

**EBSERH**

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA  
REBOCCIANI

# Boletim de Serviço

Nº 46, 27 de julho de 2015

Ministério da  
**Educação**

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN**

Avenida Senador Filinto Muller, 355

Cidade Universitária Vila Ipiranga/ CEP: 79080-190 | Campo Grande-MS |

Telefone: (67) 3345-3000 | Site: [www.nhu.ufms.br](http://www.nhu.ufms.br)

**RENATO JANINE RIBEIRO**

Ministro de Estado da Educação

**NEWTON LIMA NETO**

Presidente

**CLÁUDIO WANDERLEY LUZ SAAB**

Superintendente do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian

**MARIA JOSÉ MARTINS MALDONADO**

Gerente Administrativa

**ANA LÚCIA LYRIO DE OLIVEIRA**

Gerente de Atenção à Saúde

**ANDRÉIA CONCEIÇÃO MILAN BROCHADO ANTONIOLLI SILVA**

Gerente de Ensino e Pesquisa

## SUMÁRIO

SUPERINTENDÊNCIA .....	4
PORTARIAS.....	4
Portaria nº 187, de 23 de julho de 2015.....	4
Portaria nº 188, de 22 de julho de 2015 .....	4
Portaria nº 189, de 22 de julho de 2015.....	5
Portaria nº 190, de 23 de julho de 2015.....	5
Portaria nº 191, de 23 de julho de 2015.....	6
Portaria nº 192, de 23 de julho de 2015.....	6
RESOLUÇÃO.....	7
Resolução nº 61, de 17 de julho de 2015.....	7

**SUPERINTENDÊNCIA**

**PORTARIAS**

**Portaria nº 187, de 23 de Julho de 2015.**

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**, conforme Portaria nº 76, de 23 de Dezembro de 2013, publicada no B.S nº 20, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto na Portaria nº 125 Art. 2º, item IV, de 11/12/2012 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, publicada no DOU de 13/12/2012.

**CONSIDERANDO** o Despacho da Chefe de Unidade de Contratos/HUMAP-UFMS, fl 211 de 13 de Julho de 2015.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Designar a servidora MICHELLA ANTUNES MALAVAZI MATRICULA **SIAPÉ:** 1436043 para **GESTORA**, e o servidor CELSO CAVALHEIRO matricula **SIAPÉ:** 433848 para **GESTOR SUBSTITUTO**, da Ata de Registro de Preço nº25/2015, referente ao Pregão Eletrônico nº032/2015, trata-se da aquisição de tesoura micro cirúrgica. Conforme despacho da fl. 209 do Setor de Suprimentos do Processo nº23447.001481/2014-34.

**Art. 2º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.**

Cláudio Wanderley Luz Saab.  
Superintendente do HUMAP-UFMS.

**Portaria nº 188, de 22 de Julho de 2015.**

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**, conforme Portaria nº 76, de 23 de Dezembro de 2013, publicada no B.S nº 20, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto na Portaria nº 125 Art. 2º, item IV, de 11/12/2012 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, publicada no DOU de 13/12/2012.

**CONSIDERANDO** a CI n. 57/2015 de 10 de julho de 2015 da Gerência Administrativa.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Revogar a **Portaria n. 95 de 02 de março de 2015** publicada no Boletim de Serviço n. 33 de 18 de março de 2015.

**Art. 2º** – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

Cláudio Wanderley Luz Saab.  
Superintendente do HUMAP-UFMS.

**Portaria nº 189, de 22 de Julho de 2015.**

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**, conforme Portaria nº 76, de 23 de Dezembro de 2013, publicada no B.S nº 20, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto na Portaria nº 125 Art. 2º, item IV, de 11/12/2012 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, publicada no DOU de 13/12/2012.

**CONSIDERANDO** a CI n. 57/2015 de 10 de julho de 2015 da Gerência Administrativa.

**CONSIDERANDO** que o art. 7º, VIII, “I”, da mencionada Portaria Interministerial, exige a Constituição da Comissão para o processamento formal executivo.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Constituir a **Comissão para o processamento formal executivo**, no âmbito do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian”HUMAP-UFMS,do Processo nº23447.000582/2014-94, integrada pelos servidores, abaixo relacionados:

- Josué Alfredo matricula Siape:0432496.
- Mateus Moreira de Oliveira matricula Siape:1819073.
- Rildon Vaz da Silva matricula Siape: 6433732.
- Odair campos de Souza matricula Siape:1149912.

**Art.2º** - A Comissão será presidida pelo servidor Rildon Vaz da Silva, matricula Siape: 6433732 e nas faltas e impedimentos desta Odair Campos de Souza, matricula Siape:1149912.

**Art. 3º** – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

Cláudio Wanderley Luz Saab.  
Superintendente do HUMAP-UFMS.

**Portaria nº 190, de 23 de Julho de 2015.**

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH**, conforme Portaria nº 76, de 23 de Dezembro de 2013, publicada no B.S nº 20, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto na Portaria nº 125 Art. 2º, item IV, de 11/12/2012 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, publicada no DOU de 13/12/2012.

