



MATERNIDADE MOURA TAPAJÓZ



Protocolo de Assistência ao Parto e Nascimento da Maternidade Dr. Moura Tapajóz





SEMSA
Secretaria Municipal
de Saúde

Maternidade Dr. Moura Tapajóz
Av. Brasil, 1335 - Compensa
CEP: 69036-110
T: (92) 3216-8158
direcao.mmt@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 2 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Prefeito Municipal de Manaus
Arthur Virgílio do Carmo Ribeiro Neto

Vice-Prefeito Municipal
Marcos Sérgio Rotta

Secretário Municipal de Saúde
Marcelo Magaldi Alves

Subsecretária Municipal de Gestão Administrativa e Planejamento
Elisangela Machado de Macedo dos Santos

Subsecretária Municipal de Gestão da Saúde
Adriana Lopes Elias

Diretora da Maternidade Dr. Moura Tapajóz
Núbia Pereira da Cruz

Chefe da Divisão Administrativa da Maternidade Dr. Moura Tapajóz
Álvaro Leandro da Rocha Rodrigues Queiroz

Chefe de Enfermagem da Maternidade Dr. Moura Tapajóz
Everton de Freitas Gomes

Chefe da Divisão Técnica da Maternidade Dr. Moura Tapajóz
Antônio Carlos Luzio



SEMSA
Secretaria Municipal
de Saúde

Maternidade Dr. Moura Tapajóz
Au. Brasil, 1335 - Compensa
CEP: 69036-110
T: (92) 3216-8158
direcao.mmt@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 3 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

Organização: Loiana Alencar de Melo
Maria Elizete de Almeida Araújo
Valéria Almeida Bentes

Colaboradores:

Antônio Carlos Luzio – Médico Obstetra
Elzilene Gondim Viegas – Médico Obstetra
Everton de Freitas Gomes – Enfermeiro Obstetra
Geraldo Felipe da Costa Marques Barbosa – Médico Obstetra
Glenda Louise da Costa Caxeixa Amorim – Enfermeira
Paula Célia Dias Menezes – Médica Neonatologista
Paulo Wagner Brandão de Souza – Médico Neonatologista
Alessandra Mara Souza de Menezes – Médica Obstetra
Mônica Gondim Assumpção Casara de Rivoredo – Fisioterapeuta

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 4 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Sumário

SUMÁRIO.....	4
1. APRESENTAÇÃO.....	10
1.1 FINALIDADE.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	11
1.3 ABRANGÊNCIA.....	12
1.4 DEFINIÇÕES.....	12
2. ACOLHIMENTO.....	16
2.1. RECEPÇÃO.....	17
2.2. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	18
2.3. AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA.....	19
2.4. INTERNAÇÃO.....	22
2.4.1. Critérios para internação.....	22
2.4.2. Formulários a serem preenchidos no processo de internação.....	22
2.4.3. Exames a serem solicitados na internação.....	23
2.4.4. Processo de internação.....	23
2.4.5. Residentes de medicina e enfermagem.....	24
3. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO.....	24
3.1. ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO PERÍODO.....	24
3.1.1. Monitoração no primeiro período do parto.....	25
3.1.2. Práticas assistenciais recomendadas para o primeiro período do trabalho de parto.....	27
3.1.2.1 Monitorização dos sinais vitais maternos.....	27
3.1.2.2 Monitorização da evolução do trabalho de parto.....	27
3.1.2.3 Dieta.....	28
3.1.2.4 Acesso venoso de rotina.....	28
3.1.2.5 Amniotomia.....	29
3.1.2.6 Uso do partograma.....	30
3.1.2.7 Infusão de ocitocina artificial.....	31
3.1.2.8 Movimentação e posição no trabalho de parto.....	33
3.1.2.9 Monitorização fetal durante o trabalho de parto.....	34
3.1.2.10 Avaliação do progresso da dilatação e descida da apresentação.....	35

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 5 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.11 Líquido amniótico meconial	35
3.1.2.12 Alívio da dor no parto	36
3.1.2.13 Métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto	37
3.1.3 Observações e recomendações a serem consideradas em caso de suspeita de falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto:	39
3.1.4. Manejo nas falhas de progresso no primeiro período do parto	39
3.2. ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO	41
3.2.1 Medidas de assepsia para o parto vaginal	41
3.2.2 Monitorização do bem-estar materno e fetal no segundo período do trabalho de parto	42
3.2.3 Posições indicadas para o parto	43
3.2.4 Puxos espontâneos	43
3.2.5 Uso de ocitocina no segundo período do trabalho de parto	43
3.2.6 Episiotomia	43
3.2.7 Cuidados com o períneo	44
3.2.8 Falha de progresso no segundo período do parto	44
3.2.9 Quando indicar parto instrumental	45
3.3. ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO	45
3.3.1. Observações gerais no terceiro período do parto	46
3.3.2. Clampeamento do Cordão	47
3.3.3. Retenção placentária	47
3.4. CUIDADOS MATERNOS IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO	49
3.4.1. Observação e monitoração da mulher imediatamente após o parto	49
3.4.2. Trauma perineal	50
3.4.3 Antes de avaliar o trauma genital	51
3.4.4 Avaliação sistemática do trauma genital	51
3.4.4 Recomendação para tratamento do trauma perineal	52
3.5. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO	53
3.5.1 Orientações em presença de mecônio significativo	55
ANEXO 01: Critérios de elegibilidade para acompanhamento de gestante de risco habitual e critérios para solicitação de avaliação do profissional de retaguarda	57
ANEXO 02: Condições clínicas de alto risco que indicam que a assistência deve ser realizada pelo médico obstetra	58



SEMSA
Secretaria Municipal
de Saúde

Maternidade Dr. Moura Tapajóz

Au. Brasil, 1335 - Compensa

CEP: 69036-110

T: (92) 3216-8158

direcao.mmt@pmm.am.gov.br

semsa.manaus.am.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 6 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

ANEXO 03: Como preencher a lista de verificação de parto seguro: admissão, PPP, parto (cesárea/normal), pós-parto imediato e alta.....60

ANEXO 04: Utilização de métodos não invasivos para alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto.....62

REFERÊNCIAS.....64



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 7 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

SIGLAS

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

MS – Ministério da Saúde

OMS/ WHO – Organização Mundial da Saúde/ World Health Organization

MMT – Maternidade Dr. Moura Tapajóz

SUS – Sistema Único de Saúde

PPP – Pré-Parto, Parto e Pós- Parto

BPA – Boletim de Pronto-Atendimento

ACR – Acolhimento e Classificação de Risco

ITU – Infecção do Trato Urinário

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

IG – Idade Gestacional

DUM – Data da Última Menstruação

USG – Ultrassonografia

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

RPTM – Rotura Prematura de Membranas no Termo

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

NIR – Núcleo Interno de Regulação

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

CIUR – Crescimento Intrauterino Restrito



SEMSA
Secretaria Municipal
de Saúde

Maternidade Dr. Moura Tapajóz

Au. Brasil, 1335 - Compensa

CEP: 69036-110

T: (92) 3216-8158

direcao.mmt@pmm.am.gov.br

semsa.manaus.am.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 8 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

CTG – Cardiotocografia

TENS – Eletroestimulação Transcutânea



SEMSA
Secretaria Municipal
de Saúde

Maternidade Dr. Moura Tapajóz

Au. Brasil, 1335 - Compensa

CEP: 69036-110

T: (92) 3216-8158

direcao.mmt@pmm.am.gov.br

semsa.manaus.am.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 9 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

TABELAS

Tabela 01: Tempo para atendimento segundo grau de risco e vulnerabilidade 18

Tabela 02: Duração do trabalho de parto ativo 25

Tabela 03: Orientação para infusão de ocitocina 32

Tabela 04: Escore cervical de Bishop modificado 33

Tabela 05: Fases do trabalho de parto no segundo período 41

Tabela 06: Duração do trabalho de parto no segundo período 41

Tabela 07: Grau de laceração de períneo 50

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 10 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

1. APRESENTAÇÃO

O nascimento sempre foi considerado um acontecimento de muita relevância para a sociedade. Até meados do século 20, o parto era um evento familiar/domiciliar, entretanto, com o fortalecimento da indústria e o respectivo desenvolvimento tecnológico, o parto foi se tornando um procedimento hospitalar e a forma de assistir esse evento passou por mudanças com a introdução de técnicas e procedimentos característicos do ambiente hospitalar.

Os avanços da ciência têm contribuído significativamente para o aprimoramento da assistência ao parto e nascimento por meio dos resultados de estudos e pesquisas que estão sendo desenvolvidos na busca de aliar conforto e segurança para as mulheres e recém-nascidos.

Nessa perspectiva, a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e o Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde publicou, em 2016, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana, com orientações gerais para o cuidado obstétrico e neonatal.

Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde - OMS lançou, em 2018, o guia denominado *WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience* (Recomendações da Organização Mundial de Saúde: Cuidados Intraparto para uma experiência de parto positiva). Nesse guia da OMS, constam 56 recomendações sobre os cuidados durante o parto, classificadas da seguinte forma: recomendada, não recomendada, recomendada somente em um contexto específico, recomendada somente em um contexto de rigorosa pesquisa.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 11 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Considerando que no Brasil acontecem em média 3.000.000 nascimentos por ano, é de grande relevância que a assistência obstétrica e neonatal esteja alinhada com as recomendações das organizações de saúde. Em 2018, no município de Manaus, aconteceram 41.946 nascimentos, sendo 41.741 (99,5%) assistidos em unidades hospitalares/maternidades; destes, 3.540 (8,4%) ocorreram na maternidade municipal Dr. Moura Tapajóz¹.

Portanto, o aprimoramento das práticas de assistência ao parto e nascimento tem sido uma preocupação constante na maternidade Moura Tapajóz. Várias ações vêm sendo desenvolvidas visando à qualificação dos processos de atenção e de gestão, sempre buscando oferecer um cuidado obstétrico e neonatal seguro para que a vivência do parto seja uma experiência positiva. A construção do protocolo de assistência ao parto e nascimento é mais uma iniciativa para melhoria do serviço.

1.1 FINALIDADE

Alinhar a prática assistencial às atuais evidências científicas que fundamentam a assistência ao parto e nascimento na Maternidade Moura Tapajóz.

1.2 JUSTIFICATIVA

Este protocolo tem como objetivo organizar as recomendações científicas em relação às práticas de assistência ao parto e nascimento, visando fornecer subsídios e orientações a todos os envolvidos no cuidado obstétrico e neonatal, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, oferecendo uma assistência segura e humanizada.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 12 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Neste protocolo, serão utilizadas como referência as evidências científicas recomendadas pelas principais organizações de saúde, nacionais e internacionais, possibilitando aos profissionais adotar, nas rotinas, práticas que possam oferecer uma melhor vivência da experiência do parto e nascimento.

A adesão dos profissionais ao protocolo, bem como as melhores práticas baseadas em evidências, permite fornecer a melhor assistência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.3 ABRANGÊNCIA

Este protocolo abrange os seguintes serviços e setores: Recepção, Acolhimento e Classificação de Risco, Admissão e PPP (Pré-parto/Parto e Pós-parto)

1.4 DEFINIÇÕES

Doula: a palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Atualmente, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

Gestação, parto e nascimento: fenômenos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional;

Gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 13 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Risco materno: risco avaliado a partir das probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher em consequência das condições citadas acima;

Risco fetal: risco avaliado a partir das condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal;

Risco neonatal: risco avaliado a partir da conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido, com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde;

Encaminhamento responsável na gestação de alto risco: processo pelo qual a gestante de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado;

Trabalho de parto: processo fisiológico que tem como objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero, através do canal de parto, com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas;

Primeiro período do parto: é dividido em fase latente e fase ativa.

- ✓ **A fase latente** é o período, não necessariamente contínuo, quando existem contrações uterinas dolorosas e alguma modificação das condições cervicais, incluindo apagamento e dilatação, até 4 cm. Sua duração é extremamente variável, uma vez que é difícil determinar o momento exato de seu início;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 14 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ **A fase ativa** é um período caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, grau substancial de deslocamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 04 cm até completa dilatação para os primeiros e subsequentes trabalhos.

Segundo período do parto:

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

Terceiro período do parto: é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas;

Puerpério: é o período do ciclo gravídico puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam à situação do estado pré-gravídico. Inicia-se imediatamente após o parto, de 1 a 2 horas após a saída da placenta;

Trauma perineal: é o trauma causado por lacerações ou episiotomia. Podem ser de primeiro grau (lesões na pele); segundo grau (lesões de músculos do períneo sem o envolvimento do esfíncter anal); terceiro grau (lesões do períneo envolvendo



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 15 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

o esfíncter anal); quarto grau (lesões do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal, interno e externo e epitélio anal);

Acolhimento: ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender todos os usuários, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o usuário e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos;

Acolhimento e classificação de risco: Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos, durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. O acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos apoiando a tomada de decisões do profissional de saúde e equipe a partir de uma escuta qualificada;

Humanização: entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: gestor, trabalhador e usuário. Os



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 16 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde;

Suporte contínuo: O apoio contínuo à mulher em trabalho de parto traz uma série de benefícios, favorece a progressão mais rápida do trabalho de parto, diminui a necessidade de analgesia farmacológica, a taxa de parto operatório e de cesariana e está associado a melhores resultados no índice de Apgar de quinto minuto, além de proporcionar avaliação mais positiva da experiência no nascimento. O suporte contínuo pode ser oferecido à parturiente pelo seu **acompanhante** (Lei Federal nº 11108 de 07/04/2005) e/ou por uma **doula** (Lei Estadual nº 4072 de 04/08/2014);

IMPORTANTE: a doula deverá atuar em consonância com as normas, rotinas e protocolos da maternidade.

2. ACOLHIMENTO

Recomendações gerais:

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões.

Durante todas as etapas da assistência, os profissionais devem:

- ✓ Cumprimentar cordialmente a gestante/puérpera e seu acompanhante;
- ✓ Identificar-se;
- ✓ Chamar a gestante/puérpera pelo nome (como ela gostaria de ser chamada);
- ✓ Realizar registro e assinatura de forma legível de todas as etapas do atendimento, incluindo as queixas da gestante/puérpera, exames e

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 17 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

condutas, bem como o preenchimento das cadernetas da gestante e da criança.

Profissionais que assistem o parto:

- ✓ A assistência ao parto e nascimento de risco habitual que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada pelo médico obstetra e/ou pelo enfermeiro obstetra.
- ✓ A assistência aos partos de risco, incluindo parto operatório e o atendimento às urgências e emergências obstétricas será realizada por médicos obstetras.

2.1. RECEPÇÃO

O (a) recepcionista deverá:

- ✓ Solicitar documento com foto da gestante. Caso não disponha de documento com foto no momento, orientá-la sobre a necessidade de apresentação deste em 24 horas, se admitida no serviço;
- ✓ Confeccionar e colocar a pulseira de identificação com nome e registro da gestante e demais dados pessoais padronizados pela instituição (ver protocolo de identificação do paciente da maternidade);
- ✓ Realizar as orientações iniciais de forma gentil e respeitosa;
- ✓ Preencher cadastro com os dados pessoais da gestante, com agilidade e clareza nos dados;
- ✓ Emitir Ficha de Atendimento (Boletim de Pronto-Atendimento - BPA);
- ✓ Encaminhar a gestante para o Acolhimento e Classificação de Risco - ACR.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 18 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

2.2. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O Acolhimento e Classificação de Risco é uma ferramenta que tem como objetivo organizar a porta de entrada dos serviços de urgência de acordo com o grau de risco e vulnerabilidade do usuário. É, portanto, uma estratégia muito importante para redução da morbimortalidade materna e neonatal, pois, além de reorganizar a porta de entrada, deve nortear todo o atendimento na maternidade, apoiando a tomada de decisão do profissional.

Na maternidade Moura Tapajóz, todas as mulheres devem ser avaliadas e atendidas de acordo com o grau de risco e/ou vulnerabilidade apresentados, segundo o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde. A classificação de risco obedece a um padrão de cores conforme o grau de urgência: (azul, verde, amarelo, laranja e vermelho).

Tabela 01: Tempo para atendimento segundo grau de risco e vulnerabilidade

Vermelho	Atendimento médico imediato
Laranja	Atendimento em até 15 min
Amarelo	Atendimento em até 30 min
Verde	Atendimento em até 120 min
Azul	Atendimento não prioritário.

Fonte: Manual de ACR/ MS, 2017

Nessa etapa, deve-se:

- Aferir os sinais vitais;
- Proceder ao exame clínico;
- Preencher todos os campos da ficha de admissão obstétrica;
- Registrar a classificação no mapa do acolhimento e classificação de risco;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 19 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- Orientar a gestante de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- Encaminhar a gestante para o consultório do médico obstetra ou da enfermeira obstetra de acordo com o grau de urgência;
- Monitorar as gestantes e reclassificar o risco (se necessário).

