do bebê e anotar.

Medida da estatura do recém-nascido: estender a fita métrica no sentido longitudinal sobre o RN em decúbito lateral, desde o alto da cabeça até o calcanhar, tendo o cuidado de segurar os joelhos para obter uma

¹¹ Texto extraído do MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2008. Adaptado ao estilo de descrição escolhido para o conjunto de diretrizes clínicas sem alterar seu conteúdo.

medida mais exata ou colocar o RN em decúbito dorsal com a cabeça rente à base fixa da régua e os pés perpendiculares ao plano da mesa; proceder à leitura e anotar; vestir o RN.

OBSERVAÇÃO: Após o procedimento da mensuração, seja geral ou isoladamente, fazer a desinfecção da fita métrica com álcool a 70% e lavar as mãos; em hipótese alguma coloque o RN seguro pelos pés de cabeça para baixo para medir a estatura.

Medida do perímetro cefálico: Lavar as mãos, colocar o RN em decúbito dorsal em superfície lisa, colocar a fita métrica ao redor da cabeça do RN passando pela região frontal e occipital tangenciando as sobrancelhas, proceder à leitura e anotar.

Medida do perímetro torácico: colocar a fita métrica ao redor do tórax na altura dos mamilos, proceder à leitura e anotar.

Medida do perímetro abdominal: colocar a fita métrica ao redor do abdômen, passando sobre cicatriz umbilical, proceder à leitura e anotar.

Os dados deverão ser anotados no prontuário do recém-nascido, no cartão da criança e na Declaração de Nascido Vivo (DNV).



7- CUIDADOS COM O CORDÃO UMBILICAL

Proceder à higienização adequada do coto umbilical, para facilitar o processo de mumificação, evitando infecções. As etapas necessárias são descritas a seguir:

- ▶ lavar as mãos;

- ▶ realizar antissepsia do coto com álcool a 70%. *Motivo: por ser incolor, não irá mascarar no futuro possíveis sinais de infecção como hiperemia e secreção; além disso, o álcool a 70% desidrata o coto auxiliando a mumificação e queda precoce;*

- ▶ manter o cordão umbilical limpo e seco;

- ▶ não deixar escorrer álcool para a pele circunvizinha. *Motivo: o álcool desidrata a pele sensível do bebê, predispondo-a a rachaduras e possibilitando infecção.*

PROCEDIMENTOS E CUIDADOS DURANTE O QUARTO ESTÁGIO DO PARTO OU PERÍODO DE GREENBERG

Classicamente, denomina-se 4º estágio do parto (ou período de Greenberg) ao período de pós-parto imediato, após a dequitação. Não há na literatura consenso sobre sua duração exata; entretanto, inicia-se após a dequitação da placenta e estende-se pelas primeiras horas pós-parto, para alguns, na primeira hora, para outros, até segunda hora pós-parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A hemorragia pós-parto (HPP) é a causa mais comum de mortalidade materna quando computadas as mortes em todo o mundo, sendo responsável por 25% dessa taxa e contribuindo para a mortalidade e para a elevação dos custos no atendimento perinatal (OMS, 1999).

É importante a observação redobrada da puérpera nesta fase, por tratar-se do período em que, com mais frequência, ocorrem hemorragias pós-parto, principalmente por atonia ou hipotonia uterina. É também momento adequado para promoção de ações que possibilitem o vínculo mãe/bebê, evitando-se a separação desnecessária.

Hemorragia pós-parto é caracterizada por perda sanguínea igual ou superior a 500ml, tem como principais fatores predisponentes sobre distensão uterina (polidramnia, gemelaridade, macrossomia); multiparidade; parto prolongado, manobras como kristeller, uso indiscriminado de ocitócicos, e quadros anêmicos. As três principais causas de hemorragias pós-parto são atonia uterina ou hipotonia uterina, lacerações de trajeto e retenção de fragmentos placentários, nesta ordem (OMS, 2005).

Como prevenção da hemorragia pós-parto atenta-se para o uso profilático de ocitócicos em situações onde haja fatores predisponentes, revisão sistemática da placenta e anexos, revisão do trajeto, verificação da contratilidade uterina, certificar-se da presença do globo de segurança de Pinard.

Os cuidados básicos para atenção do período pós-parto são descritos a seguir.



1- REVISÃO MANUAL DO CANAL DO PARTO

Trata-se da exploração do canal do parto por meio do toque bidigital. A revisão rotineira da placenta e anexos ovulares após o delivramento são

procedimentos recomendáveis e contribuem para o diagnóstico precoce de retenção de fragmentos placentários. O objetivo é corrigir sangramento aumentado no pós-parto, causado por retenção de fragmentos placentários.

As etapas do procedimento são: apoiar o fundo uterino com uma das mãos e simultaneamente realizar o toque bidigital, explorando o canal do parto, removendo coágulos e identificando a possível presença de fragmentos placentários.

2- CORREÇÃO DE ATONIA OU HIPOTONIA UTERINA

Atonia uterina é a ausência de contratilidade uterina e a hipotonia uterina é a contratilidade uterina ineficiente. Em ambos os eventos o útero apresenta-se amolecido, flácido e aumentado. A fim de corrigir hemorragia pós-parto causada por atonia ou hipotonia uterina, são propostas as etapas a seguir:

Solicitar ajuda da equipe multiprofissional;

Avaliar a mulher utilizando o abc da vida; simultaneamente, massagear o fundo uterino até que o útero se contraia; ocorrendo contratilidade uterina, proceder avaliação de sua permanência a cada 15 minutos e repetir massagem se necessário;

Explicar à mulher e família a conduta a ser tomada visando diminuir a ansiedade e garantir-lhes a tranquilidade;

Certificar-se de que o útero não se tornou relaxado após a parada da massagem uterina;

Certificar-se da presença do globo de segurança de Pinard;

Verificar sinais vitais, não ocorrendo contratilidade uterina satisfatória, iniciar administração endovenosa de 20 UI de ocitocina diluída em 500ml de ringer lactato ou 500ml de solução fisiológica a 0,9%, correr em 10 minutos;

Não havendo resposta, administrar metilergonovina na dose de 0,2 mg IM (droga contraindicada para mulheres hipertensas); não havendo resposta satisfatória, prevenir choque hipovolêmico, trabalhando com a equipe médica de acordo com protocolo de cada unidade.

3- SUTURA DAS LACERAÇÕES VAGINAIS E PERINEAIS

Lembramos que o acompanhamento proposto na atenção ao pré-natal, durante o trabalho de parto e parto resulta no empoderamento da mulher para o nascimento de seu filho, isto associado a cuidados como proteção perineal, ambientação favorável e a não existência de intervenções desnecessárias são medidas que favorecem a não ocorrência de lacerações de trajeto. A revisão do canal de parto é um procedimento seguro, que deve ser realizado sistematicamente.

Laceração perineal é a ocorrência de soluções de continuidade nos tecidos vaginais e/ou perineais e, de acordo com a OMS (2005), podem ser de quatro tipos: lacerações de primeiro grau, que envolvem a mucosa vaginal e/ou o tecido conjuntivo; lacerações de segundo grau, que envolvem a mucosa vaginal, o tecido conjuntivo e os músculos subjacentes; lacerações de terceiro grau, em que ocorre transecção completa do esfíncter anal e laceração de quarto grau, que atinge a mucosa retal.

A maioria das lacerações de primeiro grau não necessitam de suturas, fechando-se espontaneamente.

A enfermagem obstétrica procederá sutura em lacerações até o segundo grau, e será solicitada avaliação médica a partir do terceiro grau. A ocorrência de lacerações de terceiro e quarto graus tem se mostrado rara na assistência de enfermagem obstétrica.

Para reparar lacerações perineais e vaginais, recomendamos as seguintes etapas:

- ▶ Oferecer encorajamento à mulher;

- ▶ Examinar cuidadosamente vagina e períneo;

- ▶ Infiltrar o local com lidocaína a 1% ou 2% sem vasoconstrictor, aspirando para garantir que nenhum vaso tenha sido penetrado; não injetar se houver aspiração de sangue: nesse caso, reposicionar e tentar outra vez;

- ▶ Iniciar a sutura acima da laceração;

- ▶ Suturar mucosa usando sutura contínua;

- ▶ Suturar os músculos perineais usando sutura intermitente; se houver profundidade da laceração, colocar uma segunda camada da mesma sutura para não deixar espaço morto;

- ▶ Suturar pele usando sutura interrompida;

- ▶ Revisar o trajeto certificando-se da hemostasia.



PARTE III

ALOJAMENTO CONJUNTO O CUIDADO À MÃE E AO BEBÊ

CAPÍTULO VI

ADMISSÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO



O puerpério é definido como o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, voltam à situação do estado pré-gravídico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Esse período inicia-se uma a duas horas após a dequitação, com término influenciado pelo tempo de amamentação — sendo, portanto, imprevisto. Didaticamente, o puerpério é dividido em imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 42º) e remoto (a partir 43º dia).

Utiliza-se o sistema de Alojamento Conjunto (AC), em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, em um mesmo ambiente, até a alta hospitalar.

Este sistema permite que a assistência de enfermagem prestada à mulher e ao bebê seja, ao mesmo tempo, um momento de troca de informações com a mãe e seus familiares, sobre os cuidados com o recém-nascido e com ela própria. Desta forma, a adaptação de todos a este novo momento familiar é favorecida.

O Ministério da Saúde (1993) recomenda, ainda, em Normas Básicas para o Alojamento Conjunto, o incentivo à lactação e ao aleitamento materno. Considera também alguns fatores que visam à diminuição do risco de infecção hospitalar, evitando as complicações maternas e do recém-nascido, além de estimular a integração da equipe multiprofissional nos diferentes níveis.

Os objetivos dos cuidados à mulher, seu bebê e família neste cenário é acolher e apoiar a mulher e seu bebê oferecendo-lhes um espaço de cuidado integral, no sentido de atender e manter os processos fisiológicos pertinentes a esta fase. Também são objeto de cuidado as puérperas que apresentaram intercorrências durante sua gestação ou parto.

Ao receber mãe e bebê neste espaço, considera-se o seguinte fluxo de atendimento:

- ▶ preparar o leito da puérpera e do berço do recém-nascido (RN);
- ▶ receber, acolher e acomodar a puérpera e o RN, conferindo pulseiras de identificação (nome, sexo e nº da pulseira) com o prontuário, a caderneta de Saúde da Criança e com a Declaração de Nascidos Vivos (DNV);
- ▶ orientar a puérpera e acompanhante quanto ao funcionamento do sistema de alojamento conjunto e as rotinas do setor;
- ▶ instituir o processo de enfermagem, realizando exame físico clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem e avaliação diária através de evolução de enfermagem;
- ▶ manter vigilância quanto ao tônus uterino e sangramento vaginal;
- ▶ orientar e incentivar quanto ao aleitamento materno, avaliando risco para o desmame precoce.

Após o parto, é natural que a mulher apresente um estado de exaustão ou euforia, por vezes sonolenta e por outras inquieta. É importante que, nas primeiras horas, o repouso relativo seja respeitado, além da hidratação e alimentação adequadas ao seu estado e conforme sua solicitação. A seguir, são descritos cuidados de enfermagem considerados importantes, relacionados às principais mudanças que ocorrem nesta fase.

PROCEDIMENTOS E CUIDADOS COM A MÃE E O BEBÊ EM ALOJAMENTO CONJUNTO



1- ATENÇÃO AO ESTADO EMOCIONAL

O puerpério é um momento importante, principalmente em relação às alterações de humor, com labilidade emocional que são comuns nesta fase. É fundamental observar quadros de tristeza ou de profunda apatia, que podem ser expressos pela dificuldade de cuidados e de estabelecimento de vínculo com o bebê.

São etapas da conduta de enfermagem nessas ocorrências:

- ▶ identificar e registrar alterações de humor e labilidade emocional;
- ▶ solicitar avaliação do serviço de saúde mental;

- ▶ acolher as puérperas de óbito fetal e pós-abortamento preferencialmente em enfermarias sem recém-nascidos, avaliando a delicadeza deste momento e, sempre que possível, buscar com a mulher o melhor espaço para acomodá-la.
-

2- AVALIAÇÃO DO SISTEMA CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO

Ocorre um aumento do volume circulante nas primeiras horas de pós-parto, o que pode se traduzir pela presença de sopro sistólico de hiperfluxo. Seu padrão respiratório é reestabelecido, passando o diafragma a exercer funções anteriormente limitadas pelo aumento de volume abdominal.