**CONSIDERANDO** o Despacho da Chefe de Unidade de Contratos/HUMAP-UFMS, fl 102 de 15 de Julho de 2015.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Designar o servidor CELSO CAVALHEIRO matrícula **SIAPÉ: 433848** para **GESTOR**, e o servidor **JOELSON CHAVES DE BRITO** matrícula **SIAPÉ nº 432029** para **GESTOR SUBSTITUTO**, do contrato nº11/2015, referente a Dispensa de Licitação 51/2014. Trata-se do Contrato de Locação de Imóvel 53/2014 do Processo nº23447.001678/2014-70.

**Art. 2º – Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.**

Cláudio Wanderley Luz Saab.  
Superintendente do HUMAP-UFMS.

**PORTARIA n. 191 de 23 de julho de 2015.**

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, conforme Portaria nº 76, de 23 de Dezembro de 2013, publicada no B.S nº 20, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto na Portaria nº 125 Art. 2º, item IV, de 11/12/2012 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, publicada no DOU de 13/12/2012.

**CONSIDERANDO** a Ci n. 96/2015 da Unidade de Licitação do dia 17 de julho de 2015.

**RESOLVE:**

**Art. 1º Tornar sem Efeito** a Designação de Fiscal nº 174 publicada no B.S nº36 de 13 de Abril de 2015.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

**Cláudio Wanderley Luz Saab**

**Superintendente do HUMAP-UFMS.  
PORTARIA n. 192 de 23 de julho de 2015.**

O Superintendente do Hospital Universitário “Maria Aparecida Pedrossian” da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, conforme Portaria nº 76, de 23 de Dezembro de 2013, publicada no B.S nº 20, no uso de suas atribuições legais, e considerando o disposto na Portaria nº 125 Art. 2º, item IV, de 11/12/2012 da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, publicada no DOU de 13/12/2012.

**CONSIDERANDO** a Ci n. 96/2015 da Unidade de Licitação do dia 17 de julho de 2015.

**RESOLVE:**

**Art. 1º Tornar sem Efeito** a Designação de Fiscal nº 174 publicada no B.S nº36 de 13 de Abril de 2015.

**Art. 2º** Esta Portaria entra em vigor a partir da data da assinatura.

**Cláudio Wanderley Luz Saab  
Superintendente do  
HUMAP-UFMS.**

**RESOLUÇÃO**

**Resolução nº 61, de 17 de Julho de 2015.**

O Presidente do Colegiado Executivo do HUMAP-UFMS, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, no uso de suas atribuições legais e regimentais, considerando a Lei nº 12550, de 15 de dezembro de 2011, art. 6º, o Regimento Interno da EBSEH, artigos 46 e 47.

**CONSIDERANDO** a reunião do Colegiado Executivo realizada em 14 de Julho de 2015.

**RESOLVE:**

Aprovar a **Normativa Assistencial: Enfermeiro Obstetra.**

**Equipe de Elaboração:**

- Eunice Delgado Cameron - Enfermeira Obstetra/HUMAP/UFMS - Coord. Residência Enfermagem Obstétrica/UFMS.
- Délia Esmeyre Paredes - Enfermeira Obstetra/HUMAP/UFMS.
- Luciana Viera Souza - Enfermeira Assistencial/HUMAP/UMS.

- Cleudinéia Mello - Enfermeira Assistencial/HUMAP/UFMS.
- Aline Amorim da Silveira - Enfermeira Residente em Obstetrícia UFMS.
- Carlos Alberto da Silva Castro - Enfermeiro Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Dayanne Kallassa B. Nascimento - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Janete Pereira Lima - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Jullyeth Ap. Delmondes Oliveira - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Karine Gomes Jarcem - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Letícia de Souza Moura - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Luciana V. Paula e Silva Santana - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Natália Sales Sidrins - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Raquel Ramos P. Nascimento - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Rayanne Valentim Ribeiro - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.
- Tallyta Araujo Pivetta - Enfermeira Residente em Obstetrícia/UFMS.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	8
1 ASPECTOS LEGAIS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO .....	9
2 ASSISTÊNCIA AO PARTO PELO ENFERMEIRO OBSTETRA .....	14
3 DEVERES .....	14
4 CONCEITOS .....	15
5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL PELO ENFERMEIRO OBSTETRA .....	15
6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	16
7 PRINCÍPIOS DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA .....	17
8 COMPETÊNCIAS PARA O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA .....	19
9 REFERÊNCIAS .....	21
QUADRO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO NÃO INVASIVAS DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA .....	23
ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO .....	28
PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS NORMATIZADAS PARA O ENFERMEIRO OBSTETRA .....	30

## INTRODUÇÃO

A Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde investe na ampliação da inserção de enfermeiros obstetras no âmbito do SUS, de modo a contribuir para a mudança do modelo hegemônico previsto nos Princípios e Objetivos da Rede Cegonha, colaborando com o planejamento das políticas de atenção à saúde da mulher, em especial as voltadas para qualificação do modelo de atenção ao parto e nascimento; nesta estratégia há perspectiva de

aumento da demanda por enfermeiros obstetras qualificados para a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal no Brasil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a assistência obstétrica deve ter como objetivo mãe e criança saudáveis, com o mínimo de intervenções e compatíveis com a segurança. Nessa perspectiva deve haver uma razão válida para se interferir no parto normal.