2.3. AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA

A equipe de cuidado obstétrico, médico ou o enfermeiro obstetra, deve observar os seguintes itens:

a) ANAMNESE

- ✓ Realizar a escuta das queixas da gestante;
- ✓ Histórico da gestação atual: intercorrências (ITU, HAS, DM, leucorréias, entre outros);
- ✓ Histórico das gestações anteriores e desfechos (partos e/ou abortos);
- ✓ Complicações nos partos anteriores (prematuridade, baixo peso, macrossomia, placenta retida, hemorragia pós-parto, entre outros).
- ✓ Uso de medicamentos;
- ✓ Alergias;
- ✓ Grupo sanguíneo;
- ✓ Idade Gestacional: calculada pela DUM e 1ª USG (se houver).

b) EXAME FÍSICO

Deve incluir:

- ✓ Avaliação do nível de consciência;
- ✓ Ausculta cardiopulmonar;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 20 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Verificação dos sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação);
- ✓ Pesquisa de palidez cutâneo-mucosa;
- ✓ Exame do abdome, exame dos membros inferiores, atentando para a presença de edemas e perfusão das extremidades.

c) EXAME OBSTÉTRICO

Deve incluir:

- ✓ Manobras de Leopold, evidenciando-se fundo uterino, situação, posição e apresentação fetais, e presença de insinuação do polo fetal;
- ✓ Mensuração da altura do fundo uterino;
- ✓ Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF);
- ✓ Movimentação fetal;
- ✓ Toque vaginal evidenciando o grau de dilatação, apagamento e posição do colo uterino, formação da bolsa das águas, tipo de apresentação, variedade de posição fetal e grau de deflexão do polo cefálico (caso haja);
- ✓ Avaliação da atividade uterina descrevendo-se sua intensidade, frequência, duração e regularidade;
- ✓ Se há ruptura das membranas (tempo), perda de líquido amniótico e as características desse;
- ✓ Verificação de perdas vaginais, atentando para a presença de sangramento de maior intensidade;
- ✓ Altura uterina.

IMPORTANTE: nos casos em que houver suspeita de amniorrexe prematura ou placentação anômala, o toque vaginal deve ser postergado; realizando-se, de

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 21 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

imediatamente, o exame especular, exceto quando a gestante estiver em franco trabalho de parto. Evita-se, dessa forma, o risco de infecção ascendente na primeira suspeita, descartando-se, ainda, o prolapso de cordão umbilical, e sangramento vaginal intenso e/ou hemorragia no segundo caso.

b) Fase latente do trabalho de parto

Se uma gestante busca orientação ou assistência e não está em trabalho de parto estabelecido (≤ 03 cm de dilatação cervical), não há recomendação para internação, porém devem ser observados os seguintes pontos:

- ✓ A gestante pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e, embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição;
- ✓ Oferecer apoio individual e informações sobre o que pode esperar na fase de latência do trabalho de parto e o que fazer se sentir dor;
- ✓ Encorajar e orientar a gestante sobre sua situação. Se residir próximo à maternidade, poderá retornar para casa e procurar o serviço novamente quando houver intensificação da frequência e intensidade das contrações uterinas;
- ✓ É importante oferecer informações claras sobre o diagnóstico e o motivo da não internação, sobre o que esperar e quando procurar assistência, além de estabelecer um plano de cuidados com a gestante, incluindo orientação de quando e com quem contatar posteriormente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 22 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

2.4. INTERNAÇÃO

2.4.1. Critérios para internação

- ✓ Fase ativa do trabalho de parto (contrações uterinas regulares, mínimo de duas contrações em dez minutos de avaliação e dilatação cervical progressiva \geq 04 cm).

*** Rotura de membranas, mesmo sem trabalho de parto, é um critério para internação.**

IMPORTANTE: Rotura prematura de membranas no termo (RPMT)

- ✓ Em 60% dos casos de RPMT (rotura espontânea com idade gestacional > 37 semanas na ausência de trabalho de parto), o trabalho de parto acontecerá espontaneamente em 24 horas;
- ✓ Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente, este deve ser realizado somente quando houver dúvida.

2.4.2. Formulários a serem preenchidos no processo de internação

Os seguintes formulários devem ser preenchidos na íntegra e anexados ao prontuário da usuária:

- ✓ Ficha de admissão obstétrica;
- ✓ Laudo para emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- ✓ Prescrição;
- ✓ Lista de verificação de parto e nascimento seguro;
- ✓ Partograma (anexar ao prontuário, caso já esteja na fase ativa do trabalho de parto com dilatação cervical \geq 5 cm, iniciar preenchimento)

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 23 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

2.4.3. Exames a serem solicitados na internação

- ✓ Teste rápido para sífilis;
- ✓ Teste rápido para HIV (teste 1 e 2);
- ✓ Hepatite B;
- ✓ COOMBS Indireto, quando fator Rh negativo;
- ✓ Tipagem sanguínea.

IMPORTANTE:

1. Os exames laboratoriais acima descritos podem ser solicitados pelo médico obstetra, médico residente, enfermeiro obstetra ou enfermeiro obstetra residente;
2. As gestantes que atenderem aos critérios para internação serão classificadas de acordo com o risco obstétrico em: risco habitual ou alto risco;
3. As gestantes com gravidez de alto risco poderão ser transferidas para maternidade de maior complexidade por meio do Núcleo Interno de Regulação-NIR;
4. Não é recomendado que as gestantes permaneçam em observação por período superior a 12 horas sem que estejam internadas.

2.4.4. Processo de internação

- ✓ Informar sobre a escolha de um acompanhante, orientando sobre o fluxo para seu cadastramento e permanência durante o período de internação;
- ✓ Discutir o Plano de Parto, caso a gestante o tenha;
- ✓ Orientar sobre as condutas adotadas na maternidade;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 24 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Verificar se há dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual;
- ✓ Em caso de gestantes estrangeiras ou indígenas, perguntar qual a língua utilizada ou, ainda, verificar se compreendem português.

2.4.5. Residentes de medicina e enfermagem

Os residentes de medicina e de enfermagem podem participar da avaliação clínica e internação da gestante, bem como de todo processo de assistência ao parto, sempre sob orientação e supervisão do profissional responsável e com o consentimento da gestante.

3. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO

3.1. ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO PERÍODO

O primeiro período de assistência ao parto é entendido em duas fases: fase latente e fase ativa.

A duração do trabalho de parto ativo varia muito de gestante para gestante e é influenciada pela paridade, posição da mulher e estado das membranas. O progresso do trabalho de parto fisiológico não é necessariamente linear.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 25 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Tabela 02. Duração do trabalho de parto ativo

PRIMÍPARA	MULTÍPARA
Em média 8 horas, sendo pouco provável que dure mais que 18 horas	Em média 5 horas, sendo pouco provável que dure mais que 12 horas

Fonte: Conitec (2016)

3.1.1. Monitoração no primeiro período do parto

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

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

IMPORTANTE: Durante o trabalho de parto, a avaliação de risco deve ser contínua. Se houver qualquer uma das condições descritas abaixo, solicitar assistência do médico obstetra, se este não for o profissional assistente.

Observações obstétricas:

- ✓ Pulso > 120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
- ✓ PA sistólica \geq 160 mmHg OU PA diastólica \geq 110 mmHg em uma única medida;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 26 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ PA sistólica \geq 140 mmHg OU diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- ✓ Proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg;
- ✓ Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
- ✓ Qualquer sangramento vaginal anormal, exceto eliminação de tampão;
- ✓ Presença de mecônio significativo;
- ✓ Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
- ✓ Progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto;
- ✓ Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada.

Observações fetais:

- ✓ Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão;
- ✓ Situação transversa ou oblíqua;
- ✓ Apresentação cefálica alta (-3/3 de lee) ou móvel em uma nulípara;
- ✓ Suspeita de restrição de crescimento intrauterino ou macrossomia;
- ✓ Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio;
- ✓ Frequência cardíaca fetal (FCF) $<$ 110 ou $>$ 160 bpm; - desacelerações da FCF à ausculta intermitente;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 27 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Mecônio significativo (verde-escuro ou preto, grosso, tenaz, contendo grumos).

IMPORTANTE: Assegurar que profissionais treinados em suporte avançado de vida neonatal estejam presentes no momento do parto.

3.1.2. Práticas assistenciais recomendadas para o primeiro período do trabalho de parto

3.1.2.1 Monitorização dos sinais vitais maternos

O pulso materno, a pressão arterial e a temperatura devem ser avaliados conforme orientação do item 3.1.1, entre as contrações, e repetidos se aparecerem sintomas de alteração, tais como: dispneia, lipotímias, cefaleias, escotomas visuais, zumbidos, dor aguda, calafrios e sudorese.

3.1.2.2 Monitorização da evolução do trabalho de parto

Recomenda-se, de acordo com evidências científicas atuais, que a avaliação das contrações uterinas deva ser realizada a cada 60 minutos e que o exame genital para medida da dilatação cervical seja realizado a cada 4 horas. Na maioria das vezes, não há necessidade de toques vaginais com frequência ou intervalo menor, a menos que haja dúvidas sobre a progressão do trabalho de parto, suspeita de prolapso de cordão ou se houver desejo da mulher para a realização deste exame.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 28 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.3 Dieta

A restrição de líquidos e sólidos durante o parto constituiu uma rotina assistencial que pretendia prevenir o risco de aspiração gástrica em caso de intervenção cirúrgica sob anestesia geral. Entretanto, sabe-se que esta medida não garante a redução do conteúdo gástrico e que o bem estar da mulher durante o trabalho de parto pode ser afetado pela impossibilidade de beber ou ingerir alimentos. Atualmente, a anestesia geral em obstetrícia cedeu espaço às técnicas neuroaxiais de forma que a adoção rotineira de jejum para mulheres em trabalho de parto não mais se justifica na prática assistencial. O desenvolvimento de cetose pelo jejum prolongado durante o parto é motivo de preocupação, já que podem causar náuseas, vômitos, cefaleia e exaustão materna.

