



*resumo
das
recomendações*

Diretriz Nacional
de Assistência ao
**PARTO
NORMAL**

Esta Diretriz foi elaborada por um grupo multidisciplinar, o Grupo Elaborador da Diretriz ou GED, composto por médicos obstetras, médicos de família, clínicos gerais, médico neonatologista, médico anesthesiologista e enfermeiras obstétricas e tem como principal objetivo sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal, buscando promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal, diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto, reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e conseqüentemente os seus agravos, difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal e fazer recomendações contra ou a favor de determinadas práticas sem no entanto substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais. As recomendações, fruto deste extenso trabalho, estão sintetizadas a seguir.

LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

- 1** Informar às gestantes de baixo risco sobre complicações e de que o parto normal é geralmente muito seguro tanto para a mulher quanto para a criança.
- 2** Informar às gestantes de baixo risco sobre os riscos e benefícios dos locais de parto (domicílio, Centro de Parto Normal extra, peri ou intra hospitalar, maternidade). Utilizar as tabelas 8, 9, 10 e 11 para tal. Informar também que as evidências são oriundas de outros países, e não necessariamente aplicáveis ao Brasil.
- 3** As mulheres nulíparas ou múltiparas que optarem pelo planejamento do parto em Centro de Parto Normal (extra, peri ou intra-hospitalar), se disponível na sua área de abrangência ou próximos dessa, devem ser apoiadas em sua decisão.
- 4** Informar a todas as gestantes que a assistência ao parto no domicílio não faz parte das políticas públicas no país e não é coberto pela saúde suplementar.
- 5** Informar às nulíparas de baixo risco de complicações que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado tendo em vista o maior risco de complicações para a criança. Informar também que as evidências são oriundas de outros países e não necessariamente aplicáveis ao Brasil.
- 6** Informar às múltiparas de baixo risco de complicações que, tendo em vista o contexto brasileiro, o parto domiciliar não está disponível no sistema de saúde, por isso não há como recomendar. No entanto, não se deve desencorajar o planejamento do parto no domicílio, desde que atenda ao item 8.
- 7** As mulheres devem receber as seguintes informações sobre o local de parto:
 - Acesso à equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria)
 - Acesso ao cuidado no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes,
 - Acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens, etc.), analgesia regional e outras drogas.
 - A probabilidade de ser transferida para uma maternidade (se esse não for o local escolhido), as razões pelas quais isso pode acontecer e o tempo necessário para tal.
- 8** Assegurar que todas as mulheres que optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência.

PROFISSIONAL QUE ASSISTE AO PARTO

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

CUIDADOS GERAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

informações e comunicação

11 Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendam deverão estabelecer uma relação de intimidade com estas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.

12 Para estabelecer comunicação com a mulher os profissionais devem:

- Cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel nos cuidados e indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada.
- Manter uma abordagem calma e confiante, demonstrando a ela que tudo está indo bem.
- Bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo.
- Perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa.
- Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela.
- Verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar da forma proposta, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem português.
- Avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.
- Encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades.
- Solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou na documentação.
- Mostrar a mulher e aos seus acompanhantes como ajudar e assegurar-lhe que ela o pode fazer em qualquer momento e quantas vezes quiser. Quando sair do quarto, avisar quando vai retornar.
- Envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, tanto quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.

13 Antes do parto informar as mulheres sobre as seguintes questões

- Benefícios e riscos da indução do parto (indicações médicas e eletivas);
- A necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes no mesmo momento que a mulher;
- Estratégias de manejo da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
- Organização do local de assistência ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativos à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas;
- Os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas.

APOIO FÍSICO E EMOCIONAL

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

- 15** O apoio por pessoal de fora da equipe hospitalar não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital.
- 16** Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.
- 17.** As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher.

DIETA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- 18** Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água.
- 19** Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.
- 20** Os antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de baixo risco para anestesia geral durante o trabalho de parto.
- 21** As mulheres que receberem opióides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos.

MEDIDAS DE ASSEPSIA PARA O PARTO VAGINAL

- 22** A água potável pode ser usada para a limpeza vulvar e perineal se houver necessidade, antes do exame vaginal.
- 23** Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas únicas não necessariamente estéreis, são apropriadas para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais.
- 24** A seleção de equipamento de proteção deve ser baseada na avaliação do risco de transmissão de microorganismos para a mulher e o risco de contaminação das vestimentas e pele dos profissionais de saúde por sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções.