## 1.1 ASPECTOS LEGAIS DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

### 1.2 RESOLUÇÃO COFEn nº 478 de 14/04/2015

Define que os profissionais Enfermeiros deverão atuar nos estabelecimentos de assistência obstétrica nos exatos termos do que dispõem os Manuais e Informes Técnicos do Ministério da Saúde, e estabelece ainda, entre outras, as seguintes competências:

- 
- Acolher a mulher e seus familiares no ciclo gravídico-puerperal e avaliar todas as condições de saúde materna, assim como a do feto;
  - Desenvolver atividades socioeducativas e de humanização, fundadas nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;
  - Garantir a presença de acompanhante(s), da estrita escolha da mulher, desde o pré-natal, até a sua alta, ao final dos procedimentos;
  - Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições fetais, utilizando-se dos recursos do partograma e dos exames complementares;
  - Priorizar a utilização de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, respeitando a individualidade da parturiente;
  - Prestar assistência ao parto normal sem Distócia ao recém-nascido;
  - Assegurar a remoção da mulher no caso de eventual intercorrência do parto e do puerpério, em unidades de transporte adequados, no prazo máximo de 01 (uma) hora, acompanhando-a durante todo o percurso, até a últimação de todos os procedimentos;
  - Prestar assistência imediata ao recém-nascido que apresente intercorrência clínica;
  - Acompanhar a puérpera e seu recém-nascido por um período mínimo de 10 (dez) dias;
  - Fazer registrar todas as ações assistenciais e procedimentais de Enfermagem.

### 1.3 RESOLUÇÃO COFEn 223/1999

Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal visando a redução da morbimortalidade materna e perinatal, determinando entre suas competências:

- A realização do Parto Normal sem Distócia é da competência de Enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetriz ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher;
- Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

- Execução e assistência obstétrica em situação de emergência;
- Identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho;
- Realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber;
- Emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS-163/98;
- Acompanhamento da cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

### 1.3 RESOLUÇÃO COFEn 311/2007

Dispõe sobre o código de ética da Enfermagem:

- A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.
- O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.
- O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.
- O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

Art. 1º – Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

## **DIREITOS**

Art. 10 – Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

Art. 12 – Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13 – Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 18 – Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar.

Art. 19 – Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade do ser humano, em todo seu ciclo vital, inclusive nas situações de morte e pós-morte.

Art. 20 – Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento.

Art. 21 – Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Art. 36 – Participar da prática multiprofissional e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade.

Art. 37 – Recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica, onde não conste a assinatura e o número de registro do profissional, exceto em situações de urgência e emergência.

Parágrafo único – O profissional de enfermagem poderá recusar-se a executar prescrição medicamentosa e terapêutica em caso de identificação de erro ou ilegitimidade.

## **DEVERES**

Art. 38 – Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.

Art. 39 – Participar da orientação sobre benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, na condição de membro da equipe de saúde.

Art. 41 – Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência.

## **PROIBIÇÕES**

Art. 26 – Negar assistência de enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência.

Art. 27 – Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 30 – Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos.

Art. 31 – Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência.

Art. 32 – Executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 33 – Prestar serviços que por sua natureza competem a outro profissional, exceto em caso de emergência.

Art. 34 – Provocar, cooperar, ser conivente ou omissivo com qualquer forma de violência.

Art. 35 – Registrar informações parciais e inverídicas sobre a assistência prestada.

Art. 42 – Assinar as ações de enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

#### 1.4 LEI Nº 7.498/1986

O profissional Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe privativamente na equipe:

- A realização de consulta de Enfermagem;
- Prescrição da assistência de Enfermagem;
- Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- Execução do parto sem distorcia;
- Identificação das distorcias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

#### 1.5 RESOLUÇÃO COFEn 358/2009

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

- O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, organizando-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:
  - I. Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença;
  - II. Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados;

- III. Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem;
  - IV. Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem;
  - V. Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.
- O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.
  - A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:
    - A. Resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
    - B. Diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
    - C. Ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
    - D. Resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

#### 1.6 PORTARIA Nº 2.815/1998

Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), e na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/SUS), o Grupo de Procedimentos Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e a Assistência ao Parto sem Distócia por Enfermeiro Obstetra.

- Os valores relativos a realização do procedimento pelo enfermeiro obstetra estão incluídos nos Serviços Hospitalares.
- A realização deste procedimento por Unidade não autorizada pelo Gestor acarretará em rejeição da AIH.

#### 1.7 PORTARIA Nº 743/2005

Regulamenta a realização do Procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra, e aprova o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar;

- A realização deste procedimento será exclusiva de profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeiro Obstetra;
- Cabe ao enfermeiro obstetra:
  1. Identificação de distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
  2. Prestação de assistência a parturiente e ao parto normal;

3. Realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessário;
  4. Acompanhamento do trabalho de parto;
  5. Execução do parto sem distócia;
  6. Emissão de laudo de internação;
- Aprova o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para realização de parto normal, constante do anexo da portaria.

## **2 ASSISTÊNCIA AO PARTO PELO ENFERMEIRO OBSTETRA.**

Compete multiprofissionalmente ao Enfermeiro Obstetra, a assistência integral ao Parto Natural Assistido – parto de início espontâneo, culminando num nascimento espontâneo.