- ✓ Gestantes em trabalho de parto podem ingerir líquidos, preferencialmente soluções isotônicas e não somente água.
- ✓ Gestantes em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opioides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.

3.1.2.4 Acesso venoso de rotina

Não há necessidade de instalação de veia periférica e/ou administração rotineira de líquidos por via venosa no trabalho de parto normal. A instalação de acesso venoso causa desconforto à gestante, aumenta riscos de infecção local, limita a livre movimentação e o uso de métodos não farmacológicos de alívio à dor. Por isto, o acesso venoso em gestantes em trabalho de parto deve ser criteriosamente indicado.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 29 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.5 Amniotomia

A amniotomia se associa a uma série de riscos maternos e neonatais, por isto não deve ser realizada como manobra rotineira no trabalho de parto, exceto se aparecerem complicações como:

- ✓ Trabalho de parto prolongado (descartada desproporção céfalo-pélvica e atividade uterina inadequada);
- ✓ Necessidade de encurtar o trabalho de parto por problemas maternos ou fetais;
- ✓ Polidrâmnios;
- ✓ Hemorragia por placenta prévia marginal;
- ✓ Descolamento prematuro da placenta;
- ✓ Feto morto ou malformação fetal.

Se as membranas amnióticas se rompem espontaneamente ou artificialmente, deve-se anotar o aspecto do líquido amniótico na folha de evolução clínica e no partograma, já que a presença de mecônio, mesmo não significando necessariamente comprometimento fetal, associa-se a um maior risco de morbimortalidade neonatal. Deve-se sempre realizar um exame vaginal se ocorrer rotura espontânea das membranas para descartar a possibilidade de prolapso de cordão.

A amniotomia é contraindicada na gestante HIV positivo.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 30 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.6 Uso do partograma

O partograma é uma representação gráfica do trabalho de parto. Com o passar dos anos, o partograma se tornou parte da rotina na assistência ao parto em todo o mundo e, desde 1994, sua utilização é recomendada pela OMS. Estudos mais recentes mostraram que o partograma não é uma ferramenta absoluta para indicação de intervenções no trabalho de parto. Seu uso não melhora a taxa de cesariana, de parto instrumental nem o índice de Apgar no 5º minuto. Entretanto, é consenso entre as instituições nacionais e internacionais que seu uso deve ser mantido, pelos seguintes motivos:

- ✓ Facilita o acompanhamento do trabalho de parto por principiantes;
- ✓ É excelente ferramenta de ensino;
- ✓ Facilita a supervisão da qualidade da assistência;
- ✓ Favorece a utilização racional de ocitócicos, analgesia e amniotomia, contribuindo para diminuir a incidência de cesárea;
- ✓ Sua utilidade é muito grande no diagnóstico das distócias e para definição da conduta a ser adotada em cada uma delas;
- ✓ Facilita a comunicação entre profissionais que se intercalam no cuidado à mulher durante o trabalho de parto. Assim que o trabalho de parto ativo for estabelecido, o partograma deve ser utilizado no acompanhamento de cada parturiente.

Na maternidade Moura Tapajóz, o partograma deve ser anexado ao prontuário da gestante ainda na admissão e seu preenchimento deve ser iniciado na fase ativa do trabalho de parto com dilatação cervical ≥ 5 cm.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 31 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.7 Infusão de ocitocina artificial

A aceleração do trabalho de parto com uso de ocitocina deve ter indicação criteriosa.

- ✓ A ocitocina só deve ser utilizada quando o colo apresentar condições favoráveis, ou seja, escore de Bishop > 6;
- ✓ A prescrição de ocitocina deve ser realizada e registrada em mU/minuto;
- ✓ De preferência, a ocitocina deve ser administrada por meio de bomba de infusão;
- ✓ Recomenda-se a realização prévia de cardiotocografia;
- ✓ Antes de qualquer aumento na dose, as contrações uterinas devem ser avaliadas por palpação ou monitoração eletrônica externa. A menor dose efetiva possível deve ser usada para prevenir hiperestimulação uterina;
- ✓ As contrações uterinas devem ser avaliadas de preferência a cada 30 minutos e a frequência cardíaca fetal - FCF a cada 15-30 minutos;
- ✓ Os dados vitais maternos (pulso, temperatura e pressão arterial) devem ser avaliados a cada 4 horas;
- ✓ A ocitocina pode ser utilizada em gestantes com cesariana prévia seguindo os cuidados preconizados;
- ✓ Não iniciar ocitocina em intervalo inferior a 6 horas após a última dose de misoprostol nas gestantes que o estiverem utilizando para maturação cervical.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 32 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Tabela 3. Orientação para infusão de ocitocina

TEMPO APÓS INÍCIO	DOSE DE OCITOCINA (mU/min)	VOLUME INFUNDIDO (mL/hora) (Diluição 5UI em 500 mL soro glicosado)
0	1	6
30	2	12
60	4	24
90	8	48
120	12	72
150	16	96
180	20	120

Fonte: Paro (2019)

Riscos do uso da ocitocina

- ✓ Alterações da contratilidade uterina: mais de 05 contrações em 10 minutos ou uma contração durando mais de 120 segundos;
- ✓ Diminuir a velocidade de infusão e reavaliar a situação;
- ✓ Reiniciar a uma dose e velocidade menores, caso as condições melhorem.

Síndrome de hiperestimulação uterina: alterações da contratilidade uterina com desacelerações e ou anormalidades da FCF: **suspender a infusão de ocitocina;**

- ✓ Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo;
- ✓ Oferecer O₂ por máscara a 10l/min ou cateter 5l/min;
- ✓ Avaliar pressão arterial;
- ✓ Fazer um toque vaginal e avaliar dilatação cervical e prolapso de cordão;
- ✓ Considerar infusão rápida de cristaloides;
- ✓ Preparar para uma possível cesariana se as condições fetais não retornarem ao normal;
- ✓ Administrar um agente tocolítico (terbutalina 0,25mg subcutâneo).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 33 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Tabela 04. Escore cervical de Bishop modificado

Parâmetro	Escore			
	0	1	2	3
Dilatação (cm)	-	1-2	3-4	5-6
Esvaecimento cervical (%) (comprimento cervical, cm)	0-30 (>3 cm)	40-50 (2 cm)	60-70 (1 cm)	80 (<1 cm)
Altura da apresentação fetal	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2
Posição do colo	Posterior	Médio	Anterior	-
Consistência do colo	Firme	Médio	Amolecido	-

Fonte: Paro (2019)

3.1.2.8 Movimentação e posição no trabalho de parto

As evidências são limitadas em relação à liberdade de movimentação comparada à restrição de movimentação no trabalho de parto, progresso do parto, conforto e bem-estar fetal.

Não existem evidências de alto nível comparando as diversas posições no parto ou a mobilização em relação aos benefícios clínicos e danos nos desfechos maternos ou perinatais.

Recomenda-se que as gestantes sejam encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto, considerando que a liberdade para que as gestantes se movimentem ou adotem a posição que lhes for mais confortável no trabalho de parto, não envolve custos adicionais significativos, exceto pela disponibilização, pelos serviços de maternidade, de espaço, utensílios e materiais que facilitem as posições verticais tais como bolas, cadeiras, cavalinhos, escadas, etc.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 34 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.9 Monitorização fetal durante o trabalho de parto

a) Ausculta fetal intermitente

A ausculta fetal intermitente deve ser o método de escolha para avaliação do bem-estar fetal intraparto, devendo ser realizada antes, durante e após uma contração, em intervalos de 15 a 30 minutos durante o primeiro estágio do trabalho de parto (fase ativa).

b) Monitorização fetal eletrônica contínua (cardiotocografia):

O uso da monitorização fetal eletrônica contínua não melhora os resultados perinatais se utilizada sem indicação precisa, aumenta as intervenções no parto e diminui a satisfação da gestante. Por isto, a cardiotocografia não deve ser realizada como rotina nem na admissão nem no acompanhamento do trabalho de parto em mulheres e fetos saudáveis. A cardiotocografia poderá ser realizada nas seguintes situações:

- (1) Presença de líquido amniótico meconial;
- (2) Frequência cardíaca fetal anormal detectada na ausculta intermitente (menor que 110 bpm ou maior que 160 bpm);
- (3) Hipertermia materna;
- (4) Sangramento vaginal anormal durante o trabalho de parto;
- (5) Uso de ocitocina artificial para condução e indução do trabalho de parto;
- (6) Feto com risco aumentado de hipóxia intraparto (CIUR).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 35 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.10 Avaliação do progresso da dilatação e descida da apresentação

A avaliação do progresso da dilatação e descida da apresentação fetal no canal de parto deverá ser realizada por meio de exame genital (toque), em geral a cada 4 horas, dependendo da evolução do trabalho de parto ou de acordo com outras necessidades. No momento do exame genital, deve-se considerar os seguintes aspectos:

- ✓ Assegurar o consentimento, privacidade, dignidade e conforto da gestante no momento do exame;
- ✓ Explicar a razão do exame e como será realizado e explicar os achados para a gestante;
- ✓ Múltiplos toques simultâneos, principalmente por mais de um examinador, devem ser evitados.