AValiação DO BEM-ESTAR FETAL

- 25** A avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto:
- Utilizar estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler:
 - Realizar a ausculta imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única.
 - Registrar acelerações e desacelerações se ouvidas
 - Palpar o pulso materno se alguma anormalidade for suspeitada para diferenciar os batimentos fetais e da mãe.

MANEJO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

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

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

ESTRATÉGIAS E MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

36 Por se tratar de intervenções não invasivas e sem descrição de efeitos colaterais, não se deve coibir as mulheres que desejarem usar audio-analgesia e aromaterapia durante o trabalho de parto.

ANALGESIA INALATÓRIA

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

ANALGESIA INTRAMUSCULAR E ENDOVENOSA

- 38 Toda gestante que desejar opióides (EV ou IM) deve se informar que os mesmos oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para ela (náuseas, sonolência e tonteira) assim como para a criança (depressão respiratória ao nascer e sonolência que pode durar vários dias).
- 39 As mulheres também devem ser informadas que os opióides podem interferir negativamente na amamentação.
- 40 O remifentanil pode ser utilizado (em bomba de infusão endovenosa) visando menor interferência no desfecho fetal, porém por ser um agente mais potente que os demais, deve ser utilizado em doses progressivas e por profissional familiarizado com a técnica.
- 41 Diante da administração de opióides (EV ou IM) utilizar concomitantemente um anti-emético.
- 42 Até duas horas após a administração de opióides (EV ou IM) e/ou se sentirem sonolentas, as mulheres não devem entrar em piscina ou banheira.
- 43 Analgesia com opióides é acompanhada de aumento na complexidade da assistência ao parto, como por exemplo: maior necessidade de monitorização e acesso venoso.
- 44 Uma vez que a segurança da realização de analgesia farmacológica no ambiente extra-hospitalar ainda não foi estabelecida, esta é restrita ao complexo hospitalar, seja bloco cirúrgico ou PPP (sala de pré-parto, parto e pós-parto).

ANALGESIA REGIONAL

- 45 A analgesia regional de parto deve ser previamente esclarecida e discutida com a gestante durante o período antenatal. Ênfase em risco (associação com desfecho negativo, efeitos adversos e complicações maiores) e benefícios (alívio da dor). Isto pode se dar em formato de consulta individual ou coletiva (grupos de discussão pré-parto).
- 46 A analgesia regional é acompanhada de aumento na complexidade da assistência ao parto, como por exemplo: maior necessidade de monitorização e acesso venoso.
- 47 Uma vez que a segurança da realização de analgesia farmacológica no ambiente extra-hospitalar ainda não foi estabelecida, esta é restrita ao complexo hospitalar, seja bloco cirúrgico ou PPP (sala de pré-parto, parto e pós-parto).
- 48 A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isto inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos.
- 49 A analgesia peridural e a analgesia combinada raqui – peridural (RPC) constituem técnicas igualmente eficazes para alívio da dor de parto. A escolha entre elas será influenciada pela experiência do anestesiológico com a técnica.
- 50 Iniciar a analgesia peridural com as drogas usuais (bupivacaína, ropivacaína e levobupivacaína) diluídas na dose: volume 13 a 20 ml em concentração de 0,0625% a 0,1%, acrescidos de fentanil (2 mcg/ml), ou opióide lipossolúvel em dose equipotente.
- 51 Quando se pretende fornecer alívio rápido da dor, sem elevação da dose de anestésico, a via intratecal é a técnica de escolha.