### **3 DEVERES.**

- Respeitar o ritmo eutócico do trabalho de parto;
- Utilizar o partograma para registrar o progresso do trabalho de parto;
- Oferecer o acesso à alimentação adequada durante o trabalho de parto;
- Apoiar a liberdade de movimentos da mulher oferecendo-lhe instrumentos que possibilitem a posição vertical;
- Utilizar tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor durante o processo de parturição (Anexo I).
- Possibilitar o contato pele-a-pele imediato e prolongado, promovendo os processos de vinculação e de amamentação;
- Desenvolver e registrar em impressos adequados todo processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem.
- Evitar a prática por rotina de procedimentos cujo benefício não esteja demonstrado. Estas incluem:
  - Descolamento de membranas do polo inferior;
  - Rotura artificial de membranas;
  - Indução do trabalho de parto;
  - Aceleração do trabalho de parto;
  - Controle farmacológico da dor;
  - Cateterização vesical de alívio;
  - Posição de litotomia;
  - Esforços expulsivos dirigidos;
  - Episiotomia;
  - Clampeamento precoce do cordão umbilical;
  - Separação da mãe e do bebê para prestação de cuidados de rotina;
- Não realizar práticas evidentemente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:
  - Clisteres;
  - Tricotomia perineal;
  - Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
  - Cateterização venosa profilática de rotina;

- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- Confinamento à cama;
- Restrição de alimentos e água;
- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- Exames vaginais repetidos;
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (Manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Manobra de Kristeller;
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto;
- Aspiração orofaríngea do recém-nascido vigoroso;

#### **4 CONCEITOS**

Nos serviços de saúde são utilizados os conceitos de parto eutócico e parto distócico, aplicando-se o primeiro a nascimentos em apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso de instrumentos e o segundo às restantes situações.

De acordo com o Zugaib (2012), distócia é por definição a anormalidade no desenrolar do trabalho de parto. Tem como causa um ou mais dos três fatores determinantes para o sucesso do parto – força, trajeto e o objeto –, o que incluiria tanto as anormalidades na progressão da dilatação como as dificuldades do polo cefálico.

##### **4.1 PARTO NORMAL.**

Define-se parto normal como de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho permanecem em boas condições.

##### **4.2 PARTO NORMAL DE RISCO HABITUAL.**

Dois fatores devem ser considerados: o risco da gestação e evolução do trabalho de parto. O valor preditivo de escores de risco está longe de ser 100%; uma gestante de baixo risco no início do trabalho de parto pode vir a ter complicações, por outro lado, muitas gestantes de alto risco ao final têm uma evolução sem complicações. O foco primário deste documento é o grande grupo de gestações de baixo risco

#### **5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA ASSISTÊNCIA INTEGRAL PELO ENFERMEIRO OBSTETRA.**

Gestante de risco habitual com idade gestacional de 37 semanas a 41 semanas e 6 dias, com os seguintes parâmetros:

- Gestação única;
- Apresentação cefálica fletida;
- BCF dentro da normalidade (entre 120 bmp e 160 bmp, sem desacelerações após a contração);
- Gestantes com ou sem o acompanhamento pré-natal, com exames dentro da normalidade;

Poderão ser incluídos na classificação, partos sujeitos a intervenções suportadas pela Evidência Científica com o fim de facilitar a progressão do trabalho de parto e parto vaginal:

- Ruptura artificial de membranas, sempre que não realizada com o intuito de induzir o trabalho de parto;
- Monitorização fetal contínua;
- Controle da dor com métodos não farmacológicos e farmacológicos;
- Correção bem sucedida de distócias dinâmicas;
- Episiotomia justificada por razões maternas ou fetais;
- Conduta ativa do 3º período do trabalho de parto – perfusão de ocitocina e tração controlada do cordão;
- Parto com complicações menores – como a hemorragia pós-parto ligeira e facilmente controlada e laceração de 1º e 2º grau;

Gestantes com intercorrências clínicas ou obstétricas, atuais ou progressas, com o cuidado em **parceria com a equipe médica obstétrica**:

- Oligodrâmnio leve  $ILA \geq 5$ , sem alterações de vitalidade fetal.
- Gestante com mais de 06 horas de Amniorrexe, em uso de antibioticoterapia (ATB), com evolução do trabalho de parto e parâmetros clínicos estáveis;
- Gestante com infecção do trato urinário (ITU) baixa em tratamento com ATB, após 24 horas, exceto histórias de ITU de repetição (03 episódios ou mais, na gestação atual);
- Líquido amniótico meconial fluído em fase final do trabalho de parto, sem alteração da vitalidade fetal;
- Gestante em trabalho de parto com cesariana anterior há 2 anos ou mais;
- Administração de antibiótico para profilaxia de infecção neonatal;

## 6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos da assistência integral pelo Enfermeiro Obstetra os partos em que ocorra uma das seguintes situações:

- Indução de trabalho de parto com rotura artificial de membranas;
- Fórceps ou ventosa;
- Anestesia;
- Cesariana;
- Gestantes classificadas de alto risco obstétrico (a assistência terá como objetivo acolher e apoiar a mulher no trabalho de parto, em parceria com a equipe médica, oferecendo uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e

obstétricas, com enfoque na vigilância, controle e redução dos agravos à saúde materna e fetal. O parto será assistido pela equipe médica.