3.1.2.11 Líquido amniótico meconial

Na presença de líquido amniótico meconial, recomenda-se a realização imediata de cardiocotografia (CTG). Se o líquido meconial for classificado como fluido (+), deve-se realizar CTG intermitente durante o trabalho de parto. Se o líquido meconial for classificado como moderado a espesso (++ ou +++), recomenda-se monitorização fetal contínua. Profissionais treinados em reanimação neonatal devem ser comunicados e disponibilizados no momento do nascimento (pediatra/neonatologista e enfermeiro treinado). Não se deve realizar a sucção da nasofaringe e orofaringe logo após a saída da cabeça do bebê. Se o bebê nascer deprimido, laringoscopia e sucção com visão direta deverá ser realizada por profissional treinado em reanimação neonatal.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 36 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.12 Alívio da dor no parto

A dor durante o trabalho de parto é um aspecto fisiológico importante, responsável por desencadear a liberação de endorfinas e outras substâncias endógenas relacionadas não só com a maior tolerância à dor, mas com a sensação de prazer e satisfação no parto. Por essa razão, a assistência obstétrica adequada não deve estar centrada no objetivo de garantir a ausência de dor, nem esta deve ser um marcador da qualidade da assistência ao parto.

O objetivo do manejo da dor é dar apoio à mulher, aumentar seu limiar para as sensações dolorosas e contribuir para que o parto seja uma experiência positiva.

Uma revisão sistemática recente da biblioteca Cochrane classificou os métodos de alívio da dor em:

(1) métodos com evidências científicas de que promovem alívio efetivo da dor: analgesia farmacológica regional ou inalatória;

(2) métodos que, segundo evidências científicas atuais, podem promover alívio efetivo da dor: imersão em água, relaxamento, acupuntura, massagem;

(3) métodos sem evidência suficiente de que promovam alívio efetivo da dor: hipnose, biofeedback, aromaterapia, auriculoterapia e (físio) TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* – Eletroestimulação Transcutânea).

Recomenda-se que os métodos disponíveis sejam apresentados à gestante, mesmo os métodos que não possuem evidência de alívio efetivo da dor do parto podem ser efetivos para uma gestante específica. Desta forma, não há sentido em coibi-los já que não apresentam efeitos adversos para a gestante e seu bebê.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 37 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.1.2.13 Métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto

a) Bolas de Pilates (Bobbat): Para alívio da dor durante o trabalho de parto, a gestante pode se sentar na bola em uma posição de cócoras apoiada com contrapressão mínima sobre o períneo. A pessoa que a apoia é colocada em uma cadeira atrás ou de frente para a mulher enquanto ela fica livre para rolar para frente e para trás. Isto ajuda a parturiente, porque promove um movimento rítmico, distração, relaxamento e pode melhorar as dimensões da pelve (aumentando os diâmetros), desta forma favorecendo o progresso do parto e a descida fetal.

b) Técnicas de relaxamento: A dor do parto, como outras dores, é um sentimento subjetivo. Por isto, técnicas que promovam relaxamento e concentração podem funcionar para algumas mulheres como métodos efetivos de alívio. Existem diversas técnicas de respiração profunda e de concentração do movimento respiratório que são praticadas por gestantes e ensinadas com este objetivo. Também técnicas da yoga podem ser extremamente importantes principalmente em gestantes que se prepararam para tal.

Vocalização: A vocalização da gestante durante o trabalho de parto não é uma atitude negativa. Para muitas gestantes gemer ou repetir palavras pode ser um meio para relaxar e lidar com a dor. Rotinas ritualísticas ou repetitivas que algumas utilizam por sua própria conta podem ser efetivas. Por isto, devem ser respeitadas e não devem ser interrompidas se a gestante estiver confortável dessa maneira.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 38 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Posições: o profissional pode estimular a gestante a assumir uma variedade de posições durante o trabalho de parto, na busca da que lhe trazer mais conforto.

Massagem: Evidências limitadas sugerem alívio da dor e da ansiedade materna com massagem na região lombo sacral e/ou sínfise púbica intraparto. Não há evidência de que outros desfechos sejam influenciados pela massagem.

Compressas mornas: causam o aumento do fluxo sanguíneo local levando ao relaxamento dos músculos e articulações diminuindo a sensação de dor.

Banhos de aspersão (chuveiro): A água morna causa relaxamento muscular e, para muitas gestantes, promove alívio da dor do parto. A gestante pode ficar embaixo do chuveiro de pé, sentada em um banco de plástico, ou de quatro apoios com auxílio da bola de Pilates.

Musicoterapia: O uso de música de acordo com a escolha da gestante pode ter efeito positivo por gerar mais conforto e relaxamento.

Fisioterapia pélvica: utiliza exercícios/cinesioterapia pélvica baseados na anatomia e biomecânica pélvica, facilitando a progressão do feto e abertura do colo uterino; exercícios respiratórios (oxigenação binômio, relaxamento e controle da dor) e eletrotermoterapia (analgesia).

IMPORTANTE: sempre informar à gestante e ao seu acompanhante sobre os métodos disponíveis e utilizados, orientando sobre seus benefícios, bem como sua

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 39 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

disponibilidade em cada fase do trabalho de parto ou quando ela assim desejar, deixando-a livre para a escolha.

3.1.3 Observações e recomendações a serem consideradas em caso de suspeita de falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto:

- ✓ Paridade;
- ✓ Dilatação e mudanças cervicais;
- ✓ Contrações uterinas;
- ✓ Altura e posição da apresentação;
- ✓ Estado emocional da gestante.

Se houver suspeita de falha de progresso no trabalho de parto considerar também para o diagnóstico todos os aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo:

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

3.1.4. Manejo nas falhas de progresso no primeiro período do parto

Diante da **suspeita** de falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto:

- ✓ Considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras;
- ✓ Explicar o procedimento e avisar que ele diminuirá o trabalho de parto por cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 40 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Se a amniotomia for ou não realizada, proceder com exame vaginal após 02 horas e confirmar falha de progresso se a dilatação progredir menos que 01 cm.

Se for **confirmada** falha de progresso no primeiro período do parto:

- ✓ A gestante deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados;
- ✓ O médico deverá realizar uma revisão e diagnosticar a falha de progresso e decidir sobre as opções de manejo, incluindo o uso de ocitocina;
- ✓ Explicar que o uso de ocitocina após a ruptura das membranas irá diminuir o tempo para o parto, mas não influenciará no tipo de parto ou outros desfechos;
- ✓ Informar às gestantes que a ocitocina irá aumentar a frequência e intensidade das contrações e que a frequência cardíaca fetal deverá ser monitorada continuamente;
- ✓ Se a ocitocina for utilizada, assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos;
- ✓ Aumentar a dose de ocitocina até haver 4-5 contrações em 10 minutos.

Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina:

1. Se a dilatação cervical aumentou menos que 02 cm após 04 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana.
2. Se a dilatação cervical aumentou 2 cm ou mais após 4 horas, realizar exame vaginal de 4 em 4 horas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 41 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.2. ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO

O segundo período do trabalho de parto, período expulsivo ou período pélvico, é dividido em duas fases:

Tabela 5: Fases do trabalho de parto no segundo período

FASE PASSIVA	FASE ATIVA
Presença de dilatação cervical completa na ausência de contrações expulsivas involuntárias (puxos maternos) ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve.	Inicia quando o polo cefálico fetal já é visível ou quando há contrações expulsivas involuntárias.

Fonte: Conitec, 2016

Tabela 6: Duração do trabalho de parto no segundo período

PRIMÍPARA	MULTÍPARA
Cerca de 0,5–2,5 horas sem peridural 1–3 horas com peridural.	Até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural.