- 52** Quando se utilizar a RPC, adequar a dose ao momento do parto:
- Fase não avançada do parto (doses próximas a 15 mcg de fentanil intratecal ou outro opióide lipossolúvel em dose equivalente).
 - Fase avançada do parto (bupivacaína 1,25 mg intratecal ou outro anestésico em dose equivalente, associada ao opióide lipossolúvel).
- 53** A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser iniciada com a menor concentração efetiva de cada anestésico; como exemplo bupivacaína 0,0625% ou ropivacaína 0,1%, ambos acrescidos de fentanil (2 mcg/ml) ou doses equipotentes de outro opióide lipossolúvel.
- 54** A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser iniciada com volumes próximos a 10 ml/h.
- 55** A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser individualizada, levando em consideração a resposta à solução inicial, assim como particularidades da paciente. Mediante resposta insatisfatória na primeira hora de infusão, deve-se elevar a dose de anestésico, aumentando a taxa de infusão de forma escalonada até no máximo 20 ml/h. Mediante resposta persistentemente insatisfatória deve-se elevar a concentração do anestésico, após revisar posicionamento do cateter.
- 56** A manutenção da analgesia peridural em bolus intermitente ou sob regime de PCA são os modos preferidos de administração para a manutenção da analgesia peridural.
- 57** A utilização de um ou outro modo dependerá da disponibilidade de recursos locais.
- 58** Não se recomendam rotineiramente altas concentrações de soluções de anestesia local (0,25% ou acima de bupivacaína ou equivalente) para estabelecer ou manter a analgesia peridural.
- 59** Antes da realização da analgesia regional de parto deve haver acesso venoso pré-estabelecido.
- 60** Pré-hidratação não deve ser utilizada de forma rotineira mas apenas em casos selecionados.
- 61** Toda gestante após analgesia regional deve ser avaliada quanto à ocorrência de hipotensão arterial, sendo a necessidade de hidratação e/ou suporte com drogas vasoativas avaliada individualmente.
- 62** A manutenção da hidratação deve obedecer a recomendação citada no item dieta no trabalho de parto. Convém ressaltar que, em função da administração de opióides, a oferta de dieta com resíduos é proscrita após anestesia regional.
- 63** A gestante sob analgesia peridural, quando se sentir confortável e segura, deve ser encorajada a deambular e adotar posições mais verticais.
- 64** A administração da solução peridural não deve ser interrompida no intuito de se otimizar desfechos, mas deve obedecer as necessidades e desejo materno, ainda que no período expulsivo.
- 65** O cateter peridural, instalado durante o parto, poderá ser utilizado no terceiro estágio do parto, como por exemplo na reparação perineal.

- 66** Após confirmado os 10 cm de dilatação, não se deve solicitar a gestante que promova puxos voluntários, exceto se tardiamente (sugere-se no mínimo após 1 hora de dilatação total) ou quando a cabeça fetal se tornar visível. Do contrário, os puxos constituem ato involuntário obedecendo a vontade materna.
- 67** Os puxos devem ser sempre durante a contração.
- 68** Após constatado 10 cm de dilatação, devem ser estabelecidas estratégias para que o nascimento ocorra em até 4 horas, independente da paridade.
- 69** A administração rotineira de ocitocina após analgesia regional não é recomendada, agregando potenciais efeitos adversos sem benefício. Uma vez que não difere do contexto habitual, deve obedecer as recomendações referentes ao uso de uterotônicos expostas nas seções específicas.
- 70** A técnica de analgesia no parto deve visar o controle adequado da dor com o menor comprometimento possível das funções sensoriais, motoras e autonômicas. Para isto a iniciação e manutenção da analgesia com baixas concentrações de anestésico local constitui fator fundamental, particularmente importante para que as parturientes se mantenham em movimento.
- 71** Toda gestante submetida a analgesia de parto deverá estar com monitorização básica previamente instalada (Pressão Arterial Não Invasiva - PANI a cada 5 minutos e oximetria de pulso).
- 72** Estando sob monitorização, após 15 minutos da administração do(s) agente(s), a gestante deverá ser avaliada quanto à resposta (nível do bloqueio, sensibilidade perineal, testes de função motora, teste do equilíbrio e de hipotensão postural). Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate “estado de anestesia” (hiposensibilidade e bloqueio motor) a gestante deverá permanecer no leito sob vigilância constante até nova reavaliação. Caso a avaliação seja favorável, somente “estado de analgesia”, a gestante estará sem impedimentos para deambular e assumir a posição que desejar.
- 73** Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate estado de anestesia (hiposensibilidade e bloqueio motor), os quais persistem mesmo após o terceiro estágio, a gestante deverá ser encaminhada a SRPA (Sala de Recuperação Pós-Anestésica e permanecer no leito sob vigilância constante até alta pelo médico anestesiológico.
- 74** A rotina de monitoração para iniciação da analgesia de parto deve ser repetida nos momentos de doses de resgate via cateter epidural.
- 75** Se após 30 minutos do início da analgesia ou dose de resgate for constatada inefetividade, o anestesiológico deverá considerar falha técnica ou revisar individualmente as necessidades de alívio da parturiente.
- 76** Uma vez realizada analgesia de parto, ainda que não ocorram doses de resgate, o anestesiológico deverá acompanhar a parturiente, com avaliação horária, até o terceiro período. Considerando o término do regime de plantão, outro anestesiológico assumirá o caso.
- 77** Considerando a possibilidade de complicações, todo cateter peridural deve ser retirado pelo médico anestesiológico. A gestante não poderá receber alta do bloco obstétrico, unidade PPP ou SRPA com cateter instalado, exceto com a autorização do anestesiológico.
- 78** Toda parturiente submetida a início de analgesia regional ou doses adicionais de resgate, seja qual for a técnica, deve ser submetida a ausculta intermitente da FCF de 5 em 5 minutos por no mínimo 30 minutos. Uma vez alterado deve-se instalar CTG, assim como