## **6.1 GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

É considerado alto risco gestacional para fins de assistência integral de Enfermagem Obstétrica no HUMAP, gestantes com diagnóstico médico de:

- Fatores relacionados às condições prévias:
  - HAC (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional);
  - Cardiopatias;
  - Pneumopatias graves;
  - Nefropatias graves;
  - Endocrinopatias (especialmente diabetes, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
  - Anemia grave;
  - Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
  - Isoimunização;
  - Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico e outras colagenoses).
- Fatores relacionados à gravidez atual:
  - Distúrbios hipertensivos da gestação;
  - Prematuridade;
  - Gemelaridade;
  - Apresentações anômalas;
  - Placenta prévia;
  - Sofrimento fetal;
  - Malformação confirmada;
  - Arritmia fetal;
  - Doenças infecciosas não tratadas na gestação (como rubéola, toxoplasmose, hepatites, HIV/AIDS);
  - Corioamnionite;
  - Polidrâmnio ou oligodrâmnio;

## **7 PRINCÍPIOS DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA**

Todos os profissionais deverão formar-se neste modelo de assistência, de modo que o mesmo constitua o marco de referência dos cuidados de saúde preconizados internacionalmente e pelo Ministério da Saúde brasileiro:

1. Os serviços de saúde materno-infantil devem estar acessíveis, constituindo uma unidade básica dos cuidados de saúde;
2. O estabelecimento de uma atmosfera de compreensão e incentivo à auto-expressão, assim como o respeito pela privacidade da mulher, são aspectos essenciais de uma assistência de excelência;
3. O parto é um acontecimento familiar, assumindo-se como aspectos essenciais a possibilidade da grávida poder escolher a presença permanente de elementos próximos e poder contatar precocemente com o restante da família;

4. Todas as grávidas e acompanhantes têm o direito a ser tratados com respeito e dignidade, independentemente das suas convicções e opções;
5. O trabalho de parto de início espontâneo que culmina num parto normal é a forma mais segura de nascimento;
6. O recurso ao parto induzido e à cesariana sem qualquer motivo de saúde, mas apenas por conveniência dos envolvidos, está associado a maiores riscos e é considerado pela comunidade científica internacional como uma prática injustificada;
7. A gravidez, o trabalho de parto, o nascimento e a amamentação são processos naturais que, na maioria dos casos, apenas necessitam da vigilância e apoio dos profissionais de saúde. Nos casos de baixo risco, estes deverão, preferencialmente, ser prestados por Enfermeiros Obstetras;
8. Tendo em vista a tomada de decisões informadas sobre sua assistência e a dos seus bebês, as mulheres têm o direito de receber informação completa, adequada e o mais imparcial possível, assentado na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus benefícios, prejuízos e alternativas. Se entenderem, têm ainda o direito de mudar de opinião relativamente às suas escolhas;
9. É fundamental assegurar o acesso a cuidados obstétricos de urgência com qualidade, pois existem casos, inicialmente considerados de baixo risco, em que são necessárias intervenções de saúde para evitar complicações graves decorrentes do parto;
10. A evidência científica atual aconselha como opções benéficas durante o parto, nas parturientes de baixo risco, ambiente acolhedor nas salas de parto e o apoio contínuo durante o trabalho de parto.
11. Todas as grávidas devem poder contar com o recurso a métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, assegurando-se a disponibilidade dos mesmos assim que a mãe os solicite e o profissional de saúde entenda adequado. O leque de opções neste âmbito deve compreender os métodos farmacológicos (com extremo critério, incluindo a analgesia epidural ou raquidiana) e os não farmacológicos (incluindo o banho de imersão/chuveiro durante a fase de dilatação, ou a simples deambulação);
12. As práticas utilizadas durante o parto e o nascimento afetam física e psicologicamente a mãe e o bebê. A confiança e a habilidade da mulher para dar a luz, para cuidar e amamentar o seu bebê, e a habilidade do bebê para mamar podem ser fortalecidas ou diminuídas por cada um dos cuidadores e pelo ambiente do nascimento;
13. Cada profissional é individualmente responsável perante a mãe, a família, a comunidade e o sistema de saúde, pela qualidade dos cuidados e da assistência que fornece;
14. A vigilância pré-natal acompanhada de preparação para o parto e parentalidade adequada são fatores determinantes na promoção do parto normal;
15. O facultar e habilitar as mulheres para o autocuidado contribui para o sucesso das medidas implementadas, no sentido da promoção da saúde e do parto normal;
16. Proporcionar ambientes de parto adaptados a diferentes níveis de intervenção;
17. Recolher e publicitar a informação estatística sobre práticas e procedimentos realizados durante o trabalho de parto, nascimento, amamentação e pós-parto, assim como os indicadores de morbimortalidade materno-fetal, respeitantes a cada instituição de saúde;
18. Desenvolver orientações técnicas e normas de atuação a nível focal sobre práticas promotoras do parto normal;
19. Promover estratégias de ensino/aprendizagem dirigidas aos processos fisiológicos e métodos que otimizem o desenvolvimento normal da gravidez, trabalho de parto, nascimento, amamentação e pós-parto;
20. Promover a individualização e a continuidade de cuidados à mulher e ao bebê durante o trabalho de parto e nascimento, minimizando o número de profissionais de saúde envolvidos;