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ instituir prescrição de enfermagem individualizada para a verificação dos sinais vitais;
 - ▶ comunicar à equipe médica alterações dos sinais vitais.
-

3- CONTROLE TEMPERATURA AXILAR (TAX)

A puérpera pode ter um ligeiro aumento da temperatura axilar (36,8° - 37,9°C) nas primeiras 24 horas, sem necessariamente ter um quadro infeccioso instalado. Além disso, podem ocorrer calafrios nas primeiras horas de pós-parto. Tais alterações normalmente não constituem risco à saúde da mulher, mas exigem atenção para a infecção puerperal (Ministério da Saúde, 2001).

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ medir e registrar temperatura axilar de acordo com prescrição de enfermagem;
 - ▶ se a temperatura axilar for maior que 38°C, solicitar avaliação médica.
-

4- AVALIAÇÃO DA REGIÃO ABDOMINAL

Depois do desprendimento da placenta e membranas, as contrações uterinas reduzem o tamanho do útero, de forma que ele pode ser palpado como uma massa globular, dura e localizada logo abaixo do umbigo. A

contração e a retração miometrial comprimem os vasos sanguíneos do útero e, assim, controlam o sangramento (GONZALEZ, 1994). O útero atinge a cicatriz umbilical após o parto e regride em torno de um 1cm ao dia, embora de forma irregular.

O retorno das vísceras abdominais à sua posição inicial promove melhor esvaziamento gástrico. Nas mulheres em pós-operatório de cesárea, acrescenta-se ainda o risco de íleo paralítico, em função da manipulação da cavidade abdominal.

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ examinar abdômen, verificando a presença de globo de segurança de Pinard, altura do fundo uterino e presença de dor à palpação;
- ▶ observar e registrar a involução uterina diariamente;
- ▶ auscultar ruídos hidroaéreos para avaliação de peristalse;
- ▶ observar e registrar presença de distensão abdominal;
- ▶ fazer expressão manual de coágulos em caso de necessidade;
- ▶ massagear o útero em caso de hipotonia ou quando estiver acima da cicatriz umbilical. Não havendo resposta, comunicar ao médico.

5- OBSERVAÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA

A ferida operatória deve ser observada rotineiramente. No pós-operatório imediato, é colocado um curativo simples; antes de encaminhá-la ao primeiro banho pós-parto, deve-se retirá-lo.

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ Observar e registrar sinais de flogose, presença de edemas, presença de secreções, deiscências etc.
- ▶ Orientar à puérpera a lavar a ferida operatória com água e sabão e mantê-la seca.

6- AVALIAÇÃO DO ENDOMÉTRIO/VAGINA/PERÍNEO

O endométrio inicia sua recuperação a partir do 25º dia de pós-parto. O colo uterino, logo após o parto, encontra-se edemaciado e pode apresentar lacerações. Em torno do 10º dia, estará fechado.

A vagina apresentar-se-á edemaciada e algo congesta, iniciando sua recuperação após o 25º dia de puerpério, e mais tardiamente nas mulheres que não amamentam.

Podem ser observadas, ainda, alterações decorrentes do parto - edema, hematoma e lesões.

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ examinar períneo e genitais externos (sinais de infecção, presença de edema, lacerações etc.);

- ▶ observar e registrar as condições de higiene da vulva/períneo;

- ▶ orientar a puérpera quanto aos cuidados de higiene íntima;

- ▶ observar as condições de integridade vulvoperineal (sutura de lacerações ou de episiotomia, edema, hematoma e deiscências);

- ▶ aplicar bolsa de gelo (até 20 minutos) em caso de edema e hematoma;

- ▶ encaminhar para avaliação especializada nos casos de complicações persistentes.

7- OBSERVAÇÃO DA LOQUIAÇÃO

Loquiação é a eliminação de secreções uterinas e vaginais, sangue e revestimento uterino durante o puerpério. Este período pode perdurar de três a seis semanas.

Os lóquios são divididos em:

- Sanguinolentos: vermelho-vivo por 2 a 4 dias (lóquios rubros);
- Serosanguinolentos: tornam-se mais pálidos (rosados) à medida que o sangramento se reduz (lóquios serosos);
- Branco: após 7 dias, tornam-se esbranquiçados ou amarelados (lóquios brancos).

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ observar características do sangramento: odor, coloração e quantidade;

- ▶ atentar para sinais de hipovolemia/choque e infecção (associar com temperatura axilar > 38°C).

8- AVALIAÇÃO DAS VIAS URINÁRIAS

Após o parto, são encontrados edema, hiperemia vesical e relativa insensibilidade da bexiga. Neste último caso, há, inicialmente, diurese escassa, em razão da desidratação no trabalho de parto. É normal a abundante excreção urinária do 2º ao 6º dia, que elimina a água acumulada durante a gestação. Nos primeiros 2 a 3 dias, a retenção vesical não é incomum, devido ao edema decorrente do parto.

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ observar e registrar as características da eliminação vesical;
- ▶ orientar a puérpera quanto à ingestão de líquidos (2l por dia);
- ▶ orientar a puérpera quanto à dor e ardência ao urinar.

9- AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO INTESTINAL

Ocorre ausência do peristaltismo nas primeiras 24 horas, havendo restabelecimento progressivo da topografia e dos movimentos intestinais. O funcionamento, habitualmente, é restaurado no 3º ou 4º dia.

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ observar e registrar as características da eliminação intestinal;
- ▶ orientar quanto à deambulação precoce para aumentar peristaltismo e liberação de flatos;
- ▶ orientar quanto ao aumento da ingesta hídrica.

10- AVALIAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES

Com as modificações circulatórias no pós-parto, os estímulos ao movimento devem ser favorecidos e os membros inferiores devem ser avaliados diariamente. A atenção deve ser redobrada às puérperas portadoras de varizes mais evidentes e calibrosas, as atitudes de prevenção são indispensáveis como a descrição a seguir.

São etapas da conduta de enfermagem:

- ▶ estimular a deambulação precoce;
- ▶ observar a presença de edemas, dor, hiperemia local;

- ▶ elevar os membros inferiores em caso de edemas;
- ▶ pesquisar sinais de trombose venosa profunda e sinais flogísticos.



11- CUIDADOS COM AS MAMAS/ALEITAMENTO MATERNO

O alojamento conjunto favorece e incentiva o aleitamento materno, pois permite que a mãe ofereça seu leite, satisfazendo a criança sempre que ela demonstrar fome. A amamentação é fundamental para a saúde materna e perinatal e faz parte das estratégias de todos os programas relacionados a estes objetivos, representando um elemento importante em todo o processo de humanização da assistência à mulher e ao bebê.

A produção de leite se dá por um estímulo neuroendócrino; estão envolvidos neste processo: a placenta, a hipófise e as mamas. A placenta é responsável pela produção de esteroides placentários (estrógenos e progesterona) que, durante a gravidez, preparam a mama para a lactação, estimulando a deposição de gorduras, o crescimento dos ductos e alvéolos. À medida que os níveis plasmáticos de estrógeno e progesterona caem — cerca de 3 a 5 vezes nos primeiros dias após o parto —, a produção de leite tem início. Este período é chamado de apojadura ou “descida”. Ocorre em torno de 48 a 72 horas após o parto. As mamas aumentam de tamanho e temperatura, tornam-se dolorosas e este fenômeno dura em média três a quatro dias. A apojadura marca a mudança do controle endócrino para o autócrino da lactação. A quantidade de leite tende a aumentar gradativamente. No 2º dia, está por volta de 50ml/dia. No 4º dia, em torno de 550ml/dia. Já aos três meses, é de cerca de 850ml/dia. Os níveis plasmáticos de prolactina elevam-se em resposta à sucção do RN e estão diretamente relacionados à frequência, duração e intensidade da sucção. A prolactina é o hormônio fundamental para a galactopoiese. Permitir a sucção do mamilo pela criança à livre demanda é elemento básico para a manutenção da amamentação.

A ocitocina é liberada pela hipófise posterior; é o hormônio que atua sobre as células mioepiteliais, determinando sua contração e consequente expulsão de leite para os ductos. Também favorece a contração do útero durante a amamentação.

Vantagens do aleitamento materno:

- PARA A MULHER:
 - ▶ facilita o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho;

 - ▶ previne as complicações hemorrágicas no pós-parto e favorece a regressão uterina ao seu tamanho normal;

 - ▶ contribui para o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional;

 - ▶ é um método natural de planejamento familiar. Para que seja um método eficaz, é recomendado que seja utilizado até os primeiros seis meses, quando a criança está em aleitamento materno exclusivo, em livre demanda, inclusive durante a noite, e que a mãe não tenha menstruado;

 - ▶ pode reduzir o risco de câncer de ovário e mama;

 - ▶ pode prevenir a osteoporose.

- PARA A CRIANÇA:
 - ▶ é o alimento completo para o lactente menor de seis meses, tanto no aspecto nutricional, como no digestivo;

 - ▶ facilita a eliminação de mecônio e diminui o risco de icterícia;

 - ▶ protege contra infecções (especialmente diarreias e pneumonias) pela ausência do risco de contaminação e pela presença de anticorpos e de fatores anti-infecciosos;

 - ▶ aumenta o laço afetivo mãe-filho, promovendo mais segurança ao bebê;

 - ▶ colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição proteico-calórica e, conseqüentemente, para a diminuição dos índices de mortalidade infantil;

 - ▶ diminui a probabilidade de desencadeamento de processos alérgicos, pelo retardo da introdução de proteínas heterólogas existentes no leite de vaca;

 - ▶ melhor resposta às vacinações e capacidade de combater doenças mais rapidamente.

- PARA A FAMÍLIA E SOCIEDADE:
 - ▶ o leite materno não custa nada;

- ▶ é limpo e não contém micróbios;
 - ▶ já vem pronto e está na temperatura certa;
 - ▶ diminui os custos de internações por problemas gastrointestinais, respiratórios e outras doenças;
 - ▶ representa uma economia quanto ao uso de gás de cozinha, porque dispensa o aquecimento e preparo;
 - ▶ diminui o absenteísmo dos pais ao trabalho, uma vez que a criança se mantém mais saudável.
-
- ETAPA DA CONDUTA PARA AUXILIAR A MÃE A AMAMENTAR:
 - ▶ orientar a mãe quanto à higienização das mãos com água e sabão antes de amamentar;
 - ▶ estimular a mãe a oferecer o peito desde o nascimento, pela importância do colostro e também estímulo à produção láctea;
 - ▶ iniciar a amamentação pela mama que se encontra mais cheia de leite, geralmente a que foi oferecida por último;
 - ▶ amamentar em um local confortável, escolhido pela mãe;
 - ▶ ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê, atentando para o posicionamento de ambos; incentivá-la a sentir-se relaxada e confortável, podendo estar sentada ou deitada; o bebê deve estar com o corpo próximo ao da mãe, encostando sua barriga à barriga da mãe, com a cabeça e tronco alinhados e as nádegas apoiadas.

Quanto à pega, propriamente dita, observar se há necessidade da mãe realizar um breve esvaziamento manual da mama, com o objetivo de aliviar a tensão da aréola. A mãe pode estimular o reflexo de busca do bebê, tocando com seu mamilo a boca de seu filho, fazendo com que ele a abra, abocanhando, pelo menos, toda a parte inferior da aréola. O lábio inferior do bebê deve projetar-se para fora e seu queixo deve estar encostado na mama. Suas bochechas devem ter aparência arredondada. A sucção deve ser lenta e profunda, em períodos de atividade e pausa. Pode-se ouvir a deglutição.

Boca quase fechada, fazendo um bico; bochechas encovadas e a produção de estalos com os lábios podem indicar uma má pega da aréola.

Informar que a duração de cada mamada é variável. A mãe deve oferecer uma das mamas até que o bebê a solte espontaneamente ou sinta que a

mama está vazia, oferecendo a outra. Caso haja necessidade de interromper a amamentação, orientá-la a romper o vácuo estabelecido na boca do bebê, introduzindo a ponta do dedo mínimo em um dos cantos para que o bebê largue o peito, sem machucá-lo.

Orientar a mãe a colocar o bebê para arrotar, em posição vertical, com a cabeça apoiada no ombro materno. Deve ser feita uma leve massagem nas costas da criança até que ela arroto, lembrando que alguns bebês podem não arrotar após a mamada.

Orientar quanto ao uso de sutiã para manter a mama bem elevada, evitando estases nas porções inferiores da mama;

Recomendar o banho de sol nos mamilos para aumentar a resistência da região mamilo-areolar;

Orientar a lubrificação com leite materno na região mamilo-areolar;

Orientar a mãe que, após o aleitamento, para identificar peso e pontos de dor nas mamas, deve-se palpá-las e retirar o excesso de leite até o ponto de conforto, ou seja, desaparecimento da dor.