proceder a cuidados habituais como decúbito lateral esquerdo e avaliar necessidade de otimização das condições respiratórias e circulatórias. Caso não ocorra melhora, seguir diretrizes próprias para manejo de estado fetal não tranquilizador.

79 Se ocorrerem anormalidades graves da FCF, não transitórias, considerar outra causa que não analgesia regional e seguir diretrizes próprias para manejo de estado fetal não tranquilizador.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) NO TERMO

80 Não realizar exame especular se o diagnóstico de ruptura das membranas for evidente.

81 Se houver dúvida em relação ao diagnóstico de ruptura das membranas realizar um exame especular. Evitar toque vaginal na ausência de contrações.

82 Explicar às pacientes com ruptura precoce de membranas no termo que:

- o risco de infecção neonatal grave é de 1%, comparado com 0,5% para mulheres com membranas intactas.
- 60% das mulheres com ruptura precoce de membranas no termo entrará em trabalho de parto dentro de 24 horas.
- a indução do trabalho de parto é apropriada dentro das 24 horas após a ruptura precoce das membranas.

83 Até que a indução do trabalho de parto seja iniciada ou se a conduta expectante for escolhida pela gestante para além de 24 horas:

- não realizar coleta de swab vaginal-anal e dosagem da proteína C-reativa materna.
- para detectar qualquer infecção, aconselhar a mulher a medir sua temperatura a cada 4 horas durante o período de observação e comunicar imediatamente qualquer alteração na cor ou cheiro das perdas vaginais.
- informar à paciente que tomar banho não está associado com um aumento da infecção, mas ter relações sexuais pode estar.

84 Avaliar a movimentação fetal e a frequência cardíaca fetal na consulta inicial e depois a cada 24 horas após a ruptura precoce das membranas, enquanto a paciente não entrar em trabalho de parto, e aconselhá-la a comunicar imediatamente qualquer diminuição nos movimentos fetais.

85 Se o trabalho de parto não se iniciar dentro de 24 horas após a ruptura precoce das membranas, a paciente deve ser aconselhada a ter o parto onde haja acesso a serviços neonatais.

ELIMINAÇÃO DE MECÔNIO IMEDIATAMENTE ANTES OU DURANTE O TRABALHO DE PARTO

86 Não se aconselha o uso de sistemas de gradação e classificação de mecônio para o manejo da eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto.

87 A monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, deve ser utilizada para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto.

88 Na ausência de disponibilidade da monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, a ausculta fetal intermitente, seguindo técnicas padronizadas, pode ser usada na monitorização do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto.

- 89** Considerar a realização de amniotomia diante da eliminação de mecônio moderado a espesso durante o trabalho de parto se não houver disponibilidade de monitoração eletrônica fetal contínua.
- 90** Não se aconselha a realização de cesariana apenas para a eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, exceto em protocolos de investigação.

ASSISTÊNCIA NO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO

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

- 91** Incluir o seguinte quando da avaliação precoce ou triagem de trabalho de parto em qualquer local de assistência:
- Indagar à mulher como ela está e sobre os seus desejos, expectativas e preocupações.
 - Indagar sobre os movimentos da criança, incluindo qualquer mudanças.
 - Oferecer informações sobre o que a mulher pode esperar na fase de latência do trabalho de parto e o que fazer se sentir dor.
 - Oferecer informações sobre o que esperar quando procurar assistência.
 - Estabelecer um plano de cuidados com a mulher, incluindo orientação de quando e com quem contactar posteriormente.
 - Oferecer orientação e apoio para o(s) acompanhante(s) da mulher.
- 92** Se uma mulher busca orientação ou assistência em uma maternidade ou unidade de parto extra, peri ou intra-hospitalar:
- E não está em trabalho de parto estabelecido (≤ 3 cm de dilatação cervical):
 - Ter em mente que a mulher pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela pode sentir que está pela sua própria definição.
 - Oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário.
 - Encorajar e aconselhar a mulher a permanecer ou retornar para casa, levando em consideração as suas preocupações e o risco do parto acontecer sem assistência.
 - E está em trabalho de parto estabelecido (≥ 4 cm de dilatação cervical)
 - Admitir para assistência