## **8 COMPETÊNCIAS PARA O EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

### **8.1 CONHECIMENTOS BÁSICOS:**

1. Fisiologia do parto.
2. Anatomia do crânio fetal, diâmetros críticos e pontos anatômicos importantes.
3. Aspectos psicológicos e culturais do parto e nascimento.
4. Indicadores do início do trabalho de parto.
5. Progressão normal do parto e como usar o partograma ou ferramenta semelhante.
6. Medidas para avaliar o bem-estar fetal durante o parto.
  - Verificar padrão das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais de hora em hora.
  - Auscultar intermitentemente os batimentos cardíacos fetais a cada 30 minutos, em parturientes no final do trabalho de parto.
  - Realizar cardiocotografia sempre que na ausculta fetal intermitente for detectada alteração e/ou após início de condução ou indução do trabalho de parto.
  - Realizar amnioscopia sempre que houver dúvida em relação ao aspecto do líquido amniótico.
7. Medidas para avaliar o bem-estar materno durante o parto.
8. Processo de descida fetal através da pelve durante o parto e nascimento.
9. Medidas de conforto durante o parto: ex: presença de acompanhante de escolha da mulher ou família, mudança de posição, hidratação, apoio emocional e métodos não farmacológicos de alívio da dor.
10. Transição do recém-nascido para a vida extrauterina.
  - Solicitar a presença do pediatra na hora do parto, com antecedência ideal.
  - Dirigir-se ao pediatra para informar todos os dados maternos de relevância na assistência ao RN.
11. Cuidados físicos do recém-nascido - respiração, calor, alimentação. Avaliações dos índices de maturidade somática e vitalidade fetal.
12. Promoção de contato pele a pele do recém-nascido com mãe, quando apropriado.
13. Meios para apoiar e promover o aleitamento materno exclusivo e contínuo.
14. Manejo fisiológico do 3º período do parto.
15. Indicações para medidas de emergência: ex: placenta retida, distócia de ombro, sangramento uterino por atonia, asfixia neonatal.
16. Indicações para o parto cirúrgico: ex: sofrimento fetal, desproporção céfalopélvica.

17. Indicadores de complicações no parto: sangramento, parada na evolução do parto, distócia de apresentação, eclâmpsia, sofrimento materno, sofrimento fetal, infecção, prolapso de cordão.

18. Princípios de manejo ativo do 3º período do parto.

## 8.2 HABILIDADES BÁSICAS:

1. Controlar os sinais vitais maternos, durante o trabalho de parto.
2. Realizar exame físico e obstétrico.
3. Fazer exploração/palpação abdominal completa para determinar posição, apresentação e descida fetal.
4. Avaliar a frequência e duração das contrações uterinas.
5. Realizar toque vaginal completo e preciso para avaliar a dilatação, a descida, a apresentação fetal, variedade de posição, estado das membranas e a adequação da pelve.
6. Acompanhar a evolução do trabalho de parto, usando o partograma.
7. Fornecer apoio psicológico para a mulher e sua família.
8. Oferecer dieta líquida e medidas de conforto adequadas durante o trabalho de parto.
9. Fornecer cuidados para eliminações vesico-intestinais.
10. Identificar prontamente padrões anormais na evolução do parto, e identificar as intervenções e/ou encaminhamentos apropriados e oportunos.
11. Executar manobras manuais apropriadas para um parto em apresentação cefálica fletida.
12. Manejar circular de cordão no parto.
13. Fazer episiotomia e episiorrafia, se necessário.
14. Suturar lacerações perineais e vaginais (1º e 2º), se necessário.
15. Realizar anestesia local ou locorregional.
16. Dar suporte no processo fisiológico do 3º período do parto.
17. Conduzir ativamente o 3º período do parto incluindo:
  - Administração de ocitocina,
  - Pinçamento e corte oportuno do cordão,
  - Tração controlada do cordão.
18. Prevenir a inversão uterina durante o 3º período do parto.
19. Inspeccionar a placenta e membranas para verificar se estão íntegras.
20. Estimar a perda de sangue materno.

21. Inspeccionar se ocorreu laceração na vagina e na cérvix.
22. Realizar o manejo da hemorragia pós-parto.
23. Proporcionar um ambiente seguro para promover o vínculo mãe/filho.
24. Iniciar a amamentação o mais cedo possível, depois do nascimento, e apoiar o aleitamento exclusivo.
25. Realizar exame físico específico no recém-nascido.
26. Registrar os achados, incluindo as atividades realizadas e as que necessitam de seguimento.

### 8.3 HABILIDADES ADICIONAIS:

27. Identificar e manejar prolapso de cordão umbilical.
28. Puncionar veia, colher sangue, fazer testes de hematócrito e hemoglobina.
29. Administrar ocitócicos adequadamente para estimular ou induzir o parto ou no tratamento de hemorragia pós-parto.
30. Transferir a mulher que necessita de cuidados adicionais ou de emergência.
31. Solicitar a avaliação do profissional médico nos casos de distócia.
32. Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

## 9 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M.F.B.; GUINSBURG, R. Reanimação neonatal em sala de parto: documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. SBP, 2013.
- ANVISA. Diário Oficial da União. RESOLUÇÃO-RDC N.º36, DE 3 DE JUNHO DE 2008 Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608\\_1\\_rdc36.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf)>.
- ASSOCIAÇÃO Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada. Tadinense Artes Gráficas. mai. 2012.
- BALASKAS, J. Parto Ativo: guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground, 1993.
- BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha[manual\_pratico\_rede\_cegonha.pdf]. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=747>>.