Fonte: Conitec, 2016

3.2.1 Medidas de assepsia para o parto vaginal

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

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 42 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas únicas não necessariamente estéreis, são apropriadas para reduzir a contaminação cruzada entre mulheres, recém-nascidos e profissionais;
- ✓ A seleção de equipamento de proteção deve ser baseada na avaliação do risco de transmissão de micro-organismos para a mulher e o risco de contaminação das vestimentas e pele dos profissionais de saúde por sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

3.2.2 Monitorização do bem-estar materno e fetal no segundo período do trabalho de parto

A avaliação do progresso do segundo período do trabalho de parto inclui: observar o comportamento materno, a eficácia do puxo e o bem estar fetal. A decisão sobre o(s) momento(s) da realização de exame de toque vaginal irá depender destes fatores e da posição e altura da apresentação. Recomenda-se, de acordo com o desejo da gestante, um exame de toque a cada hora e a cada meia hora palpação abdominal para verificar a frequência das contrações uterinas. A ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais, neste período, deverá ser realizada a cada 5 minutos, durante e após cada contração. Se houver suspeita de bradicardia, deve-se checar o pulso materno, para diferenciar as duas frequências cardíacas.

Em caso de alteração da frequência cardíaca fetal ou suspeita de alteração, a cardiocografia poderá ser de extrema utilidade, devendo ser instalada se houver persistência da bradicardia sem que haja iminência do nascimento. A gestante deve ser hidratada, receber orientações sobre posições mais confortáveis

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 43 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

e maneiras de aliviar a dor no período expulsivo. O suporte emocional, neste momento, é imprescindível.

3.2.3 Posições indicadas para o parto

Deve-se desencorajar a gestante a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A gestante deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios.

3.2.4 Puxos espontâneos

Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do trabalho de parto em gestantes sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.

Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela gestante, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.

3.2.5 Uso de ocitocina no segundo período do trabalho de parto

O uso de ocitocina artificial no segundo período do trabalho de parto deve seguir os mesmos princípios das recomendações para seu uso no primeiro período do trabalho de parto. Recomenda-se seu uso apenas quando houver falha de progresso no segundo período.

3.2.6 Episiotomia

Atualmente, não há evidência científica suficiente para definir as indicações para a episiotomia, apenas que o uso seletivo continua a ser a melhor prática a ser adotada.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 44 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

A episiotomia não deve ser realizada sem o consentimento da gestante, após esclarecimento dos motivos que justificam sua realização. É importante assegurar a compreensão da gestante sobre a necessidade do procedimento.

Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia.

Quando a episiotomia é indicada, recomenda-se realizar a técnica médio-lateral, com atenção especial para garantir que o ângulo esteja a 60 graus da linha média quando o períneo estiver distendido.

3.2.7 Cuidados com o períneo

- ✓ Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto - considerar aplicação de compressas mornas no períneo;
- ✓ Não se recomenda a aplicação de spray ou gel de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto;
- ✓ Tanto a técnica de 'mãos sobre' (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) quanto a técnica de 'mãos prontas' (com as mãos sem tocar o períneo e a cabeça fetal, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo;
- ✓ Se a técnica de 'mãos sobre' for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar a mulher a não empurrar nesse momento.

3.2.8 Falha de progresso no segundo período do parto

- ✓ Para as nulíparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora no segundo período ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem íntegras;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 45 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Para as multíparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos na fase ativa. Realizar amniotomia se as membranas estiverem íntegras.
- ✓ Um médico obstetra deve avaliar a gestante com prolongamento confirmado do segundo período do parto antes do uso de ocitocina;
- ✓ Se as contrações forem inadequadas no início do segundo período, considerar o uso de ocitocina;
- ✓ Após a avaliação obstétrica inicial, manter a revisão a cada 15-30 minutos.

3.2.9 Quando indicar parto instrumental

- ✓ É indicado quando existem sinais de estado fetal não tranquilizador ou como conduta no caso do segundo período prolongado. Pode ser utilizado também no caso de exaustão materna;
- ✓ A escolha do instrumento (fórceps ou vácuo-extrator) deve ser feita pelo obstetra e dependerá do balanço entre a indicação clínica e a experiência do mesmo. Deverá ser realizada analgesia efetiva anterior à aplicação do instrumento. No caso de parto operatório de urgência por suspeita de comprometimento fetal, caso não haja tempo hábil para analgesia regional, recomenda-se o uso de bloqueio de pudendo;
- ✓ Orientar a gestante e realizar uma cesariana se o parto instrumental não for possível.

3.3. ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO

O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas.

O manejo do terceiro período envolve um conjunto de intervenções com os seguintes componentes:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 46 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Uso rotineiro de drogas uterotônicas, para prevenção de hemorragia;
- ✓ Clampeamento e secção oportuna do cordão umbilical (de 1 a 3 minutos);
- ✓ Tração controlada do cordão após sinais de separação placentária.

IMPORTANTE:

1. A ocitocina é a medicação de primeira escolha para prevenção de hemorragia pós-parto porque se mostrou mais efetiva e com menos efeitos colaterais. Deve-se utilizar 10UI de ocitocina intramuscular após o nascimento e antes do clampeamento e corte do cordão umbilical;
2. Considerar terceiro período prolongado depois de decorridos 30 minutos de manejo ativo ou 60 minutos de manejo fisiológico;
3. Evitar a palpação e massagem uterina de rotina, pois, além de serem desconfortáveis para a maioria das mulheres, não se associam à redução de riscos de complicações no terceiro período.

3.3.1. Observações gerais no terceiro período do parto

Manter observação rigorosa da gestante, com as seguintes avaliações:

- ✓ Condição física geral, através da coloração de pele e mucosas, respiração e sensação de bem-estar;
- ✓ Perda sanguínea.

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

- ✓ Solicitar assistência de médico obstetra para assumir o caso se este não for o profissional assistente no momento;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 47 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

✓ Instalar acesso venoso calibroso e informar a puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos (ver protocolo de hemorragia).

3.3.2. Clampeamento do Cordão

- ✓ Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão;
- ✓ Não realizar a secção do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal;
- ✓ Após a secção do cordão, realizar tração controlada do mesmo, esta deve ser suave o suficiente para não tracionar o útero (evitar inversão uterina) e não romper o cordão umbilical. Recomenda-se apenas “dirigir” a saída da placenta pela vagina/vulva sem propriamente tracionar;
- ✓ Fazer rotação lenta da placenta em círculos à medida que ela se exterioriza pelo introito vaginal ajuda a evitar que as membranas se rasguem e fiquem retidas na cavidade uterina;
- ✓ Observar tipo de descolamento: Baudelocque-Schultze ou Baudelocque-Duncan;
- ✓ Avaliar minuciosamente a placenta, o cordão e as membranas quanto à sua integridade, presença de calcificações, alterações morfológicas e anotar em prontuário;
- ✓ A dequitação costuma ocorrer entre 05 e 30 minutos.

3.3.3. Retenção placentária

✓ Se a placenta não dequitar após 30 minutos, a remoção manual é necessária. Se a gestante estiver estável, aproveitar o tempo para estabelecer a

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 48 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

analgésia adequada; isto fará com que o procedimento seja mais fácil de ser realizado e irá reduzir o estresse emocional e físico da puérpera;

✓ Explicar a gestante o que está acontecendo e os procedimentos a serem realizados para placenta retida.

Para remover manualmente a placenta:

- ✓ Cessar a massagem uterina e permitir que o útero relaxe;
- ✓ Providenciar um acesso venoso calibroso;
- ✓ Identificar o plano de clivagem entre a placenta e a parede do útero.

Avançar os dedos no plano até que toda a placenta esteja solta. Retirar a placenta intacta sempre que possível;

✓ Após examinar a cavidade uterina e a placenta para assegurar-se que toda a placenta e membranas foram retiradas, massageie o útero e administre ocitocina.

Se o plano de clivagem não pode ser identificado ou partes do plano não conseguem ser separados completamente, preparar para a remoção cirúrgica da placenta.

✓ Garantir que a gestante receba oxigênio, dois acessos venosos calibrosos com hidratação venosa, anestesia adequada realizada, material cirúrgico apropriado disponível e profissionais adequadamente treinados presentes. Então, remova o tecido placentário com vácuo (cânula de sucção de maior tamanho) ou cureta romba.

IMPORTANTE: Se o sangramento não for controlado com essas medidas, considerar a realização de uma histerectomia de emergência.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 49 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

3.4. CUIDADOS MATERNS IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO

3.4.1. Observação e monitoração da mulher imediatamente após o parto

- ✓ Temperatura, pulso e pressão arterial devem ser verificados de 15 em 15 minutos nas primeiras 2 horas e depois de 6 em 6 horas;
- ✓ Lóquios e contrações uterinas;
- ✓ Realizar revisão do canal de parto procurando encontrar lacerações do trajeto (vagina, colo) e do períneo;
- ✓ Realizar revisão da cavidade uterina caso se suspeite de retenção de restos placentários ou membranas ou se houver sangramento aumentado;
- ✓ Avaliação das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto.