TÉCNICA DE RETIRADA MANUAL DE LEITE HUMANO

Todas as mães devem ser orientadas, no alojamento conjunto, quanto à técnica da retirada manual de leite, pois podem utilizá-la em ocasiões distintas: alívio da aréola, retirada e doação do excesso de produção láctea, guarda do seu leite para ser oferecido ao bebê na impossibilidade de amamentar por doença ou afastamento temporário (necessidade de se ausentar ou volta ao trabalho).

- ▶ Massagear delicadamente a mama como um todo com movimentos circulares da base em direção à aréola;

- ▶ Procurar estar relaxada, sentada ou em pé, em posição confortável. Pensar que o bebê pode auxiliar na ejeção do leite;

- ▶ Curvar o tórax sobre o abdômen, para facilitar a saída do leite e aumentar o fluxo;

- ▶ Com os dedos da mão em forma de “C”, colocar o polegar na aréola ACIMA do mamilo e o dedo indicador ABAIXO do mamilo na transição aréola/mama, em oposição ao polegar, sustentando o seio com os outros dedos;

- ▶ Usar preferencialmente a mão esquerda para a mama esquerda e a mão direita para a mama direita, ou usar as duas mãos simultaneamente (uma em cada mama ou as duas juntas na mesma mama – técnica bimanual);

- ▶ Pressionar suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à parede torácica. Evitar pressionar demais, pois pode bloquear os ductos lactíferos;

- ▶ Pressionar e soltar, pressionar e soltar. A manobra não deve doer se a técnica estiver correta. A princípio, o leite pode não fluir, mas depois de pressionar algumas vezes, o leite começará a pingar. Poderá fluir em jorros se o reflexo de ocitocina for ativo;

- ▶ Desprezar os primeiros jatos; assim, melhora a qualidade do leite pela redução dos contaminantes microbianos;

- ▶ Mudar a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas;

- ▶ Alternar a mama quando o fluxo de leite diminuir, repetindo a massagem e o ciclo várias vezes. Lembrar que ordenhar leite de peito adequadamente leva mais ou menos 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias, quando apenas uma pequena quantidade de leite pode ser produzida;

- ▶ Podem ser ordenhados os dois seios simultaneamente em um único vasilhame de boca larga ou em dois vasilhames separados, colocados um embaixo de cada mama;

- ▶ Encaminhar, em caso de necessidade, para o banco de leite (em especial, no caso de mães de bebês que ainda não podem ser amamentados, como os prematuros);

- ▶ Orientar quanto à importância da doação a um Banco de Leite, caso haja excesso de produção de leite;

- ▶ Orientar quanto aos perigos da amamentação cruzada.

ATENÇÃO!

nos casos de inibição de lactação (natimortos, neomortos ou doenças infecto-contagiosas), são etapas da conduta de enfermagem:

- realizar enfaixamento compressivo das mamas nas 24 horas;
- realizar aplicação de compressa gelada 3 vezes ao dia por até 20 minutos;
- encaminhar, se necessário, à saúde mental para acompanhamento.

PROCEDIMENTOS E CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO

Ao admitir o recém-nascido neste cenário¹, é a finalidade alojá-lo de forma segura junto à sua mãe. Toda equipe de enfermagem está capacitada e deve fazê-lo prontamente, respeitando as etapas descritas a seguir:

- ▶ conferir identificação das pulseiras, checando-as com o prontuário;
- ▶ realizar exame físico cefalocaudal;
- ▶ mensurações;
- ▶ fazer os registros no livro do setor e na folha única do prontuário indicando: data e hora da chegada do RN, procedência, sexo do RN, tipo de parto e idade gestacional.

EXAME FÍSICO DO RN



Tem como objetivo a avaliação do estado geral do RN, com vistas à identificação precoce de sinais de anormalidade. Será feito, preferencialmente, no leito da mãe para orientá-la. O exame deverá ocorrer o mais próximo possível da hora da chegada do RN ao AC. A enfermeira é responsável por este procedimento. O material necessário é o estetoscópio pediátrico. São etapas da realização do exame físico do RN:

- ▶ lavar as mãos;
- ▶ despir o RN;
- ▶ visualizar, de forma global, o RN, avaliando atividade e reatividade a estímulos;
- ▶ observar coloração e integridade de pele e mucosas;
- ▶ testar sucção com a mão do RN ou com a mão enluvada do examinador;
- ▶ verificar o perímetro cefálico (quando ainda não houver ocorrido na sala de parto);

¹ Texto extraído do MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM NEONATOLOGIA da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2008. Adaptado ao estilo de descrição escolhido para o conjunto de diretrizes clínicas sem alterar seu conteúdo.

- ▶ verificar frequência cardíaca;
- ▶ observar padrão respiratório;
- ▶ inspecionar abdômen;
- ▶ observação de coto umbilical;
- ▶ observação da genitália externa com verificação de presença de anormalidades;
- ▶ observação de presença de eliminações vesicointestinais;
- ▶ vestir o RN;
- ▶ lavar as mãos.

Curativo do Coto Umbilical

A finalidade do curativo é favorecer o processo de mumificação do coto umbilical, prevenindo infecções. É de responsabilidade de toda a equipe de enfermagem, com vistas à orientação materna para realização do procedimento. O material necessário é: álcool a 70%, gaze ou haste flexível com as extremidades envoltas em algodão. Deve ser realizado pelo menos três vezes ao dia e/ou a cada troca de fralda e após o banho. A descrição do cuidado é limpar o coto com a gaze embebida em álcool da base para a extremidade. Manter o coto livre, não o envolvendo em gaze e/ou similar.

Verificação de Sinais Vitais

A verificação dos sinais vitais do recém-nascido tem como finalidade auxiliar na condução do tratamento, detectando eventuais alterações clínicas posto que, geralmente, a estabilidade clínica manifesta as condições de vitalidade do indivíduo. É de responsabilidade de toda equipe de enfermagem, e deve ser realizado de acordo com a avaliação clínica. O material necessário é: termômetro clínico, estetoscópio pediátrico, algodão embebido em álcool 70%. Seguem as etapas para verificação dos sinais vitais:

TEMPERATURA AXILAR -Valores normais 36,5 a 37°C

- ▶ lavar as mãos corretamente;
- ▶ retirar o termômetro da embalagem e passar algodão com álcool a 70% do bulbo para extremidade;

- ▶ segurar com firmeza o corpo do termômetro e sacudi-lo até que a coluna de mercúrio atinja a marca de 35°C;
- ▶ colocar o termômetro na região axilar comprimindo o braço do RN ao encontro do tórax;
- ▶ após 4 minutos, retirar o termômetro sem tocar no bulbo e ler a temperatura;
- ▶ registrar o valor encontrado;
- ▶ limpar o termômetro após cada verificação com álcool a 70%.

FREQUÊNCIA CARDÍACA: Valores normais: 100 a 160bpm

- ▶ lavar as mãos corretamente;
- ▶ fazer a limpeza do estetoscópio com álcool a 70%;
- ▶ colocar o estetoscópio no hemitórax esquerdo próximo ao esterno;
- ▶ contar os batimentos cardíacos por 16 segundos e multiplicar por 4;
- ▶ registrar o valor encontrado.

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA: Valores normais: 30 a 60irpm

- ▶ lavar as mãos corretamente;
- ▶ contar a frequência respiratória pelos movimentos abdominais em 1min;
- ▶ registrar o valor encontrado.

OBSERVAÇÃO: O procedimento de verificação dos sinais deve ser realizado verificando-se temperatura auxiliar, frequência cardíaca e respiratória simultaneamente.

Pesagem

O controle do peso tem como objetivo acompanhar o crescimento e desenvolvimento do RN, servindo como parâmetro para conduta medicamentosa e o diagnóstico de alterações fisiológicas. Toda equipe de enfermagem é responsável pelo procedimento que deve ser realizado diariamente até a alta. Seguem as etapas do processo:

- ▶ fazer limpeza prévia do prato da balança com álcool a 70%;
- ▶ colocar lençol ou outro pano que possa enrolar o bebê sobre o prato da balança;

- ▶ tarar a balança, por meio do botão específico na digital ou do peso de regulagem na manual;
- ▶ colocar o RN despido, enrolado em lençol fino (com peso previamente conhecido), no prato da balança ou na área central;
- ▶ aguardar estabilização do peso, na digital ou na manual;
- ▶ retirar o RN da balança e desligá-la;
- ▶ fazer registro do peso;
- ▶ desprezar o papel-toalha e fazer nova desinfecção do prato da balança com álcool a 70%;
- ▶ lavar as mãos.

OBSERVAÇÃO: Preferencialmente, indica-se o uso de balanças digitais, seja pela maior confiabilidade seja pela rapidez no procedimento. Pesar antes da alimentação, aproveitando o momento para outros procedimentos, como higiene ou banho. As medidas antropométricas estão descritas no item *Cuidados Imediatos com o Recém-nascido Normal*, mas são procedimentos que devem ser repetidos na alta do bebê.

Verificação de Glicemia Periférica Através de Fita Reagente

A finalidade desse procedimento é a detecção precoce de hipoglicemia ou hiperglicemia. A responsabilidade da realização é de toda a equipe de saúde, devendo seguir prescrição médica e/ou de enfermagem. São etapas do procedimento:

- ▶ lavar as mãos corretamente;
- ▶ separar o material necessário: lanceta ou agulha 25 x 8, algodão seco e fita reagente (Destrostix Haemogluco-test);
- ▶ limpar a pele do RN com água e sabão na região do calcanhar;
- ▶ secar bem a região;
- ▶ puncionar a região lateral externa do calcanhar conforme figura;
- ▶ comprimir o pezinho até que forme uma gota espessa;
- ▶ deixar a gota cair sobre a fita;
- ▶ comprimir a área e puncionar com algodão seco;
- ▶ fazer a leitura de acordo com as recomendações do fabricante da fita;
- ▶ registrar o valor encontrado.

OBSERVAÇÃO: Não utilizar o centro do calcanhar como local de punção, pois aumenta o risco de osteomielite. Não utilizar álcool a 70% para desinfecção, pois ocorrerá erro na leitura. Valores Normais: 40 a 145 mg/dl.

HIGIENIZAÇÃO CORPORAL DO RN



Banho

O banho caracteriza-se por um nível alto de manipulação do bebê. Essas manipulações podem produzir diversas reações no recém-nascido. Trata-se de uma situação que propicia uma série de trocas e ajustes interacionais entre o adulto e a criança e, portanto, potencialmente, reveladora das características da reação do RN aos tipos de manipulações e da adequação do procedimento. O banho nos bebês normais tem sido descrito como algo prazeroso, pois lembra o ambiente líquido e quente característico do útero materno.

Este cuidado possui finalidades como promover conforto, retirando sujidade e diminuindo flora cutânea, além de ativar circulação. Orientar a mãe quanto à melhor forma de realização desta prática é responsabilidade de toda a equipe de enfermagem que, ao realizá-lo, demonstra à mãe inicialmente, e transfere o cuidado a ela apoiando e observando a interação mãe-filho, estimulando a autoconfiança materna em realizar o banho para usá-lo como instrumento de higiene, conforto e prazer. A recomendação segue normas técnicas do Ministério da Saúde (2006) para o tempo mínimo de 6 horas entre o nascimento e o primeiro banho, exceto para bebês que nasceram banhados em mecônio ou filhos de gestantes portadoras de HIV.



Posteriormente, deve ser realizado diariamente, usando o material descrito a seguir:

- ▶ - bacia (ou a cuba do berço);
- ▶ - sabão líquido neutro sem germicida;
- ▶ - água tépida;
- ▶ - fralda de pano para secagem;
- ▶ - fralda, camisinha e cueiro.

São etapas do processo:

- ▶ Respeitar o estado comportamental do bebê: caso esteja em sono profundo (que dura cerca de 20 minutos) aguardar que desperte; se estiver protestando ou chorando, consolá-lo completamente antes da realização do procedimento.

- ▶ Falar antes de tocar o bebê. Sempre que possível, solicitar o auxílio da mãe para o procedimento.

- ▶ Remover a fralda, retirar o excesso de fezes com algodão úmido, fazer higiene perineal. Com ajuda de uma fralda de pano ou de toalha-fralda, proceder ao enrolamento do bebê, proporcionando segurança. Posicionar o RN na bacia com água morna de modo que seu corpo fique submerso até o pescoço, em ambiente fechado, evitando as perdas de calor por convecção.

- ▶ Iniciar o banho pelo rosto, sem sabão: limpar os olhos utilizando uma bola de algodão para cada olho, limpar narinas e orelhas, quando necessário, com fusos de algodão.