- CERIANI CERNADAS, J.M.; CARROLI, G.; PELLEGRINI, L.; OTAÑO, L.; FERREIRA, M.; RICCI, C.; CASAS, O.; GIORDANO, D.; LARDIZÁBAL, J. The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial. [CENTRAL-Registro Cochrane de Ensaio Clínicos Controlados. In: The Cochrane Library ID: 00555903]
- CHAPARRO CM, LUTTER C. Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007.
- CRAIG, J.V.; SMYTH, R.L. Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros. Camarate: Lusociência, 2004.
- ENKIN, M., KIERSE, M. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford University Press: Oxford, 1989.
- GARDOSI, J.; SYLVESTER, S.; B-LYNCH, C. Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. Br J Obstet Gynaecol; vol. 96, n.11, nov. 1989.
- GASPARETO, S., BUSSAT, V.R. Necessidade de um trabalho preventivo em maternidade: instruções sobre o comportamento do recém-nascido. Rev Bras Cres Des Hum. 1994.
- GERMAIN, B.C. O períneo feminino e o parto. Manole, 2005.
- LAWRENCE A, LEWIS L, HOFMEYR GJ, DOWSWELL T, STYLES C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2
- LEI Nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem.
- MANUAL de neonatologia. 3.ed. UFPA, 2001.
- MANUAL Merk. Hipotermia. Disponível em:  
<<http://www.manualmerck.net/?id=278&cn=1437>>. Acesso em: 15 ago 2014.
- MOORE, E.R., ANDERSON, G.C., BERGMAN, N., DOWSWELL, T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. vol.5, 2012. CD003519.
- ODENT, M. A Cesariana. Editora Saint Germain, 2004.
- ODENT, M. Gênese do homem ecológico. Editora Saint Germain, 1982.
- ODENT, M. O renascimento do parto. Momento atual, 2000.
- ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Boas práticas de atenção ao parto e nascimento. 1996. Disponível em: < <http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/OMS%20-%20Boas%20Praticas%20de%20Atencao%20ao%20Parto%20e%20ao%20Nascimento.pdf>>.
- PORTARIA Nº 2.815/1998. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e o Procedimento Parto Normal Sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra e Assistência ao Parto Sem Distócia Por Enfermeira(o) Obstetra.

PORTARIA Nº 743/2005. Define novos modelos de Laudo para Solicitação de AIH e Solicitação de Mudança de Procedimento e de Procedimento(s) Especial(ais).

PREFEITURA do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo assistencial de enfermagem obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

RESOLUÇÃO COFEn 223/1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal.

RESOLUÇÃO COFEn 311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESOLUÇÃO COFEn 339/2008. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto.

RESOLUÇÃO COFEn 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

ZUGAIB, M. Obstetrícia. 2ed. São Paulo: Manole, 2012.

### Anexo I

#### QUADRO DE TECNOLOGIAS DE CUIDADO NÃO INVASIVAS DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

TECNOLOGIA	INDICAÇÃO	FUNDAMENTAÇÃO
Movimentos respiratórios	Auxiliar na centralização da mulher.	Ativa os receptores corticofugais promovendo uma ação condicionada: contração-respiração.
Deambulação	Ativar o trabalho de parto; Descida e rotação fetal.	A mulher deve escolher a posição que preferir durante o trabalho de parto, embora a necessidade de estimular o parto com ocitocina é menor em mulheres que deambulam durante o trabalho de parto, em comparação com aquelas que permanecem no leito. Durante a contração as paredes uterinas encurtam-se e impulsionam o feto para baixo. Os ligamentos redondos que também contraem junto com a contração uterina tracionam o fundo uterino para diante, colocando o eixo longitudinal da matriz no eixo da escavação pélvica e para baixo, aproximando o fundo da pelve. Por esse motivo, durante a contração uterina, a melhor posição para a mulher é a vertical, com o corpo inclinado para diante (Balaskas, 1993).

		Estudos apontam que reduz a duração do TP em aproximadamente 01h, diminuem a necessidade de intervenção no TP, não mostrou efeitos negativos sobre a mãe e o bem-estar dos bebês. (Lawrence A et al, 2009).
Bola Suíça	Massagem perineal; Descida e rotação do feto.	Alongar e fortalecer a musculatura perineal, aliviar tensões, ativar a circulação sanguínea e desfazer pontos de tensão, trabalha cintura pélvica e movimenta todos os músculos.  Ativa o trabalho de parto, por possuir uma base de sustentação instável, a gravidade atua sobre o corpo, isso requer um contrapeso, recrutando os músculos mais profundos até que alcance uma estabilização necessária para mantê-lo equilibrado sobre a bola suíça, com a busca do equilíbrio sobre a bola a mulher desfoca da sensação da dor da contração. Com o uso da bola, mantém-se uma postura de sustentação estável e dá ao corpo flexibilidade (Craig, 2004).
Bamboleio	Descida e rotação do feto; Deslocamento do bebê dentro da pelve; Ativar o trabalho de parto; Liberação de endorfinas.	Quando a mulher deixa-se guiar pelo seu instinto, procura movimentar-se, seguindo o ritmo das contrações, movendo a pelve para frente e para traz, de um lado para o outro ou em movimentos circulares. Estes movimentos servem para facilitar o encaixe, a descida e a rotação do feto, no canal de parto (Balaskas, 1993). Para Odent (2000), quando a mulher usa o córtex primitivo, esses movimentos afloram com mais intensidade.
Rebozo	Ativar o trabalho de parto; Correção de posições posteriores ou direita persistentes e assinclitismos.	Movimenta o feto na pelve, auxiliando no movimento de rotação e retificação do assinclitismo persistente.
Genupeitoral	Posições posteriores ou	Diminui a força da gravidade, amplia os diâmetros da pelve, facilitando a rotação e diminuindo a