Situações de risco imediatamente após o parto que demandam avaliação médica:

- ✓ Pulso > 120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
- ✓ PA sistólica \geq 160 mmHg OU PA diastólica \geq 110 mmHg em uma única medida;
- ✓ PA sistólica \geq 140 mmHg OU PA diastólica \geq 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- ✓ Proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg;
- ✓ Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
- ✓ Bexiga palpável e ausência de micção 6 horas após o parto;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 50 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Emergência obstétrica – hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno;
- ✓ Placenta retida ou incompleta;
- ✓ Traumas perineais de terceiros e quartos graus ou outro trauma perineal complicado.

3.4.2. Trauma perineal

O trauma perineal ou genital é definido como aquele provocado por episiotomia ou lacerações. É classificado da seguinte maneira:

Tabela 7: Grau de laceração

Grau de Laceração		Descrição
Primeiro Grau		Laceração superficial da mucosa vaginal ou corpo perineal
Segundo Grau		Laceração da mucosa vaginal e/ou pele do períneo e tecido subcutâneo mais profundo
Terceiro Grau	Incompleta	Laceração de segundo grau com laceração da cápsula e parte (mas não todo) do músculo esfíncter anal
	Completa	Mesmo acima, com laceração completa do músculo esfíncter anal
Quarto Grau		Laceração da mucosa retal

Fonte: Also Brasil, 2020

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 51 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Se houver trauma do períneo, antes de avaliar a extensão e gravidade do trauma, o profissional deve explicar para mulher o que será realizado, como será realizado e por que deve ser realizado o procedimento.

3.4.3 Antes de avaliar o trauma genital

- ✓ Oferecer analgesia adequada;
- ✓ Assegurar boa iluminação;
- ✓ Posicionar a mulher de maneira confortável e com boa exposição das estruturas genitais.

Se for identificado trauma perineal, uma avaliação sistemática deve ser realizada, incluindo um exame retal.

3.4.4 Avaliação sistemática do trauma genital

- ✓ Providenciar analgesia local ou regional efetiva;
- ✓ Avaliar visualmente toda a extensão do trauma, incluindo as estruturas envolvidas, o ápice da lesão e o sangramento;
- ✓ Realizar exame retal para verificar se ocorreu algum dano ao esfíncter anal externo e interno na suspeita de qualquer lesão da musculatura perineal.

IMPORTANTE:

1. Assegurar que o momento para essa avaliação sistemática não interfira na relação mãe-filho, exceto se houver sangramento que requeira medidas de urgência;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 52 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

2. Ajudar a mulher a adotar uma posição que permita uma visualização adequada do grau do trauma e para o reparo. Manter essa posição apenas pelo tempo necessário para a avaliação sistemática e reparo do períneo;

3. Se não for possível uma avaliação adequada do trauma, a mulher deverá ser assistida por médico obstetra, se esse não for o profissional que assistiu o parto.

3.4.4 Recomendação para tratamento do trauma perineal

✓ Realizar a reparação do trauma perineal utilizando técnicas assépticas;

✓ Verificar os equipamentos e contar as compressas, gazes e agulhas antes e depois do procedimento;

✓ Considerar que uma boa iluminação é essencial para identificar as estruturas envolvidas;

✓ No caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem apostas;

✓ Dentre as lacerações periclitorianas, periuretrais e nos pequenos lábios, apenas aquelas que sangram ou distorcem a anatomia devem ser suturadas;

✓ No caso de um trauma de segundo grau, o músculo deve ser suturado, a fim de melhorar a cicatrização;

✓ **O trauma de difícil reparação ou ainda lacerações de 3º e 4º devem ser reparados por um médico obstetra sob anestesia local, regional ou geral;**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 53 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

✓ Deve ser administrada dose única profilática de cefalosporina de 2ª geração em todas as mulheres com trauma perineal grave, para a redução do risco de infecção e deiscência da ferida;

✓ O reparo do trauma perineal grave deve ocorrer preferencialmente em uma sala cirúrgica;

✓ Avaliar a necessidade de inserir um cateter vesical permanente por 24 horas para evitar retenção urinária.

- ✓ Certificar-se de que um bom alinhamento anatômico da lesão foi alcançado e atentar para os resultados estéticos;
- ✓ Realizar exame retal após a conclusão do reparo para garantir que o material de sutura não foi acidentalmente inserido através da mucosa retal;
- ✓ Após a conclusão do reparo, documentar detalhadamente a extensão do trauma, o método de reparação e os materiais usados;
- ✓ Informar à mulher sobre a extensão do trauma, o alívio da dor, dieta, higiene e sobre a importância dos exercícios do assoalho pélvico.

3.5. ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

- ✓ Manter temperatura do local do parto entre 23 – 26° C;
- ✓ Avaliar condições do recém-nascido, respiração/choro presente e tônus em flexão, no sentido de determinar necessidade ou não de reanimação neonatal;

IMPORTANTE: Todos os profissionais que prestam cuidados diretamente ao nascimento devem ser treinados em reanimação neonatal de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 54 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Estimular o contato pele a pele imediato por pelo menos 60 minutos, após avaliação do estado geral do bebê;
- ✓ Cobrir o recém-nascido (RN) com um campo aquecido para manter a temperatura adequada durante o contato pele a pele;
- ✓ Estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida;
- ✓ Realizar clampeamento oportuno do cordão (1 a 3 minutos), conforme condições materna e neonatal;
- ✓ Perguntar ao acompanhante se deseja realizar o corte do cordão;
- ✓ Realizar índice de Apgar no 1º e no 5º minuto de vida;
- ✓ Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina, tais como, pesar, medir e realizar a profilaxia hemorrágica, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido;
- ✓ Após a primeira hora de vida, aferir e registrar medidas antropométricas: a circunferência cefálica, torácica, abdominal, estatura e peso;
- ✓ Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade que exija cuidados especializados;
- ✓ Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento do RN seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento;
- ✓ Coletar sangue do cordão para realização de tipagem sanguínea;
- ✓ Não é recomendada a aspiração de vias aéreas superiores em recém-nascido saudável;
- ✓ Não se recomenda realizar passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 55 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- ✓ Realizar profilaxia da doença hemorrágica com aplicação de vitamina K (dose de única de 1mg IM);
- ✓ Realizar profilaxia da oftalmia neonatal de rotina nos cuidados com o recém-nascido, porém o tempo para administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento;
- ✓ Recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina;
- ✓ Banho após 24 horas de vida, exceto em caso de mecônio espesso e exposição para HIV e hepatite B.

3.5.1 Orientações em presença de mecônio significativo

- ✓ Se houver mecônio significativo e o recém-nascido não apresentar respiração, frequência cardíaca e tônus normais, este deve ser assistido segundo diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal, incluindo realização precoce de laringoscopia e sucção sob visão direta;

Se qualquer um dos seguintes sinais forem observados, com qualquer grau de mecônio, o recém-nascido deve ser avaliado por um neonatologista/pediatra:

- frequência respiratória > 60 ipm, presença de gemidos
- frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm
- enchimento capilar acima de 3 segundos
- temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $37,5^{\circ}\text{C}$ em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo



SEMSA
Secretaria Municipal
de Saúde

Maternidade Dr. Moura Tapajóz

Au. Brasil, 1335 - Compensa

CEP: 69036-110

T: (92) 3216-8158

direcao.mmt@pmm.am.gov.br

semsa.manaus.am.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 56 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

- saturação de oxigênio < 95% (a medida da saturação de oxigênio é opcional após mecônio não significativo)

- presença de cianose central confirmada pela oximetria de pulso, se disponível.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 57 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

ANEXO 01: Critérios de elegibilidade para acompanhamento de gestante de risco habitual e critérios para solicitação de avaliação do profissional de retaguarda

Centro de Parto Normal e PPP

Avaliação Obstétrica

- Gestação única;
- Idade Gestacional a termo (37 semanas a 41 semanas e 6 dias);
- Apresentação Cefálica;
- Com exames sorológicos negativos (HIV, VDRL, Hepatite B);
- Ausência de intercorrências clínicas pregressas (cardiopatias, hipertensão, colagenoses, hemoglobinopatias, diabetes, endocrinopatias, HIV positivo, doenças imunossupressoras);
- Ausência de patologias que possam colocar em risco a saúde materna ou fetal e/ou ainda requerer cuidados especiais (Infecções Sexualmente Transmissíveis, Toxoplasmose Gestacional e outros);
- Cesárea anterior com intervalo interpartal ≥ 2 anos;
- Parâmetros biofísicos fetais - apresentação cefálica, ausência de indicadores de macrosomia fetal por USG e/ou AFU ≤ 36 cm, quantidade de líquido amniótico normal, movimentação e reatividade fetal normal.