- ▶ Ensaboar o pescoço, membros superiores, tórax anterior, costas e membros inferiores sucessivamente, lembrando-se de ir retirando o enrolamento com pano aos poucos.

- ▶ Retirar o sabonete.

- ▶ Ensaboar a região genital, removendo o sabão com algodão.

- ▶ Retirar o RN da bacia, enrolando-o em toalha ou pano macio, secando a pele com movimentos compressivos e suaves, sem friccioná-la, e colocá-lo em contato pele a pele, em posição canguru.

- ▶ Quando em leito aquecido, retirar a roupa suja e limpar o colchonete com água e sabão.

- ▶ Forrar com o lençol, esticando-o bem para não formar dobras.

- ▶ Realizar o curativo umbilical conforme a técnica.

- ▶ Colocar o RN em posição confortável, com auxílio de coxins e rolos.

- ▶ Recolher os materiais utilizados e despejar no lixo.

- ▶ Fazer limpeza corretamente do leito.

- ▶ Lavar as mãos.

Troca de fralda

Tem como finalidade promover conforto, evitando dermatite de fralda e afecções do trato urinário. A responsabilidade é de toda a equipe de enfermagem inicialmente, com vistas a que este procedimento possa ser realizado pela mãe. Deve ser efetuado sempre que houver necessidade. São etapas do processo:

- ▶ lavar as mãos;

- ▶ calçar as luvas, no caso de profissional de saúde;

- ▶ retirar a fita adesiva da fralda com delicadeza, devido ao ruído excessivo;

- ▶ observar a integridade da pele;

- ▶ limpar região perineal de dentro para fora, com algodão umedecido em água morna;

- ▶ limpar região perianal e nádegas, lateralizando o bebê – nunca elevar seus quadris pelas pernas;

- ▶ secar a pele com ajuda de panos macios ou algodão;

- ▶ utilizar pomadas ou cremes, quando indicado e prescrito;

- ▶ colocar fralda limpa, observando o tamanho apropriado;

- ▶ posturar o bebê em seu leito;

- ▶ organizar material utilizado;

- ▶ retirar as luvas e lavar as mãos;

- ▶ registrar em folhas próprias quantidade, características das eliminações e integridade da pele.

OBSERVAÇÃO: O bebê deverá ser colocado em decúbito elevado (posição antirrefluxo), devendo ser rolado lateralmente de um lado para o outro, retirando-se a fralda e fazendo a higiene. Procurar não elevar as pernas do recém-nascido, evitando assim aumentar a pressão abdominal, favorecendo o refluxo gastroesofágico e broncoaspiração.

Quando não existir tamanho de fralda apropriado para o bebê, recortar, para que não favoreça abdução exagerada do quadril.

ATIVIDADES EM GRUPO PARA TROCA DE EXPERIÊNCIA

Esta atividade tem como finalidade o esclarecimento de dúvidas pertinentes ao cuidado da mulher e em relação ao cuidado prestado pelos pais e familiares ao bebê. É uma responsabilidade de toda a equipe de saúde da unidade. O atendimento ao grupo deve ser realizado de forma sistemática, ainda durante a internação, com vistas à alta, bem como após a alta em esquema ambulatorial. Vale ressaltar que a participação do pai nos grupos deve ser incentivada ainda na internação.

Sugere-se alguns temas a serem abordados: amamentação, puerpério, atividade sexual no puerpério, anticoncepção e orientações sobre os principais cuidados com o RN. Todos os grupos deverão ser formados a partir da livre demanda das puérperas e suas dúvidas, bem como de seus companheiros e familiares.

ORIENTAÇÕES PARA ALTA

São informações que têm por objetivo esclarecer, orientar e dar segurança à mãe no que diz respeito ao seu estado e do seu filho, bem como as alterações fisiológicas previstas. Devem permear todo o período de internação até a alta propriamente dita. Toda a equipe de saúde deve estar comprometida com estas ações. As etapas do processo são descritas a seguir.

- ▶ Certificar-se da alta hospitalar da puérpera e/ou RN através de comunicado médico na folha de evolução, prescrição médica ou sumário de alta, preenchido e assinado pelo médico responsável;

- ▶ Reenfatizar temas já abordados até o momento da alta, a saber:
 - aleitamento materno;
 - higiene do RN;
 - cuidados com o coto;
 - modificações fisiológicas do RN - descamação cutânea, eliminações (tipo de evacuações), queda de cabelo;
 - cuidados especiais, medicações etc.
 - noções de higiene materna, nutrição e atividade sexual;

- ▶ Mensurar comprimento e PC do RN e Peso registrada em impresso próprio;

- ▶ Fornecer à mãe ou responsável o Cartão da Criança devidamente preenchido;

- ▶ Promover registros no livro do setor e folha única constando hora e encaminhamentos realizados;

- ▶ Realizar agendamento para o Projeto Acolhimento Mãe-Bebê / Mulher, encaminhar a cliente junto com seu bebê para Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, com marcação para o 5º dia útil pós-parto, para revisão puerperal, retirada de pontos, vacinação, teste do pezinho, planejamento familiar;

- ▶ Registrar o agendamento em impresso próprio a ser lançado na planilha de Controle Diário de Referência para Unidade Básica, onde estão listadas todas as unidades do município do Rio de Janeiro;

- ▶ Orientar a cliente oriunda de outro município a procurar a unidade básica mais próxima de sua residência e também lançar na referida planilha;

- ▶ Preencher o impresso *Alta Hospitalar* com: nome da cliente, data e hora da saída e se há outro(s) RN recebendo alta no mesmo período. Neste impresso, também deverá constar o nome do profissional que está liberando a paciente, e o número de sua matrícula;

- ▶ Orientar a cliente que este impresso deverá ser entregue na portaria, no momento de saída da unidade;

- ▶ Solicitar à equipe de limpeza a desinfecção terminal do leito vago, deixando-o em condições para uma nova internação;

OBSERVAÇÃO: - Sugere-se a “alta coletiva”, com a participação de pelo menos um elemento de cada serviço que compõe a equipe de saúde;

- Os bebês, de 2ª a 6ª feira, são vacinados com BCG no Alojamento Conjunto;
- Os bebês que estiverem internados por mais de 5 dias colherão o teste do pezinho no 5º dia de vida;
- Por medida de segurança, não há alta durante o horário de visitas;
- Caso haja alta à revelia (sem alta médica), não preencher os registros no prontuário e no livro de alta, conforme já citado, destacando que a saída deu-se à revelia. Além disso, deve-se registrar em livro de *Ordens e Ocorrências* do setor e notificar à Supervisão de Enfermagem, que também registrará em livro próprio.

ATENÇÃO! Nos casos relacionados a seguir, o Serviço Social deverá ser acionado para notificação ao Conselho Tutelar por maus tratos:

- RN sem alta médica (ainda que a mãe esteja de alta);
- Mãe menor de 19 anos, sem alta (ainda que com acompanhante maior de 19 anos).



PARTE IV

O CUIDADO À GESTANTE DE ALTO RISCO

CAPÍTULO VII

ACOMPANHAMENTO PELA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DA GESTAÇÃO DE RISCO



Durante o processo gestacional, algumas mulheres têm maiores chances de apresentar agravos ou complicações de patologias preexistentes.

Essas situações podem redundar em perdas fetais e/ou morte materna, por causas diretas ou indiretas¹. O óbito materno permanece sendo um grave problema de saúde pública em nosso país, com as consequências sociais que a morte dessas mulheres ocasiona.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), a razão de mortalidade materna corrigida no Brasil é de 72,4 por 100.000 nascidos vivos e a doença hipertensiva segue como a principal causa desses óbitos.

Conforme o relatório de 2006 do Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna da cidade do Rio de Janeiro, a taxa de morte materna em nossa cidade oscila entre 50 e 60 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

Dentre os óbitos analisados, as causas obstétricas diretas (decorrentes de doenças específicas do ciclo gravídico puerperal) representaram 85,36% dos casos analisados, sendo também a hipertensão arterial a principal causa de morte materna, seguida pela hemorragia puerperal, a infecção e o abortamento; estas três últimas repetem-se há uma década.

Com o objetivo de diminuir este desfecho é necessário maior monitoramento e controle dos fatores de risco perinatais desde o pré-natal. Em alguns casos, a internação da gestante é necessária para a vigilância diária e instituição de tratamento.

¹ “Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante este período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (MINISTÉRIO DA SAÚDE – SAS, DAPE- Manual dos comitês de Mortalidade Materna, 3ed. 2009).

Optou-se por descrever, inicialmente, a assistência comum às gestantes nesta condição e, a seguir, o conjunto de cuidados e procedimentos às gestantes com as patologias mais prevalentes no cotidiano das maternidades da SMSDC.

ASSISTÊNCIA BÁSICA DE ENFERMAGEM À GESTANTE DE ALTO RISCO

O objetivo da assistência à gestante de alto risco é acolher e apoiar a mulher implementando uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, que levam as mulheres à internação para a vigilância, o controle e a redução dos agravos em saúde materno fetal.

Ao receber a gestante neste espaço, deve-se considerar o fluxo de atendimento descrito a seguir.

Admissão

Providenciar o preparo do leito destinado à cliente;

Receber, acolher e acomodar a cliente na unidade de internação, apresentá-la ao ambiente, favorecendo tranquilidade e segurança;

Incluir o nome da cliente na folha de informação do setor e no livro de admissão e alta;

Proceder ao registro da admissão em impresso próprio;

Orientar a cliente sobre as rotinas do setor durante a internação (visitas da equipe multiprofissional, presença e permanência do acompanhante, horário das refeições, permanência de pertences e valores);

Averiguar os encaminhamentos necessários para a realização dos exames de urgência e os processos de marcação dos exames para rotinas específicas.

Cabe à enfermeira:

- ▶ Avaliar os níveis de complexidade de cuidado estabelecendo as prioridades;
- ▶ Instituir a sistematização da assistência de enfermagem - histórico, exame físico e gineco-obstétrico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem - através da avaliação materno-fetal que consiste em:

- ▶ identificar sinais e sintomas clínicos, queixas gerais referidas, idade gestacional; peso; hábitos, alergias alimentares e estado nutricional; uso de drogas lícitas ou ilícitas; alergia a medicamentos; presença de edema; presença e características das eliminações vesicointestinais; perdas transvaginais; condições de higiene; a altura, atividade e tônus uterino; estática fetal; movimentação fetal e batimentos cardíofetais (BCF) com sonar doppler ou cardiotocógrafo (CTG), se necessário.
-
- ▶ Realizar aprazamento de prescrição médica, carimbar e assinar ao final.

Período de Internação

Avaliar diariamente as condições materno-fetais e a efetividade dos cuidados prestados, promovendo a adequação do planejamento de enfermagem instituído;

Registrar a avaliação realizada no prontuário (folha de evolução) e as condutas adotadas;

Realizar a prescrição de enfermagem;

Atentar para solicitação/realização dos exames diagnósticos, avaliar os resultados e tomar as providências pertinentes, especialmente para os resultados como: tipagem sanguínea, VDRL, anti-HIV, hemograma, glicemia e EAS;

Realizar rotina de aferição e registro de sinais vitais, de acordo com a especificidade de cada gestante;

Realizar aprazamento de prescrição médica, carimbar e assinar ao final, solicitando junto à farmácia o envio das medicações para as próximas 24h;

Realizar cardiotocografia das clientes com indicação ou conforme protocolo institucional, priorizando os casos mais graves; emitir laudo de reatividade fetal, assinando e carimbando. Atenção para os registros inconclusivos, não reativos ou de urgência, que deverão ser registrados em prontuário e imediatamente encaminhados ao médico-obstetra de plantão para avaliação;

Manter cliente informada do seu estado de saúde diariamente (sobre medicações utilizadas e exames realizados e demais demandas);

Prestar cuidado individualizado e especializado à gestante nas diferentes patologias gineco-obstétricas e clínicas, de acordo com a descrição específica à seguir;

Solicitar avaliação e/ou encaminhamento para outros serviços de saúde (serviço social, saúde mental, terapia ocupacional, fisioterapia e odontologia) sempre que houver necessidade;

Providenciar o encaminhamento de exames laboratoriais, CTG e de imagens: imediatamente nos casos de urgência e, em casos de rotina, realizar marcação do exame de acordo com rotina do serviço.