DEFINIÇÃO E DURAÇÃO DAS FASES DO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

- 93** Para fins desta diretriz, utilizar as seguintes definições de trabalho de parto:
- Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto – um período não necessariamente contínuo quando:
 - há contrações uterinas dolorosas E
 - há alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm.
 - Trabalho de parto estabelecido – quando:
 - há contrações uterinas regulares E
 - há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.
- 94** A duração do trabalho de parto ativo pode variar:
- Nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas.
 - Nas multíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas.

OBSERVAÇÕES E MONITORAÇÃO NO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO

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

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

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

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

- Observações da mulher:
 - Pulso > 120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo
 - PA sistólica ≥ 160 mmHg OU PA diastólica ≥ 110 mmHg em uma única medida
 - PA sistólica ≥ 140 mmHg OU diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo
 - Proteinúria de fita 2+ + ou mais E uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg
 - Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU $37,5^{\circ}\text{C}$ ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo
 - Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão
 - Presença de mecôniosignificativo
 - Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações
 - Progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto
 - Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional
 - Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada
 - Placenta retida
 - Lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado
- Observações fetais:
 - Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão
 - Situação transversa ou oblíqua
 - Apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara
 - Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia
 - Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio
 - Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm
 - Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

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

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

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

INTERVENÇÕES E MEDIDAS DE ROTINA NO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO

- 100** O enema não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto
- 101** A tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto
- 102** A amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.
- 103** As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto.

FALHA DE PROGRESSO NO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

- 104** Se houver suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto levar em consideração:
- Paridade
 - Dilatação e mudanças cervicais
 - Contrações uterinas
 - Altura e posição da apresentação
 - Estado emocional da mulher
 - Referência ou solicitação de assistência profissional apropriada
- 105** 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 multíparas
 - Descida e rotação do pólo cefálico
 - Mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.
- 106** Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Explicar o procedimento e avisar que o mesmo irá diminuir o trabalho de parto por cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações.
- 107** Se a amniotomia for ou não realizada, realizar um exame vaginal após 2 horas e confirmar falha de progresso se a dilatação progredir menos que 1 cm.
- 108** Se for confirmada falha de progresso no primeiro estágio do parto:
- A mulher deve ser transferida para assistência sob responsabilidade de médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados. Este 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.

- 109** Se as membranas estiverem íntegras e o diagnóstico de falha de progresso for confirmado, aconselhar à mulher a ser submetida a uma amniotomia e repetir o exame vaginal 2 horas após, independente do estado das membranas.
- 110** Oferecer apoio e controle efetivo da dor à todas as mulheres com falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto.
- 111** Informar às mulheres que a ocitocina irá aumentar a frequência e intensidade das contrações e que a criança deverá ser monitorada continuamente ou com mais frequência.
- 112** Oferecer analgesia peridural, se disponível, antes do início da ocitocina.
- 113** 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.
- 114** Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina:
- Se a dilatação cervical aumentou menos que 2 cm após 4 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana.
 - Se a dilatação cervical aumentou 2 cm ou mais após 4 horas, realizar exame vaginal de 4 em 4 horas.

ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

AMBIENTE DE ASSISTÊNCIA, POSIÇÕES E IMERSÃO EM ÁGUA

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

PUXOS E MANOBRA DE KRISTELLER

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

DEFINIÇÃO E DURAÇÃO DO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

- 121** Para fins desta diretriz, o segundo período do parto deverá ser definido como:
- Fase inicial ou passiva: dilatação total do colo sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve.
 - Fase ativa: dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero na ausência das contrações de expulsão.
- 122** Se a dilatação completa do colo uterino for confirmada em uma mulher sem analgesia regional e não for identificado puxo, uma nova avaliação mais aprofundada deverá ser realizada em 1 hora para identificação da fase do segundo período.
- 123** A distribuição dos limites de tempo encontrados nos estudos para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto é a seguinte:
- Primíparas: cerca de 0,5–2,5 horas sem peridural e 1–3 horas com peridural.
 - Multíparas: até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural.
- 124** Para o manejo da falha de progresso do segundo período deve-se considerar a paridade, da seguinte maneira:
- Nulíparas:
 - Na maioria das mulheres o parto deve ocorrer no prazo de 3 horas após o início da fase ativa do segundo período.
 - A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 2 horas e a mulher deve ser encaminhada, ou ter assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.
 - Multíparas:
 - Na maioria das mulheres o parto deve ocorrer no prazo de 2 horas após o início da fase ativa do segundo período.
 - A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 1 hora e a mulher deve ser encaminhada, ou ter assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.