Solicitar avaliação obstétrica mediante preenchimento de parecer, nas situações abaixo:

- Bradicardia ou Taquicardia fetal (FCF < 110 bpm ou FCF > 160 bpm);
- Desacelerações da FCF;
- Hipossistolia, hiper-sistolia, taquissistolia, bradissistolia, hipotonia e hipertonia;
- Distócia de Ombros;
- Hemorragia pós-parto;
- Presença de mecônio no líquido amniótico com repercussão na FCF;
- Distócia da progressão do parto por falha terapêutica (Fase ativa prolongada, Parada secundária da dilatação, Parada secundária da descida e Período pélvico prolongado);
- Apresentações cefálicas defletidas de 1°, 2° e 3° graus;
- Retenção Placentária ≥ 30 minutos no manejo ativo, nas condições em que a extração manual da placenta foi ineficaz;
- Hematomas vaginais pós-parto imediato;
- Lacerações de colo;
- Lacerações perineais de 3° e 4° graus.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 58 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

ANEXO 02: Condições clínicas de alto risco que indicam que a assistência deve ser realizada pelo médico obstetra.

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

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 59 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

Fatores que indicam alto risco	
Complicações prévias	Morte fetal/neonatal inexplicada ou morte prévia relacionada a dificuldades intraparto; Recém-nascido prévio com encefalopatia neonatal; Pré-eclâmpsia necessitando parto prematuro; Descolamento prematuro de placenta com resultado adverso; Eclâmpsia; Ruptura uterina; Hemorragia pós-parto primária necessitando tratamento adicional ou transfusão de sangue; Placenta retida necessitando extração manual em sala cirúrgica; Cesariana; Distócia de ombro.
Gravidez atual	Gestação múltipla; Placenta prévia; Pré-eclâmpsia ou hipertensão gestacional; Trabalho de parto prematuro ou rotura prematura de membranas pré-termo; Descolamento prematuro de placenta; Anemia – hemoglobina < 8,5 g/dL no início do trabalho de parto; Morte fetal; Indução do parto; Uso de drogas ilícitas; Dependência de álcool necessitando avaliação ou tratamento; Diabetes gestacional; Apresentação anômala – pélvico ou transversa; IMC no início do pré-natal > 35 kg/m ² ; Hemorragia antes do parto recorrente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 60 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

ANEXO 03: Como preencher a lista de verificação de parto seguro: admissão, PPP, parto (cesárea/normal), pós-parto imediato e alta.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) fez inúmeros testes à Lista de Verificação. A edição-piloto da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros foi submetida a avaliações em nove países e forneceu importantes informações. Um inquérito abrangente identificou os momentos certos de parar, pausar durante os partos realizados em maternidade e preencher a lista de verificação. Os pontos de pausa são: admissão, antes da expulsão, logo após o nascimento e antes da alta.

OS 04 PONTOS DE PAUSA DO PARTO SEGURO	
PAUSA 01: ADMISSÃO	PAUSA 02: ANTES DA EXPULSÃO (ou antes da cesariana)
Esse é o momento de examinar a mãe, para detectar e tratar complicações que ela já possa ter, confirmar se precisa ser transferida para outra unidade, preparar o acompanhante para o trabalho de parto e o parto e para educá-los também sobre os sinais de perigo para os quais devem pedir ajuda.	Esta pausa é importante para detectar e tratar complicações que possam ocorrer durante o trabalho de parto e preparar para eventos de rotina e possíveis situações de crise que possam ocorrer depois do parto.
PAUSA 03: LOGO APÓS O NASCIMENTO (no espaço de uma hora)	PAUSA 04: ANTES DA ALTA
É importante examinar a mãe e o bebê logo a seguir ao nascimento (no espaço de 1 hora), para detectar e tratar complicações que possam ocorrer depois do parto e educar a mãe e o seu acompanhante sobre os sinais de perigo para os quais devem	Nesta pausa, é importante examinar a mãe e o recém-nascido, para ter a certeza de que a mãe e o bebê estão saudáveis, e de que está tudo preparado para o seguimento, certificar-se de que as opções de planejamento familiar foram discutidas



SEMSA
Secretaria Municipal
de Saúde

Maternidade Dr. Moura Tapajóz
Av. Brasil, 1335 - Compensa
CEP: 69036-110
T: (92) 3216-8158
direcao.mmt@pmm.am.gov.br
semsa.manaus.am.gov.br

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 61 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

pedir ajuda.

e oferecidas à mãe e ao seu acompanhante e que a educação sobre sinais de perigo a procurar, tanto na mãe como no bebê, foi dada, para o caso de serem necessários cuidados especializados imediato.

A lista pode ser usada de duas maneiras: em “Ler-Fazer,” deve-se ler primeiro o item da Lista de Verificação e depois completar a tarefa. Em “Fazer-Confirmar”, deve-se completar a tarefa e depois ler o ponto da Lista de Verificação para confirmar que a tarefa foi realizada, assinalando com um (X) ou vistando.

A lista de verificação de parto seguro deve constar em todos os prontuários e deve ser parte integrante do formulário da instituição. Deve ser anexado no momento de abertura do prontuário e permanecer nele até o arquivo.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 62 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

ANEXO 04: Utilização de métodos não invasivos para alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto

Dilatação	Recursos terapêuticos	Tempo	Técnica
4-5 cm	Banho de aspensão	Mínimo 20 minutos	Jato de água morna na região lombo sacral e sínfise púbica
	Mudanças de decúbito	Livre ou a cada 15 minutos	Decúbito dorsal para decúbito lateral esquerdo
	Deambulação	Quando a mulher desejar	Técnicas de deambulação
	Massagem	Durante as contrações	Deslizamento, amassamento e pressão entre T10 e sacro
	Mudanças de posturas	Quando a mulher desejar	Deambulação, posição ortostática, quatro apoios, sentada
6-7cm	Técnicas respiratórias	Durante as contrações	Respiração lenta e profunda, inspirando pelo nariz e expirando pela boca
	Deambulação	Quando a mulher desejar	
	Técnicas de relaxamento	Intervalos das contrações	Músicas, aromas, penumbra, relaxamento muscular progressivo
	Associação de recurso		

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 63 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

8-10 cm	Banho de aspersão	Quando desejar	a	mulher	Idem ao anterior
	Banho de imersão				Banheira com água morna na altura da sínfise púbica
	Relaxamento	Quando desejar	a	mulher	Relaxamento muscular progressivo
	Mudanças de posturas	Quando desejar	a	mulher	
	Técnicas respiratórias	Durante intervalos contrações	e	nos das	Idem ao anterior

Fonte: Abenfo – BA (2014) modificado

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 64 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

REFERÊNCIAS

1. <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/> Consultado em 10/09/2020
2. Abalos, Edgardo et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: a systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v. 223, p. 123-132, 2018.
3. Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiras Obstetras (ABENFO – BA). Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra No Estado da Bahia. Salvador, 2014. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/associacao-brasileira-de-obstetizas-e-enfermeiros-obstetras-secao-bahia-abenfo-divulga-protocolo-assistencial-da-enfermeira-obstetra-no-estado-da-bahia_14177.html
4. ALSO Brasil – Suporte avançado de vida em obstetrícia: São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos, 2020
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practical Advisory. Acessado em 3/2/2020, no <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-dvisory/articles/2020/03/novel-coronavirus-2019>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG. Approaches to limit intervention during labor and Birth. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
7. Amorim, Melania Maria Ramos. Ana Maria Feitosa Porto e Alex Sandro Rolland Souza. "Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências." *Femina* (2010): 583-591.
8. Carvalho, I. C. B M., de Souza Rosendo, T. M. S., de Freitas, M. R., da Silva, E. M. M., Medeiros, W. R., Moutinho, N. F., ...& da Silva Gama, Z. A. Adaptação e validação



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 65 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

da lista de verificação do parto seguro da Organização Mundial da Saúde para o contexto brasileiro.

9. Hodnett Ellen D, Gates Simon, Hofmeyr G. Justus, Sakala Carol. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 1, Art. No. CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub3

10. Lawrence Annemarie et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2009 Apr15;(2):CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2

11. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

12. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Disponível em <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-de-acolhimento-e-classificacao-de-risco-em-obstetricia/>

13. Organização Mundial de Saúde. Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

14. Paro, Helena Borges Martins da Silva. Indução do trabalho de parto em mulheres com ou sem cesárea anterior: Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia / Helena Borges Martins da Silva Paro, Renata Rodrigues Catani. Uberlândia: EDUFU, 2019. 30 p.: il.

15. Neto, Coríntio Mariani Neto et al. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. 1ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT-Página 66 de 66	
Título do documento	PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 22/12/2020 VERSÃO: 1	Próxima revisão: 22/06/2021

16. Wei, Shuqin, et al. "Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9 (2012). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160792/pdf/emss-58690.pdf>

17. WHO. Recomendações para o aumento do trabalho de parto. Destaques e principais mensagens das recomendações globais de 2014 da Organização Mundial da Saúde Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/key-msgs-augmentation-labour/pt/ Acessado em julho de 2020

18. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018 Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> acesso em jul 2020

19. World Health Organization partograph in management of labour. *The Lancet*, Volume 343, Issue 8910, 4 June 1994, Pages 1399-1404. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)92528-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)92528-3/fulltext)