Transferência para o Centro Obstétrico

Orientar a cliente sobre o procedimento que será realizado no centro obstétrico;

Contactar a enfermeira do setor de destino da cliente, fornecendo dados e condições gerais da paciente;

Encaminhar a cliente ao banho de aspersão, orientando-a quanto à retirada de roupa íntima, adornos, próteses, esmalte colorido das unhas, maquiagem e ao uso somente de camisola da Unidade e chinelos, exceto nos casos de urgência;

Identificar todos os pertences da cliente e providenciar sua arrecadação/transferência;

Realizar e registrar a avaliação de enfermagem contendo sinais vitais e horário de sua transferência para o centro obstétrico;

Providenciar o encaminhamento da cliente, de acordo com as suas condições físicas e emocionais (cadeira de rodas, maca ou deambulando), ao centro obstétrico, com seu respectivo prontuário e acompanhada por profissional de enfermagem;

Registrar no livro de admissão e alta a saída da cliente, com data e hora;

Solicitar ao funcionário da companhia de limpeza para que proceda à desinfecção terminal da Unidade desocupada.

Alta

Conferir no prontuário da cliente o registro de alta hospitalar;

Comunicar sobre a alta à cliente, orientando-a quanto ao retorno ao pré-natal e/ou à unidade hospitalar de emergência obstétrica nos casos de alerta;

Devolver exames realizados fora da Unidade e cartão pré-natal;

Conferir e organizar o prontuário da cliente, registrando a alta hospitalar (dia, hora, condições e companhia);

Registrar a alta da paciente no livro de admissões e altas;

Solicitar ao funcionário da companhia de limpeza para que proceda à desinfecção terminal da unidade.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ESPECÍFICA NAS COMPLICAÇÕES MAIS PREVALENTES NA REDE DE MATERNIDADES MUNICIPAIS

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ

Como as complicações hipertensivas na gravidez são as maiores causas de mortalidade e morbidade materna e fetal, é fundamental se diferenciar com exatidão a pré-eclâmpsia de uma hipertensão primária ou crônica preexistente.

Classificação da hipertensão arterial em mulheres gestantes:

1. Hipertensão arterial crônica: corresponde à hipertensão de qualquer etiologia (nível da pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg) presente antes da gravidez ou diagnosticada antes da 20ª semana da gestação.
2. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia: geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação, classicamente pelo desenvolvimento gradual de hipertensão (PA \geq 140/90 mmHg) e proteinúria ($>$ 300 mg/24h), podendo evoluir para eclâmpsia. A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulher com qualquer quadro hipertensivo não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, parto e no puerpério imediato.
3. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada: é o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez.

4. Hipertensão gestacional: é o desenvolvimento de hipertensão sem proteinúria que ocorre após 20ª semana de gestação.
5. Hipertensão transitória: a pressão arterial volta ao normal cerca de 12 semanas após o parto. Pode ocorrer nas gestações subsequentes e prediz hipertensão arterial primária futura.

- CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Conforme o estado geral da gestante, ela será encaminhada à enfermaria ou ao setor de cuidados semi-intensivos ou intensivos. Os cuidados descritos a seguir, de maneira generalizada, deverão ser individualizados e adequados à realidade que se apresenta.

1. Encaminhar a paciente ao leito com grades protetoras, fontes de oxigênio, vácuo e ar comprimido montados e com material de emergência adequado à mão, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la das possíveis dúvidas e orientá-la quanto à permanência em decúbito lateral esquerdo (DLE);
2. Orientar a gestante e/ou seu acompanhante, se for o caso, quanto ao funcionamento e rotinas do setor;
3. Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
4. Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
5. Puncionar acesso venoso periférico, caso indicado, de preferência utilizando um cateter de grosso calibre;
6. Instituir o processo de enfermagem realizando exame físico clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem, que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário, e evolução de enfermagem;
7. Aguardar aproximadamente 30 minutos e aferir os sinais vitais;
8. Preparar e administrar medicações prescritas;
9. Verificar a pressão arterial em DLE, conforme a prescrição médica ou de enfermagem, registrar e comunicar as alterações aferidas até a estabilização dos níveis pressóricos;
10. Atentar para as solicitações de exames, os agendamentos e o preparo para os exames, priorizando os de urgência;

11. Observar, comunicar ao médico e registrar a presença de atividade uterina (metrossístoles e/ou hipertonia);
12. Observar e registrar perdas vaginais (sangramentos, líquido amniótico e outros). Em caso de perda de líquido amniótico registrar cor, odor, presença de grumos ou não e comunicar ao médico-obstetra de plantão;
13. Manter vigilância constante;
14. Observar, comunicar e registrar sinais/sintomas que indiquem crise convulsiva iminente (visão turva, escotomas cintilantes, dor epigástrica, confusão mental etc.).

Vigência ou iminência de convulsão

- ▶ Controle do ambiente (manter paciente em ambiente silencioso e com penumbra);

- ▶ Manter material de reanimação completo à mão;

- ▶ Manter vias aéreas livres para a redução do risco de aspiração; elevação da cabeceira a 30° e lateralização da cabeça;

- ▶ Oferecer suporte não invasivo de oxigênio;

- ▶ Proteger a língua com campos ou cânula de Guedel em caso de crise convulsiva;

- ▶ Retirar próteses dentárias;

- ▶ Manter permeabilidade do acesso venoso e instituir imediatamente terapêutica protocolar prescrita por médico para pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia (protocolo anticonvulsivante e anti-hipertensivo).

Cuidados durante a administração de sulfato de magnésio

- ▶ O sulfato de magnésio, na dose de ataque, deverá ser administrado conforme prescrito, em bomba infusora, no período de 15 a 20 minutos. Durante a sua administração, ter sempre prontas para uso ampolas de gluconato de cálcio;

- ▶ A dose de manutenção do sulfato de magnésio será administrada em bomba de infusão com programação exata para 24h;

- ▶ Avaliar a frequência respiratória da paciente antes e durante a administração da droga;

- ▶ Realizar cateterização vesical de demora para controle de diurese e balanço hídrico;
- ▶ Monitoração dos sinais vitais.

ATENÇÃO especial para:

- Frequência respiratória < 16 irpm horária;
- Diurese < 30 ml/hora;
- Alteração do reflexo patelar.

Esses sinais indicam impregnação pelo sulfato de magnésio, que pode levar à paralisia muscular, apneia e parada cardíaca. Caso ocorram, comunicar imediatamente à equipe médica.

Alta das gestantes hipertensas

A saída da paciente do setor de gestantes patológicas poderá se dar por transferência para o centro obstétrico ou CTI, ou ainda por alta para outra unidade hospitalar ou residência.

No caso de alta para residência, orientar quanto à importância de retorno ao pré-natal, à adesão à medicação e dieta prescritas e ao imediato retorno à unidade em caso de indicação do pré-natalista ou conforme determinados sinais e/ou sintomas apresentados. A cliente e/ou seus familiares deverão ser orientados sobre quais são esses sinais e/ou sintomas.

Deve-se devolver/entregar à cliente documentos como o Cartão da Gestante, com os dados referentes à internação e guias de referência/contrarreferência para o pré-natal.

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

Um percentual entre 10 e 15% das gestantes apresentam hemorragias que podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico. Durante a gestação, as mais importantes situações hemorrágicas, em função da frequência e importância clínica são: abortamento, abortamento habitual, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme), descolamento cório-amniótico, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta (DPP) e rotura uterina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM A GESTANTES EM PROCESSO DE ABORTAMENTO

A mulher em processo de abortamento, seja espontâneo ou provocado, demanda do profissional de enfermagem uma atitude de empatia, um atendimento isento de julgamentos morais e a implementação imediata da assistência de enfermagem, já que o abortamento e suas complicações continuam sendo uma das mais importantes causas de morte materna em nosso país.

Aborto é a morte ovular ocorrida antes da 22ª semana de gestação. O processo de eliminação deste produto conceptual é chamado aborto. O abortamento é precoce, quando ocorre até a 13ª semana e tardio quando ocorrido entre a 13ª e 22ª semanas de gestação.

- CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- ▶ Acolher e encaminhar a paciente ao leito, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la de possíveis dúvidas e orientá-la quanto à permanência no leito;

- ▶ Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;

- ▶ Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;

- ▶ Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;

- ▶ Puncionar acesso venoso periférico, de preferência utilizar um cateter de grosso calibre e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;

- ▶ Manter hidratação venosa com solução fisiológica a 0,9% para prevenir o choque hipovolêmico, conforme prescrição médica;

- ▶ Instituir o processo de enfermagem, realizando exame físico clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário;

- ▶ Verificar e registrar os sinais vitais (SV), conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados; atentar que os SV podem alertar para possíveis processos infecciosos ou choque hipovolêmico (aumento da temperatura corporal, taquicardia, dispneia etc.);

- ▶ Instituir balanço hídrico (atentar para a perda sanguínea transvaginal: volume, cor e odor);

- ▶ Avaliar atividade e tônus uterino;
- ▶ Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;
- ▶ Preparar a paciente para procedimento cirúrgico, quando indicado;
- ▶ Avaliar a evolução das condições físicas e emocionais da cliente, após o procedimento;
- ▶ Realizar o Acolhimento Mulher, garantindo a continuidade da atenção em nível ambulatorial.

Alta após abortamento

A saída da paciente poderá se dar por transferência para o CTI, para outra unidade hospitalar ou para a residência.

No caso de alta para residência, deve-se realizar o Acolhimento Mulher, visando garantir a continuidade da atenção em nível ambulatorial, orientar quanto aos cuidados com higiene corporal, alimentação, retorno à atividade laboral e sexual e adesão à medicação prescrita.

Deve-se devolver à cliente todos os exames externos.

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM PLACENTA PRÉVIA

É a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, no segmento inferior do útero, a partir da 20ª semana. Sua incidência é mais frequente em mulheres submetidas a várias cesarianas.

São três os tipos de placenta prévia, de acordo com a localização placentária, em relação ao orifício interno do colo:

- total, quando recobre toda a área do orifício interno;
 - parcial, quando o faz parcialmente;
 - marginal, quando a margem placentária atinge a borda do orifício interno, sem ultrapassá-lo.
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM
 - ▶ Acolher e encaminhar a paciente ao leito, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la de possíveis dúvidas e orientá-la quanto à necessidade de repouso no leito;
 - ▶ Orientar a gestante e/ou seu acompanhante, se for o caso, quanto ao funcionamento e rotinas do setor;

- ▶ Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
- ▶ Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
- ▶ Puncionar acesso venoso periférico, de preferência utilizar um cateter de grosso calibre e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;
- ▶ Instituir o processo de enfermagem, realizando exame físico, clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário;
- ▶ Monitorar os sinais vitais conforme prescrição de enfermagem ou, ainda, sempre que necessário;
- ▶ Avaliar perda sanguínea transvaginal: volume, cor, odor;
- ▶ Avaliar atividade e tônus uterino.

Alta da gestante com placenta prévia

A saída da paciente poderá se dar por transferência para o CTI, para outra unidade hospitalar ou para a residência.

No caso de alta para residência, orientar quanto à importância de retorno ao pré-natal, à adesão à medicação e dieta prescritas e ao imediato retorno à unidade em caso de indicação do pré-natalista ou conforme determinados sinais e/ou sintomas apresentados. A cliente e/ou seus familiares deverão ser orientados sobre quais são esses sinais e/ou sintomas.

Deve-se devolver/entregar à cliente documentos como o Cartão da Gestante, com os dados referentes à internação e guias de referência/contrarreferência para o pré-natal.

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)

O DPP é a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, em gestação com 22 ou mais semanas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Tal ocorrência está associada ao uso de drogas ilícitas, hipertensão arterial, anemia, desnutrição, fatores mecânicos (traumatismos, brevidade do cordão, torção do útero gravídico etc.), fatores placentários (placenta circunvalada, infartos).

O diagnóstico clínico é feito com base nos seguintes sinais e sintomas: dor abdominal súbita, pequeno sangramento de cor vermelho-escuro (em alguns casos, o sangramento fica oculto), útero hipertônico, doloroso e sensível à palpação, BCF inaudível, palidez de pele e mucosas. Alguns casos evoluem para choque grave e distúrbios da coagulação sanguínea. O diagnóstico é confirmado quando a imagem do ultrassom revela hematoma retroplacentário e BCF negativo.

- CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- ▶ Encaminhar a paciente ao leito com grades protetoras, fontes de oxigênio, vácuo e ar comprimido montados e com material de emergência adequado à mão, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la de possíveis dúvidas e orientá-la quanto à necessidade de repouso no leito;

- ▶ - Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;

- ▶ - Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;

- ▶ - Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;

- ▶ - Verificar e registrar os sinais vitais (SV), conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados. Atentar que os SV podem alertar para possíveis processos infecciosos ou choque hipovolêmico (aumento da temperatura corporal, taquicardia, dispneia etc.);

- ▶ Puncionar acesso venoso periférico, de preferência utilizar um cateter de grosso calibre e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;

- ▶ Manter permeabilidade venosa, para garantir a reposição volêmica/ correção de coagulopatias;

- ▶ Realizar cateterismo vesical;

- ▶ Instituir balanço hídrico (atentar para a perda sanguínea transvaginal: volume, cor e odor);

- ▶ Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;

- ▶ Instituir o processo de enfermagem, realizando exame físico, clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário.