FALHA DE PROGRESSO NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

- 125** Se houver prolongamento do segundo período do trabalho de parto, ou se a mulher estiver excessivamente estressada, promover medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.
- 126** Se as contrações forem inadequadas no início do segundo período, considerar o uso de ocitocina e realização de analgesia regional, para as nulíparas.
- 127** Para as nulíparas, suspeitar de prolongamento, se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.
- 128** Para as multíparas, suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos de segundo estágio ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.
- 129** Um médico obstetra deve avaliar a mulher com prolongamento confirmado do segundo período do parto antes do uso de ocitocina.

- 130** Após a avaliação obstétrica inicial, manter a revisão a cada 15-30 minutos.
- 131** Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período.
- 132** Reconhecer que, em algumas ocasiões, a necessidade de ajuda por parte da mulher no segundo estágio pode ser uma indicação para o parto vaginal assistido quando o apoio falhar.
- 133** A escolha do instrumento para o parto instrumental dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional.
- 134** Por ser um procedimento operatório, uma anestesia efetiva deve ser oferecida para a realização de um parto vaginal instrumental.
- 135** Se a mulher recusar anestesia ou esta não estiver disponível, realizar um bloqueio de pudendo combinado com anestesia local do períneo durante o parto instrumental.
- 136** Mesmo se houver preocupação com o bem-estar fetal, uma anestesia efetiva pode ser realizada mas, se o tempo não permitir, realizar um bloqueio de pudendo combinado com anestesia local do períneo durante o parto instrumental.
- 137** Orientar a mulher e realizar uma cesariana se o parto vaginal não for possível.

■ CUIDADOS COM O PERÍNEO

- 138** Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto.
- 139** Considerar aplicação de compressas mornas no períneo no segundo estágio do parto.
- 140** Não se recomenda a aplicação de spray de lidocaína para reduzir a dor perineal no segundo período do parto.
- 141** 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.
- 142** Se a técnica de 'mãos sobre' for utilizada, controlar a deflexão da cabeça e orientar à mulher para não empurrar nesse momento.
- 143** Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo.
- 144** Se uma episiotomia for realizada, recomenda-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.
- 145** Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia.

ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO

- 146** Reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. Assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho.
- 147** Para efeito dessa diretriz, utilizar as seguintes definições:
- O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas.
 - O manejo ativo do terceiro período envolve um pacote de intervenções com os seguintes componentes:
 - uso rotineiro de drogas uterotônicas
 - clampamento e secção precoce do cordão umbilical
 - tração controlada do cordão após sinais de separação placentária.
 - O manejo fisiológico do terceiro período do parto envolve um pacote de cuidados que inclui os seguintes componentes:
 - sem uso rotineiro de uterotônicos
 - clampamento do cordão após parar a pulsação
 - expulsão da placenta por esforço materno
- 148** Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos de manejo ativo ou 60 minutos de manejo fisiológico. Seguir recomendações 166-172 no caso de placenta retida.
- 149** Manter observação rigorosa da mulher, com as seguintes avaliações:
- Condição física geral, através da coloração de pele e mucosas, respiração e sensação de bem-estar;
 - Perda sanguínea
- 150** Se houver hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher:
- Solicitar assistência de médico obstetra para assumir o caso se este não for o profissional assistente no momento;
 - Instalar acesso venoso calibroso e informar a puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos;
 - Se o parto ocorreu em domicílio ou unidade de parto extra ou peri-hospitalar, a puérpera deve ser transferida imediatamente para uma maternidade baseada em hospital.
- 151** Explicar à mulher, antes do parto, as opções de manejo do terceiro período, com os riscos e benefícios de cada uma.
- 152** Explicar à mulher que o manejo ativo:
- Encurta o terceiro período em comparação com o manejo fisiológico
 - Está associado a náuseas e vômitos em cerca de 100 mulheres em 1.000
 - Está associado com um risco aproximado de 13 em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro
 - Está associado com um risco aproximado de 14 em 1.000 de uma transfusão de sangue
- 153** Explicar à mulher que o manejo fisiológico:
- Está associado a náuseas e vômitos em cerca de 50 mulheres em 1.000
 - Está associado com um risco aproximado de 29 em 1.000 de uma hemorragia de mais de 1 litro
 - Está associado com um risco aproximado de 40 em 1.000 de uma transfusão de sangue
- 154** O manejo ativo é recomendado na assistência ao terceiro período do parto pois está associado com menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea.