Alta da gestante com descolamento prematuro de placenta (DPP)

A saída da paciente do setor de gestantes patológicas poderá se dar por transferência para o centro obstétrico, para o CTI, para outra unidade hospitalar ou residência.

No caso de alta para residência, orientar quanto à importância de retorno ao pré-natal, à adesão à medicação e dieta prescritas e ao imediato retorno à unidade em caso de indicação do pré-natalista ou conforme determinados sinais e/ou sintomas apresentados. A cliente e/ou seus familiares deverão ser orientados sobre quais são esses sinais e/ou sintomas.

Deve-se devolver/entregar à cliente documentos como o Cartão da Gestante, com os dados referentes à internação e guias de referência/contrarreferência para o pré-natal.

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM ROTURA UTERINA

É o rompimento da parede uterina. Geralmente acontece no decorrer do trabalho de parto, após a 28ª semana de gestação.

São descritas como causas mais frequentes: a hipercontratilidade uterina em pacientes com cirurgias uterinas anteriores; as iatrogenias, em virtude do uso inapropriado/inadequado do ocitócino e do misoprostol; cicatrizes de cesárea corporal anterior; tentativas de parto por via baixa em casos de desproporção cefalopélvicas; traumas externos; manobras de versão realizadas inapropriadamente.

Os sinais de alerta são a presença de contrações uterinas intensas e excessivamente dolorosas e a síndrome de distensão segmentar. Tal síndrome é identificada quando estão presentes os sinais de Bandel (presença do sinal quando o anel está próximo ou contíguo à cicatriz umbilical que separa o corpo do segmento inferior do útero) e Frommel (ligamentos redondos apresentam-se retesados e desviados para a frente).

O diagnóstico clínico é realizado com base no relato de dor abrupta e lancinante na região hipogástrica, intercalada com diminuição transitória da sensação dolorosa; presença de hemorragia interna e/ou externa; instalação do choque, secundário à hemorragia; sinais de irritação peritonial; paralisação do trabalho de parto; deformidade abdominal e BCF negativo.

O tratamento indicado é a correção cirúrgica, que varia desde a sutura uterina até a histerectomia. Cabe ressaltar que, até o ano de 2006, a hemorragia foi a segunda causa de óbito materno no Município do Rio de Janeiro² e que a vigilância e a agilidade são fatores cruciais para o sucesso do tratamento instituído.

- CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO ADMITIR A PACIENTE
 - ▶ Encaminhar a paciente ao leito com grades protetoras, fontes de oxigênio, vácuo e ar comprimido montados e com material de emergência adequado à mão, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la de possíveis dúvidas e orientá-la quanto à necessidade de repouso no leito;
 - ▶ Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;
 - ▶ Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
 - ▶ Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
 - ▶ Verificar e registrar os sinais vitais (SV), conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados; atentar que os SV podem alertar para possíveis processos de choque hemorrágico e/ou hipovolêmico (hipotensão arterial, taquicardia, dispneia etc.);
 - ▶ Puncionar acesso venoso periférico, de preferência utilizar um cateter de grosso calibre e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;
 - ▶ Manter permeabilidade venosa, para garantir a reposição volêmica/correção de coagulopatias;
 - ▶ Realizar cateterismo vesical;
 - ▶ Instituir balanço hídrico (atentar para a perda sanguínea transvaginal: volume, cor e odor);
 - ▶ Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;
 - ▶ Instituir o processo de enfermagem realizando exame físico clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário.

² Dado extraído do relatório anual (2006) do Comitê Municipal de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna, SMS-RJ.

Transferência da gestante com rotura uterina

A saída da paciente do setor de emergência será por transferência para o centro cirúrgico, tendo em vista a agilidade que o caso requer. Após o tratamento cirúrgico e findada a recuperação pós-anestésica, poderá ser encaminhada para o CTI ou para outra unidade hospitalar.

No caso de transferência para outra unidade hospitalar, deve-se devolver/entregar à cliente, seu acompanhante ou equipe de saúde responsável pelo transporte documentos como o Cartão da Gestante e os dados referentes à internação. A cliente e/ou seus familiares deverão ser informados sobre seu quadro clínico, motivo e local de transferência.



ATENÇÃO DE ENFERMAGEM A GESTANTES COM ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES

É a rotura da bolsa amniótica em qualquer período acima da 20ª semana de gestação e antes do início do trabalho de parto.

Em cerca de 90% dos casos, o trabalho de parto desencadeia-se em 24 horas. Em idades gestacionais inferiores a 37 semanas, é responsável por 33% dos partos prematuros, o que contribui para o aumento da mortalidade perinatal. O risco de morte materna fica agravado pela possibilidade de infecções.

- CUIDADOS DE ENFERMAGEM
 - ▶ Acolher e encaminhar a cliente ao leito, apoiá-la emocionalmente, orientá-la sobre a importância do repouso no leito, de preferência em decúbito lateral esquerdo;
 - ▶ Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;
 - ▶ Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;
 - ▶ Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;
 - ▶ Orientar a cliente sobre a higiene perineal rigorosa, bem como a troca de absorventes perineais sempre que necessário;
 - ▶ Indagar sobre movimentos fetais ativos, se idade gestacional for maior ou igual a 20ª semana;

- ▶ Monitorar atividade e tônus uterino;
- ▶ Averiguar para as perdas transvaginais, atentando para características como cor, odor e volume das perdas;
- ▶ Manter acesso venoso e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;
- ▶ Instituir o processo de enfermagem, realizando exame físico, clínico e obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário;
- ▶ Verificar e registrar os sinais vitais (SV) conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados; atentar que os SV podem alertar para possíveis processos infecciosos ou choque hipovolêmico (aumento da temperatura corporal, taquicardia, dispneia etc.);
- ▶ Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;
- ▶ Auscultar BCF;
- ▶ Evitar toques vaginais desnecessários;
- ▶ Atentar quanto ao material estéril para os toques vaginais;
- ▶ Atentar quanto ao risco de prolapso do cordão umbilical;
- ▶ Colher amostras de sangue para leucograma seriado conforme rotina da instituição;
- ▶ Atentar quanto aos sinais de infecção materna: febre, dor à palpação abdominal, alterações do líquido amniótico (principalmente purulência e fetidez) e taquicardia fetal.

Alta da gestante com rotura prematura das membranas ovulares

A saída da paciente do setor de gestantes patológicas poderá se dar por transferência para o centro obstétrico, para o CTI, para outra unidade hospitalar ou residência.

No caso de alta para residência, orientar quanto à importância de retorno ao pré-natal, à adesão à medicação e dieta prescritas e ao imediato retorno à unidade em caso de indicação do pré-natalista ou conforme determinados sinais e/ou sintomas apresentados. A cliente e/ou seus familiares deverão ser orientados sobre quais são esses sinais e/ou sintomas.

Deve-se devolver/entregar a cliente documentos como o Cartão da Gestante, com os dados referentes à internação e guias de referência/contrarreferência para o pré-natal.



DIABETES MELLITUS

É uma doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente por macrosomia e malformações fetais.

Classificação:

- Diabetes pré-gestacional - inclui o diabetes prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2 ou outros;
- Diabetes gestacional - diagnosticado durante a gravidez.

- CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- ▶ Acolher e encaminhar a paciente ao leito, apoiá-la emocionalmente, esclarecê-la de possíveis dúvidas e orientá-la quanto ao repouso relativo no leito, de preferência em decúbito lateral esquerdo (DLE).

- ▶ Orientar a gestante e/ou seu acompanhante quanto ao funcionamento e rotinas do setor;

- ▶ Registrar horário de admissão e condições gerais da paciente;

- ▶ Observar e registrar nível de consciência e grau de orientação no tempo e no espaço;

- ▶ Puncionar acesso venoso periférico, de preferência utilizar um cateter de grosso calibre e colher amostra sanguínea para exames laboratoriais de emergência;

- ▶ Manter hidratação venosa com solução fisiológica a 0,9% para prevenir o choque hipovolêmico, conforme prescrição médica;

- ▶ Instituir o processo de enfermagem realizando exame físico, clínico e gineco-obstétrico, prescrição de enfermagem que será reavaliada diariamente ou sempre que necessário;

- ▶ Verificar e registrar os sinais vitais (SV), conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados;

- ▶ Avaliar atividade e tônus uterino;

- ▶ Implementar terapêutica medicamentosa prescrita;
- ▶ Indagar sobre movimentos fetais ativos, se idade gestacional for maior ou igual que 20 semanas;
- ▶ Avaliar altura uterina e circunferência abdominal;
- ▶ Pesar diariamente em jejum a gestante;
- ▶ Auscultar BCF;
- ▶ Informar à gestante sobre a sua condição clínica;
- ▶ Orientar quanto ao efeito materno-fetal do diabetes;
- ▶ Atentar quanto aos sinais de infecção, principalmente urinária;
- ▶ Realizar e registrar haemogloteste nos horários padronizados ou quando necessário;
- ▶ Observar rigorosamente a dosagem e tipo de insulina (NPH ou regular) a ser administrada;
- ▶ Realizar o rodízio do local de aplicação da insulina;
- ▶ Orientar a cliente quanto ao autocuidado;
- ▶ Manter hidratação com soro glicosado a 5% e a verificação dos níveis glicêmicos de forma regular, através do haemoglotest, nos casos de jejum prolongado para interrupção da gravidez;
- ▶ Atentar quanto aos sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, mal-estar, sensação de “vazio” na cabeça, diminuição do turgor cutâneo, mucosas secas, alterações da consciência, taquicardia, letargia, coma e convulsão;
- ▶ Atentar quanto aos sinais e sintomas de hipoglicemia: tremores, dormência perioral, sudorese intensa, palidez, palpitações, fome intensa, visão turva, tonturas, cefaleia, irritabilidade, distúrbios de comportamento, convulsão, perda da consciência e coma.

Alta da gestante com Diabetes Mellitus

A saída da paciente do setor de gestantes patológicas poderá se dar por transferência para o centro obstétrico, para o CTI, para outra unidade hospitalar ou residência.

No caso de alta para a residência, realizar as orientações sobre cuidados com higiene corporal; alimentação; administração de insulina, se for o caso; retorno à atividade laboral e sexual. Reforçar quanto à importância de retorno ao pré-natal, à adesão à medicação e dieta prescritas e ao

imediatamente retorno à unidade em caso de indicação do pré-natalista ou conforme determinados sinais e/ou sintomas apresentados. A cliente e/ou seus familiares deverão ser orientados sobre quais são esses sinais e/ou sintomas.

Deve-se devolver/entregar a cliente documentos como o Cartão da Gestante, com os dados referentes à internação e guias de referência/contrarreferência para o pré-natal.



INFECÇÃO PUERPERAL

O conceito de infecção puerperal está diretamente ligado ao de morbidade febril puerperal, que é a temperatura de, no mínimo, 38°C durante dois dias quaisquer, dos primeiros 10 dias pós-parto, excluindo as 24 horas iniciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Neste período, podem surgir vários focos de infecção se alguns cuidados não forem instituídos. A mais comum, nesses casos, é aquela que se origina do aparelho genital após o parto recente e o agente etiológico frequentemente identificado é a *Escherichia coli*. Contudo, também pode ocorrer a infecção das mamas (mastite), da ferida operatória (nos casos de parto cesáreo), da episiotomia (nos casos de parto normal), a decorrente da existência de restos placentários.

Vale ressaltar que os principais fatores de risco são: ruptura prematura das membranas ovulares e/ou trabalho de parto prolongados; manipulação vaginal excessiva (toques); más condições de assepsia; debilidade imunológica; desnutrição ou obesidade; traumas cirúrgicos; operação cesariana e retenção de restos ovulares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Os casos leves podem ser tratados ambulatorialmente, porém as infecções mais graves requerem a internação.

A atuação da enfermagem será no sentido de evitar a infecção puerperal. No entanto, quando essa instala-se, as condutas de enfermagem estarão condicionadas ao quadro clínico apresentado pela cliente.

- CUIDADOS DE ENFERMAGEM
 - ▶ Realizar exame físico gineco-obstétrico/clínico diário (atentar para as alterações das mamas e dos mamilos, da ferida operatória ou da episiotomia, da loquiação - odor e coloração e eliminações vesicais);

- ▶ Verificar e registrar os sinais vitais (SV), conforme prescrição de enfermagem, instituindo as medidas cabíveis face aos valores encontrados;

- ▶ Realizar avaliação do 5º sinal vital – DOR (localização, duração e intensidade);

- ▶ Observar e avaliar as mamadas e corrigir, caso necessário, a posição e pega da aréola;

- ▶ Orientar e realizar a massagem e ordenha das mamas e/ou solicitar apoio do banco de leite;

- ▶ Realizar punção de veia periférica, nos casos em que a equipe médica instituir o tratamento com antibioticoterapia venosa;

- ▶ Realizar curativo da ferida operatória ou episiotomia, de acordo com as orientações dos manuais técnicos do Ministério da Saúde;

- ▶ Realizar avaliação dos resultados dos exames laboratoriais, como hemograma completo e EAS, e comunicar/encaminhar ao médico quando da existência de alguma alteração.

Alta da mulher com infecção puerperal

A saída da paciente do setor de puérperas poderá se dar por transferência para o centro obstétrico, para o CTI, para outra unidade hospitalar ou residência.

No caso de alta para residência, orientar quanto à importância da adesão à medicação prescrita, ao autocuidado, retorno à atividade laboral e sexual e à unidade básica de saúde para acompanhamento pós-natal.

Deve-se devolver/entregar à cliente documentos com os dados referentes à internação e guias de referência/contrarreferência para o pós-natal.



PARTE V

O CUIDADO À MÃE E AO BEBÊ NO PÓS-NATAL AMBULATORIAL

Compreende o retorno da mulher e do recém-nascido à unidade básica de saúde após a alta hospitalar. Esse retorno deve ocorrer entre 7 a 10 dias após o parto e agendado no momento da alta hospitalar para a UBS mais próxima à residência da puérpera. O encaminhamento é realizado mediante cartão de acolhimento mãe e bebê ou do cartão da gestante (encaminhamento apenas da puérpera). Em alguns casos, esse retorno pode ser para a Casa de Parto ou maternidade onde a mulher foi atendida.

O objetivo da consulta pós-natal é avaliar as condições gerais de saúde da mulher e do bebê; orientar e apoiar a família para a amamentação e quanto aos cuidados com o recém-nascido; avaliar o vínculo mãe-bebê; identificar e conduzir situações de risco ou intercorrências e orientar quanto ao planejamento familiar.

Cuidados de enfermagem com a puérpera

- ▶ Verificar o cartão da gestante e perguntar à mulher sobre o curso da sua gestação, dados do parto e nascimento do RN e uso de medicamentos;

- ▶ Indagar e orientar sobre o aleitamento, cuidados com as mamas/mamilos, alimentação, sono, atividades físicas, atividade sexual, dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre, desejo de ter mais filhos, uso de método contraceptivo e ativação de método contraceptivo (se for o caso), estado de humor, pessoa de apoio para as atividades no lar e com o RN, cuidados com o RN e vacinas;

- ▶ Realizar o exame clínico-ginecológico;

- ▶ Agendar consulta puerperal para até 42 dias após o parto.

Cuidados de enfermagem com o RN

- ▶ Verificar os dados contidos na Caderneta de Saúde da Criança;

- ▶ Verificar o peso do nascimento e o atual para avaliar ganho ou perda ponderal;

- ▶ Realizar exame físico cefalocaudal, atentando para a hidratação através do turgor da pele e fontanelas, para a icterícia — através da coloração da pele e esclerótica — e características do coto umbilical;

- ▶ Avaliar e registrar sinais vitais;

- ▶ Investigar eliminações vesicointestinais;

- ▶ Observar e avaliar posicionamento, pega e sucção do RN ao seio materno;

- ▶ Investigar aleitamento exclusivo e risco para desmame;

- ▶ Em caso de necessidade, encaminhar ao Banco de Leite (da unidade ou referenciado);

- ▶ Investigar a realização do teste do pezinho, vacinas (Hepatite B e BCG).

CONCLUSÃO

A enfermagem obstétrica da SMSDC do Rio de Janeiro, representada nesta produção por este grupo técnico, reitera que sua prática tem, como premissa maior, a concordância com os estudos realizados e apoiados pela cientificidade, que constituem a chamada “atenção baseada em evidências”. Nessa linha de entendimento, apoiamos a orientação emitida pelo Ministério da Saúde relativa à atenção a partos de que: “os benefícios e, em decorrência, os melhores resultados maternos e perinatais relacionam-se diretamente à assistência humanizada, respeitando-se os direitos da parturiente, resgatando o seu papel como protagonista e incentivando o parto natural.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. p.86).

Todas as ações de enfermagem descritas nesse manual visam a esse momento: uma mulher, de preferência com o seu bebê, ambos de alta e saudáveis, encaminhados ou retornando para a atenção básica, onde continuarão a participar de ações e atividades que promovam a saúde da mulher e da criança.

Compreendemos que no entanto, algumas vezes, esse desfecho não é possível ou o percurso até ele é cheio de intercorrências. Almejamos que, em qualquer situação, a mulher, o seu bebê e sua família possam contar com a Enfermagem da SMSDC, acreditamos em uma Enfermagem comprometida com os Princípios do SUS e com a Assistência Humanizada ao parto e Nascimento, e a cada dia mais capacitada tecnicamente.

Essa foi nossa maior motivação ao escrever essas Diretrizes.

BIBLIOGRAFIA

ARAÚJO, I. E. M. et al. *Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Internação*: desenvolvimento e implantação de roteiro direcionador, relato de experiência. São Paulo: Acta Paul Enf.; 9:18-25, 1996.

BALASKAS, J. *Parto Ativo*: guia prático para o parto normal. 2. ed. São Paulo: Ed. Ground, 1991.

BERQUÓ, E. (org). *Sexo & Vida*: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento*: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*. Grupo Curumirim. Gestação e Parto (ONG). Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *Pré-Natal e Puerpério*: atenção qualificada e humanizada manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. *Assistência Pré-Natal*. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Mulher Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *Gestação de Alto Risco*. 4. ed. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. *Parto, Aborto e Puerpério*: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. *Urgências e Emergências Maternas*: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da Mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Normas Básicas para Alojamento Conjunto*. Portaria MS/GM no 1.016, 26 de agosto de 1993. DOU no 167 de 1/9/93, seção I, p. 13.066.

BRÜGGERMANN, O. M; PARPINELLI, M. A; OSIS, M. J. D. *Evidências sobre o Suporte Durante o Trabalho de Parto/Parto*: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5): 1316-1327, set-out, 2005.

- BUCHHAVE, P. et al. Risk Factors for Rupture of the Anal Sphincter. *J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 87(2):129-32, Dez. 1999. Medline. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin>>. Acesso em: 02 nov. 2002.
- BURROW, G. N.; Ferris, T. F. *Complicações Clínicas durante a Gravidez*. 4. ed. São Paulo: Ed. Roca, 1996.
- CAMPEDELLI, M. C. et al. *Processo de Enfermagem na Prática*. São Paulo: Ática, 1989.
- CARRIÈRE, B. *Bola Suíça: teoria, exercícios básicos e aplicação clínica*. 1. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- CLUETT, E. R; NIKODEM, V. C; MCCANDLISH, R. E; BURNS, E. E. *Imersion in Water in Pregnancy, Labour and Birth*. Cochrane Database Syst Rev, (2): CD000111, 2004.
- DELASCIO, D; GUARIENTO, A. *Obstetrícia Normal Briquet*. São Paulo: Ed. Sarvier, 1994.
- ENNING, C. *O Parto na Água: um guia para pais e parteiros*. Tradução e co-autoria de Heinz Roland Jakobi. São Paulo: Manole, 2000.
- ENKIN, M. W. et al. *Guia para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto*. Tradução Cláudia Lúcia Caetano de Araújo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- FUENTE, P. Deambulação Durante o Trabalho de Parto e Tipos de Puxos: sua influência sobre a evolução do parto e o bem-estar fetal. In: SABATINO, H. et al. *Parto Humanizado: formas alternativas*. 2. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2000.
- GONZALEZ, H. *Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia*. São Paulo: SENAC, 1994.
- GONZÁLEZ, E. B; ORTIZ, M. R. *Posiciones Maternas Durante el Parto: alternativas a la posición ginecológica*. Revista de la Facultad de Ciências de la Salud. Madri, v. 3, 2005.
- GUPTA, J. K; HOFMEYR, G. J; SMYTH, R. Position in the Second Stage of Labour for Women Without Epidural Anaesthesia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2007.
- GUYTON, A. C. *Tratado de Fisiologia Médica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1976.
- INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA. Centro de Atenção à Mulher. *Obstetrícia Diagnóstico e Tratamento*, 1998.
- KORCZYNSKI, J. *Routine Episiotomy in Modern Obstetrics*. Is it necessary? *Przeegl lek*; 59(2):95-7,2002.Medline. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin>>. Acesso em: 02 nov. 2002.
- LARA, S. R., VASCONCELLOS NETO, L.C., POSSO M. B. S. *Amnioscopia como Método de Avaliação de Risco Fetal e Perinatal*. Arquivos Médicos do ABC; (28-31), 2003.
- LOWDERMILK, L. D.; PERRY, S.; BOBCK E. *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2002.

- MEDINA, E. T. *Tecnologias de Cuidado de Enfermagem Obstétrica e seus Efeitos sobre o Trabalho de Parto: um estudo exploratório*. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.
- MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/Deambulação no Trabalho de Parto: uma revisão. *Acta Scientiarum*. Health Sciences. Maringá, v.26, n.2, p.295-302, 2004.
- MANUAL DO PARTO HUMANIZADO. Projeto Luz da JICA – agência de Cooperação Internacional do Japão/Governo do Estado do Ceará. Fortaleza: Tipogresso, 2000.
- MATTOS, V. D.; BARBOSA, M. C. *Métodos Alternativos de Assistência ao Parto: banquinho em “U” e banho morno*. Dissertação de Especialização. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2001.
- NEME, B. *Obstetrícia Básica*, São Paulo: ed Sarvier, 2000.
- NEVES, E. P. ; VARGENS, O. M. C. *Los Programas de Doctorado en Enfermería ante Los Avances Científicos y Tecnológicos: desafios e perspectivas*. Palestra proferida na Primeira Reunião de Programas de Doctorado em Enfermería para América Latina. Monterrey, México, Nov. 2001.
- NUNES, S; VARGENS, O. M. C. *A Crioterapia como Estratégia para Alívio da Dor no Trabalho de Parto: um estudo exploratório*. Rev Enferm. UERJ; 15 (3): 337-342, jul-set, 2007.
- ODENT, M. *Água e Sexualidade*. Tradução de Fátima Marques. 1. ed. São Paulo: Siciliano, 1991.
- _____. *A Cientificação do Amor*. Florianópolis: Saint Germain, 2002a.
- _____. *O Renascimento do Parto*. Florianópolis: Saint Germain, 2002b.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996.
- OXORN, H. *Trabalho de Parto*. 5. ed. São Paulo: Ed. Roca, 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Manejo das Complicações na Gestação e no Parto*. Tradução Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 366p, 2005.
- ROCHA, F. A. F. *A Trajetória de Gestantes e Parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública /Fundação Oswaldo Cruz. 2004.
- SMITH, C. A; COLLINS, C. T; CYNA, A. M; CROWTHER, C. A. *Complementary and Alternative Therapies for Pain Management in Labour*. Cochrane Database Syst Rev, Oct 18; (4): CD003521, 2006.
- PACIORNIK, M. *Parto de Cócoras*. 3. ed. São Paulo: Centro de Arte e Cultura Artesanal, 1991.

- PROGIANT, J. M. *Fórum Permanente de Enfermeiras Obstetras: relatório final da 1ª etapa*. Rio de Janeiro, NEPEN – MUSAS, 1999.
- _____. *Parteiras, Médicos e Enfermeiras: a disputada arte de partejar* (Rio de Janeiro – 1934 / 1951). 2000. Tese (Doutorado) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia Fundamental*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- RODRIGUES, L. P. F. *Dar à luz... Renascer: gravidez e parto*. São Paulo: Agora, 1997.
- SABATINO, H; DUNN, P. M; CALDEYRO-BARCIA, R. *Parto Humanizado: formas alternativas*. Campinas: Unicamp, 2000.
- RISKIN-MASHIAH, S.; O'BRIAN SMITH, E.; WILKINS, I. A. *Risk Factors for Severe Perineal Tear: can we do better?* Am J Perinatologia,19(5):225-34,2002 jul. Medline. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin>>. Acesso em: 15 nov. 2009.
- TORRES, J. Á. *Concepções de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica: Estudo Sociopoético*. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.
- VINAVER, N. *A Intuição e a Sexualidade no Parto e Nascimento*. Palestra proferida na I Reunião Científica Internacional da ABENFO-NACIONAL. Rio de Janeiro, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Manejo das Complicações na Gestação e no Parto*. Tradução Ana Thorell; Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ZUGAIB, M; RUOCCO, R. M. S. A. *Pré-Natal. Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP*. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

ANEXOS

ANEXO A

APRESENTAÇÃO DAS UNIDADES

As maternidades da SMSDC-RJ, dependendo do grau de complexidade dos seus recursos, oferecem assistência tanto em partos normais quanto em situações de risco, decorrentes de anormalidades na saúde da mãe ou do recém-nascido. Estes, quando prematuros ou gravemente enfermos, geralmente necessitam de atendimento em unidades de tratamento intensivo (UTIs) ou em unidades intermediárias (UIs), disponíveis nas maternidades de risco. Atualmente, a rede conta com oito maternidades e uma Casa de Parto, distribuídas entre as diferentes regiões (áreas programáticas/AP) da cidade.

HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO MAGALHÃES

Unidade de referência para gestação de alto risco e atendimento a vítimas de violência sexual, inclusive para o aborto previsto em lei. Foi a primeira unidade a implantar a atenção ao parto normal por enfermeiras obstetras na rede municipal (1988).



Inauguração da maternidade: 06 de Julho de 1955.

Endereço: Rua General José Cristino, 87. São Cristóvão.

Telefone: 2580-8343 / 2580-1132

HOSPITAL MATERNIDADE OSWALDO NAZARETH

Unidade de referência para acompanhamento de gestantes diabéticas e adolescentes e para o atendimento a vítimas de violência sexual. Tem o título de Hospital Amigo da Criança.



Inauguração da maternidade: 21 de janeiro de 1974
Endereço: Praça XV de Novembro, nº 4, fundos. Centro. CAP 1.0.
Telefone: 2507-6001

MATERNIDADE DO HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO

Está inserida em um hospital de emergência localizado no bairro da Gávea.



Inauguração da maternidade: 25 de outubro de 1936
Endereço: Rua Mário Ribeiro, 117. Gávea – CAP 2.1.
Telefone: 3111-3600 / 3111-3711

MATERNIDADE DO HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK

Está inserida em um Hospital Geral na Ilha do Governador. Atende ao baixo risco obstétrico.



Inauguração da maternidade: 06 de agosto de 1935.

Endereço: Estrada da Cacuia, 745. Ilha do Governador.

Telefone: 3111-7705 / 3111-7706.

Capacidade instalada: 14 leitos obstétricos

HOSPITAL MATERNIDADE CARMELA DUTRA

Maternidade que alia o maior número de mulheres atendidas à garantia das práticas humanizadas na atenção perinatal. É uma das maiores unidades materno-infantis da rede municipal de saúde, atende ao baixo risco e é referência para o alto risco materno, principalmente a hipertensão gestacional, além de ser referência para o atendimento de vítimas da violência sexual. Recebeu o título de Hospital Amigo da Criança.



Inauguração da maternidade: 19 de novembro de 1947

Endereço: Rua Aquidabã, 1037, Lins de Vasconcelos.

Telefone: 2597-3552 / 2269-5446

HOSPITAL MATERNIDADE ALEXANDER FLEMING

Foi uma das primeiras maternidades da rede a instituir o projeto de assistência ao parto de baixo risco pela enfermagem obstétrica e a primeira da rede a receber o título de Hospital Amigo da Criança. Referência para o atendimento a vítimas de violência sexual.



Inauguração da maternidade: 26 de Janeiro de 1956
Endereço: Rua Jorge Schimdt, 331. Marechal Hermes.
Telefone: 2450-2580 / 2450-2007.

HOSPITAL MATERNIDADE HERCULANO PINHEIRO

A mais antiga das maternidades da rede municipal de saúde. Atende prioritariamente a gestantes de baixo risco. É referência para o atendimento a vítimas de violência sexual e possui o título de Hospital Amigo da Criança.



Inauguração da maternidade: 1933
Inauguração das novas instalações: 22 de maio de 1997
Endereço: Av. Edgard Romero, 276. Madureira.
Telefone: 3390-0180 / 3390-1217

UNIDADE MATERNO-INFANTIL LEILA DINIZ / HOSPITAL MUNICIPAL LOURENÇO JORGE

Maternidade pioneira nas práticas de humanização da atenção obstétrica. Criou e desenvolveu uma assistência diferenciada ao parto de baixo risco, com uma equipe de enfermagem obstétrica capacitada e envolvida com esta proposta de trabalho. É referência para o atendimento a vítimas de violência sexual.



Inauguração da maternidade: 09 de Junho 1994
 Inauguração nas novas instalações: 02 de Janeiro de 2008
 Endereço: Avenida Ayrton Senna, 2000. Barra de Tijuca.
 Telefone: 3111-4950 / 3111-4601/ 3111-4909

CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO

É a única casa de parto da cidade e do estado do Rio de Janeiro. Funciona somente com enfermeiros obstetras e proporciona à população um atendimento diferenciado, voltado para a comunidade ao seu entorno. Traz a proposta de um ambiente acolhedor, semelhante a uma residência, onde se incentiva e facilita a participação da família em todas as etapas do processo gestacional. As gestantes de baixo risco são acompanhadas durante o pré-natal, parto e puerpério, e se respeita o papel da mulher como protagonista deste processo.



Inauguração: 08 de Março de 2004
 Endereço: Rua Pontalina, sem número. Realengo.
 Telefone: 3335-2535.

ANEXO B

LEGISLAÇÕES E RESOLUÇÕES QUE DISPÕEM SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM:

LEGISLAÇÕES E RESOLUÇÕES:

LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.

DISPÕE SOBRE A REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

- i) consulta de Enfermagem;
- j) prescrição da assistência de Enfermagem;
- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987.

REGULAMENTA A LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986, QUE DISPÕE SOBRE O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

Art. 3º - A prescrição da assistência de Enfermagem é parte integrante do programa de Enfermagem.

Art. 8º - Ao Enfermeiro incumbe:

- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

RESOLUÇÃO COFEN-159/1993

DISPÕE SOBRE A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Considerando que a partir da década de 60 vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública a consulta de Enfermagem, como uma atividade fim;

Considerando que a Consulta de Enfermagem, sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade;

Considerando que a Consulta de Enfermagem compõe-se de Histórico de Enfermagem (compreendendo a entrevista), exame físico, diagnóstico de Enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem;

Considerando a institucionalização da consulta de Enfermagem como um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população;

RESOLUÇÃO DO COFEN Nº 272/2002

DISPÕE SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE - NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade; CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

Resolução COFEN-195/1997

DISPÕE SOBRE A SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA E COMPLEMENTARES POR ENFERMEIRO

Considerando que para a prescrição de medicamentos em programa de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, o Enfermeiro necessita solicitar exame de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao paciente sem risco para o mesmo;

Resolução COFEN Nº 271/2002

REGULAMENTA AÇÕES DO ENFERMEIRO NA CONSULTA, PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS E REQUISIÇÃO DE EXAMES.

Considerando os programas do Ministério da Saúde: “DST/AIDS/COAS”; “Viva Mulher”; “Assistência Integral e Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC);” “Controle de Doenças Transmissíveis” dentre outros, Considerando Manuais de Normas Técnicas publicadas pelo Ministério da Saúde: “Capacitação de Enfermeiros em Saúde Pública para SUS - Controle das Doenças Transmissíveis”; “Pré-Natal de Baixo Risco” - 1986; “Capacitação do Instrutor/Supervisor/Enfermeiro na área de controle da Hanseníase” - 1988; “Procedimento para atividade e controle da Tuberculose” - 1989; “Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas Poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase” - 1990; “Guia de Controle de Hanseníase” - 1994; “Normas de atenção à Saúde Integral do Adolescente” - 1995; Considerando o Manual de Treinamento em Planejamento Familiar para Enfermeiro da Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF); Resolve: Art. 1º - O Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

ANEXO C**ANO XXII • Nº 150 • D.O. RIO DE 23/10/2008**

OFÍCIO GP/CM N.º 1.119 EM 22 DE OUTUBRO DE 2008.

Senhor Presidente,

Dirijo-me a Vossa Excelência para comunicar que, nesta data, sancionei o Projeto de Lei n.º 1.667-A, de 2008, de autoria do Ilustre Senhor Vereador Charbel Zaib, que “Dispõe sobre a inclusão do quesito raça nos formulários de informações em saúde do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências”, cuja segunda via restituo-lhe com o presente.

Aproveito o ensejo para reiterar a Vossa Excelência meus protestos de estima e distinta consideração.

CESAR MAIA

Ao Exmo. Sr. Vereador ALOÍSIO FREITAS

Presidente da Câmara Municipal do Rio de Janeiro

LEI N.º 4.930 DE 22 DE OUTUBRO DE 2008.

Dispõe sobre a inclusão do quesito raça nos formulários de informações em saúde do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências.

Autor: Vereador Charbel Zaib

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1.º Passa a ser obrigatória a inclusão da informação “raça” em todos os formulários de saúde do Município do Rio de Janeiro.

Parágrafo único. Para fins de aplicação da presente Lei, entende-se por formulário de saúde os seguintes documentos: fichas de admissão, fichas ambulatoriais, requerimentos de exame, entre outros.

Art. 2.º A coleta da informação “raça” obedecerá ao critério de autodeclaração por parte do paciente, conforme as diretrizes estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE.

Art. 3.º Nos casos em que o paciente se encontrar impossibilitado de prestar a informação de que trata a presente Lei, caberá aos seus familiares ou responsável fazê-lo.

Art. 4.º Caberá ao Poder Executivo dar as providências necessárias para a regulamentação e aplicação da presente Lei.

Art. 5.º Esta Lei entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

CESAR MAIA

ANEXO D

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO

www.coren-rj.org.br

LEGISLAÇÃO > DECISÕES COREN-RJ

DECISÃO COREN 1161/1998

Dispõe sobre: "**Atuação do Enfermeiro em Cardiotocografia**".

O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, no uso de sua competência estabelecida pelo **Artigo 15, Inciso II da Lei 5.905 de 12 de julho de 1973**, tendo em vista a deliberação do Plenário em sua **265ª REUNIÃO ORDINÁRIA**.

Considerando a Lei 7.498/86 de 25 de junho de 1986, Artigo 11, Inciso II, alínea g, que cabe ao Enfermeiro:
- "prestação de assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera";

Considerando o Decreto 94.406/87, de 08 de junho de 1987, Artigo 8º, Inciso I, alínea h, que é da competência do Enfermeiro:

"prestar cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas";

Considerando o Decreto 94.406/87, de 08 de junho de 1987, Artigo 8º, Inciso II, alínea q, que descreve sobre:
"participação do Enfermeiro no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde";

Considerando que o Enfermeiro deve ter preparo técnico e científico para realização e interpretação, dos exames fisiológicos de Cardiotocografia, apto para identificação das alterações patológicas, tomando as providências necessárias de encaminhamento dos mesmos ao obstetra.

Considerando que o exame de CTG é um avanço tecnológico em obstetrícia que proporciona investigar a vitalidade fetal, portanto de muita importância na detecção da asfixia perinatal.

Considerando que o profissional de Enfermagem presta assistência à saúde visando à promoção do ser humano como um todo (Artigo 5º do Código de Ética).

Considerando que o Técnico e o Auxiliar de Enfermagem tem suas atividades descritas pelo Decreto nº 94.406/87, Artigo 11, Inciso I, cabendo-lhes:

"preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos", executando as seguintes etapas de exame:

- 1- Colocar o paciente em posição adequada na mesa;
- 2- Instalar o transdutor uterino e fetal;
- 3- Ligar o aparelho de cardiotocografia;
- 4- Manter o foco de batimentos cardio fetais;
- 5- Proceder o registro da paciente.

DECIDE:

Art. 1º Ao Enfermeiro cabe realizar e interpretar os exames fisiológicos de cardiocografia basal, registrando o sentido traçado, por estar capacitado técnico, científico e legalmente para exercer esta atividade, bem como identificar as alterações encaminhando o exame interpretado ao obstetra.

Art. 2º A capacitação técnica e científica do Enfermeiro, se fará através de:

- Cursos de especialização em Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica e habilitação em Enfermagem Obstétrica;
- Cursos específicos de cardiocografia oferecidos por entidades científicas da área de saúde.
- Programas de treinamentos em serviço.

Art. 3º Esta Decisão entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 21 de agosto de 1998.

Carmen Lúcia Monteiro Garcia
Primeira Secretária

Enº Prof. Virgínio Farias
Presidente