- 155** Se uma mulher com baixo risco de hemorragia pós-parto solicitar manejo expectante, apoiá-la em sua escolha.
- 156** Para o manejo ativo administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão. A ocitocina é preferível, pois está associada com menos efeitos colaterais do que a ocitocina associada à ergometrina.
- 157** Após a administração de ocitocina, pinçar e seccionar o cordão.
- Não realizar a secção do cordão antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal.
 - Pinçar o cordão antes de 5 minutos após o nascimento para realizar a tração controlada do cordão como parte do manejo ativo.
 - Se uma mulher solicitar o clampeamento e secção do cordão após 5 minutos, apoiá-la em sua escolha.
- 158** Após a secção do cordão realizar tração controlada do mesmo.
- 159** A tração controlada do cordão, como parte do manejo ativo, só deve ser realizada após administração de ocitocina e sinais de separação da placenta.
- 160** Documentar o momento do clampeamento do cordão tanto no manejo ativo, quanto no manejo expectante
- 161** Mudar do manejo expectante para o manejo ativo se ocorrer:
- Hemorragia
 - A placenta não dequitou 1 hora após o parto
- 162** Oferecer o manejo ativo, quando a mulher prefere encurtar o terceiro estágio do trabalho de parto
- 163** Não use injeção de ocitocina na veia umbilical rotineiramente.
- 164** As mulheres que apresentarem fatores de risco para hemorragia pós-parto devem ser orientadas a ter o parto em uma maternidade baseada em hospital, onde existem mais opções de tratamentos emergenciais.
- 165** Se uma mulher apresentar fatores de risco para hemorragia pós-parto, isso deve ser registrado no seu prontuário e cartão de pré-natal, para que um plano de assistência no terceiro período do parto seja realizado.

RETENÇÃO PLACENTÁRIA

- 166** Explicar para a mulher o que está acontecendo e quais serão os procedimentos necessários.
- 167** Providenciar um acesso venoso calibroso.
- 168** Não usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta.
- 169** Usar Ocitocina IV adicional de rotina para desprendimento da placenta, se houver hemorragia.
- 170** Realizar exame vaginal minucioso. Oferecer analgesia para este procedimento e providenciar, se a mulher demandar.

171 Providenciar transferência antes da exploração uterina, se o parto ocorreu em uma modalidade extra-hospitalar.

172 Não realizar remoção manual ou cirúrgica sem analgesia adequada.

CUIDADOS MATERNOS IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO

Observação e monitoração da mulher imediatamente após o parto

173 Realizar as seguintes observações da mulher logo após o parto:

- Temperatura, pulso e pressão arterial.
- Transferir a mulher ou solicitar assistência de médico obstetra diante de qualquer das situações listadas na recomendação 164.
- Lóquios e contrações uterinas .
- Examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais. Transferir a mulher ou solicitar assistência de médico obstetra se a placenta estiver incompleta.
- Avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto.
- Micção bem sucedida. Avaliar necessidade de transferir a mulher, ou solicitar assistência se após 6 horas do parto a bexiga for palpável e ainda não correu micção.

CUIDADOS COM O PERÍNEO

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

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

175 Antes de avaliar o trauma genital:

- Explicar à mulher o que será realizado e porque
- Ofereça analgesia adequada
- Assegurar boa iluminação
- Posicionar a mulher de maneira confortável e com boa exposição das estruturas genitais

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

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

178 Na avaliação sistemática do trauma genital:

- Explicar novamente o que será realizado e porque
- Providenciar analgesia local ou regional efetiva
- Avaliar visualmente toda a extensão do trauma, incluindo as estruturas envolvidas, o ápice da lesão e o sangramento

- Realizar exame retal para verificar se ocorreu algum dano ao esfíncter anal externo e interno na suspeita de qualquer lesão da musculatura perineal

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

180 Ajudar a mulher a adotar uma posição que permita uma visualização adequada do grau do trauma e para o reparo. Manter essa posição apenas pelo tempo necessário para a avaliação sistemática e reparo do períneo. Se não for possível uma avaliação adequada do trauma, a mulher deverá ser assistida por médico obstetra, se esse não for o profissional que assistiu o parto. Se o parto ocorreu fora do hospital, a mesma deverá ser transferida para uma maternidade baseada em hospital.

181 Solicitar avaliação de um profissional mais experiente (enfermeira obstétrica/obstetizadora ou médico obstetra) se houver incerteza quanto à natureza e extensão do trauma. Transferir a mulher (com a criança) para uma maternidade baseada em hospital, se o parto ocorreu fora da mesma e se o reparo necessitar de avaliação cirúrgica e/ou anestésica especializada.

182 Documentar a avaliação sistemática e os seus resultados, de preferência com desenhos.

183 Todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto devem ser treinados na avaliação e reparo do trauma genital, certificando-se que essas habilidades sejam mantidas.

184 Aconselhar a mulher que, no caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser suturada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem opostas.

185 Aconselhar a mulher que, no caso de um trauma de segundo grau, o músculo deve ser suturado, a fim de melhorar a cicatrização.

186 Durante o reparo perineal:

- Assegurar analgesia efetiva com a infiltração de até 20 ml de lidocaína 1% ou equivalente ou
- Realizar nova dose de anestésico peridural se a mulher estiver com catéter, ou realizar uma anestesia espinal

187 Se a mulher relatar alívio inadequado da dor a qualquer momento, levar isso em consideração imediatamente e providenciar método mais efetivo.

188 Não há necessidade de sutura da pele se as suas bordas se opõem após a sutura do músculo, em trauma de segundo grau ou episiotomia.

189 Se houver necessidade de sutura da pele, utilizar uma técnica subcutânea contínua.

190 Realizar a reparação perineal usando uma técnica de sutura contínua para a camada de parede vaginal e músculo.

191 Recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para suturar o períneo.

192 Observar os princípios básicos seguintes ao realizar reparos perineais:

- Realize a reparação do trauma perineal utilizando técnicas assépticas.
- Verifique os equipamentos e conte as compressas, gazes e agulhas antes e depois do procedimento.
- Uma boa iluminação é essencial para identificar as estruturas envolvidas.

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

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

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

ASSISTÊNCIA IMEDIATAMENTE APÓS O PARTO

194 O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetiz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.

195 É recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em todos os passos da reanimação neonatal.

196 Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.

197 Os estabelecimentos de saúde que mantenham profissional de enfermagem habilitado em reanimação neonatal no momento do parto, deverá possuir em sua equipe de retaguarda, durante 24 horas, ao menos um médico que tenha realizado treinamento teórico-prático em reanimação neonatal.

198 Realizar o índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida, rotineiramente

199 Coletar sangue de cordão para análise de pH em recém-nascidos com alterações clínicas tais como respiração irregular e tônus diminuído. Não fazer a coleta de maneira rotineira e universal.

200 Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável.

201 Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.

202 Realizar o clampamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal.

- 203** A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido.
- 204** O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento.
- 205** 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.
- 206** Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica.
- 207** A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade.
- 208** Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses.
- 209** A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia.
- 210** Para recém-nascidos em regime de aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena.
- 211** Ao nascimento, avaliar as condições do recém-nascido — especificamente a respiração, frequência cardíaca e tônus — no sentido de determinar se a ressuscitação é necessária de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal.
- 212** Todos os profissionais que prestam cuidados diretos no nascimento devem ser treinados em reanimação neonatal de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal.
- 213** Em todas os locais de parto:
- planejar o cuidado e ter em mente que pode ser necessário chamar por ajuda se o recém-nascido precisar de ressuscitação
 - assegurar que existam recursos para ressuscitação e para transferência do recém-nascido para outro local se necessário
 - desenvolver fluxogramas de referência de emergência e implementá-los se necessário
- 214** Se o recém-nascido necessitar de ressuscitação básica, iniciar com ar ambiente.
- 215** Minimizar a separação do recém-nascido e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas.
- 216** 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.
- 217** Se houver mecônio significativo e a criança estiver saudável, estadeve ser observada em uma unidade com acesso imediato a um neonatologista. Essas observações devem ser realizadas com 1 e 2 horas de vida e depois de 2 em 2 horas por 12 horas.

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

CONITEC Comissão Nacional de
Incorporação de
Tecnologias no SUS

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