	<p>direita persistentes; Edema de colo.</p>	<p>pressão sobre o colo uterino.</p>
<p>Cócoras sustentado</p>	<p>Descida e rotação do feto; Assinclitismo persistente; Hipossistolia.</p>	<p>Aumenta diâmetros da pelve em 25% de acordo com Gardosi (1989), amplia a saída da bacia; Possibilita a ação da gravidade; Pode aliviar a dor nas costas; Facilita a rotação e a descida; Necessita de menos esforços expulsivos; Vantagens mecânicas- o tronco empurra o fundo uterino; aumenta a pressão no períneo; Aumenta a sensação de bem estar, por se sentir amparada por alguém e na posição suspensa, os membros inferiores são menos comprimidos, favorecendo a circulação venosa (GERMAIN, 2005).</p>
<p>Banco/ vaso</p>	<p>Descida e rotação do feto; Assinclitismo persistente; Distócia emocional.</p>	<p>Aumenta diâmetros da pelve em 25% de acordo com Gardosi (1989). Pode relaxar o períneo para puxos mais eficazes. Boa posição para descansar. Vantagem pela força da gravidade.</p>
<p>Ambiente acolhedor</p>	<p>Ansiedade e insegurança; Distócia emocional; Diminuir tensão e medo e sensação de dor excessiva.</p>	<p>Ativa o córtex primitivo; Libera ocitocina e endorfinas e aumenta a segurança da mulher e família.</p>
<p>Massagem</p>	<p>Acelera trabalho de parto; Distócia emocional.</p>	<p>Ativa o córtex primitivo; Libera ocitocina e endorfinas, ativa os mecanorreceptores atuando no portal da dor, libera os músculos tensionados e permite troca de calor.</p>
<p>Alimentação / líquidos</p>	<p>Desejo da mulher</p>	<p>Produz energia, hidratação e fornece glicose ao feto.</p>
<p>Banho de imersão ou chuveiro</p>	<p>Medo, ansiedade Diminuir sensação de dor excessiva; Acelera trabalho de parto; Distócia</p>	<p>Odent (2000) fala sobre o efeito misterioso da água sobre as travas neocorticais, removendo-as. Estas travas são ativadas em qualquer situação na qual são liberados altos níveis de adrenalina como medo, stress, entre outros.  As duchas quentes têm efeito calmante, aliviam dores e nevralgias. é de consenso que a melhor hora para se entrar na água é quando se atinge a metade do trabalho de parto, ou seja, com a</p>

	emocional.	dilatação de 5 cm e contrações mais intensas. Ao entrar na água, a mulher se descobre capaz de render-se às necessidades instintivas e primitivas do seu corpo. A maioria das mulheres diz que a percepção da dor se altera (portal da dor) e se torna mais fácil aceitar a intensidade das contrações. (Balaskas,1993; Odent ,1982)
Crioterapia	Reduz edema: colo, períneo e vulva.	Diminuição do fluxo sanguíneo local; lentificação da transmissão de impulsos dos neurônios aferentes levando a diminuição das sensações (dormência), diminuição da temperatura na pele e músculo (Effective Care in Pregnancy and Childbirth ,Enkin M, Kierse M, eds. Oxford University Press:Oxford, 1989).  O saco de gelo deve ser aplicado por períodos de 15 a 20 minutos e várias vezes ao dia (3 em 3 horas, por exemplo), de acordo com a necessidade e extensão da área edemaciada.
Puxo lateral	Distócia emocional	Quando a mulher trava a saída do bebê, por medo do nascimento. Solicitar que empurre o pé, estando na posição lateral, enquanto o profissional faz pressão ao contrário. Isto permite que ela empurre o feto pelo canal do parto.
Ampliação do diâmetro da cintura pélvica	Assinclitismo persistente; Período pélvico prolongado  Presença de bossa/moldagem excessiva do polo cefálico	Amplia os diâmetros da pelve, com a pressão sobre a crista ilíaca no momento da contração. Aumentar a mobilidade entre os ossos da pelve.
Decúbito lateral com as pernas flexionadas	Assinclitismo persistente; Período pélvico prolongado;  Presença de bossa/moldagem excessiva do polo cefálico.	Amplia os diâmetros da pelve e facilita a passagem do pólo cefálico. Diminui a sensação dolorosa. Permite a proteção perineal.
Proteção perineal	Evitar as lacerações.	Alongamento períneo; massagem com óleo vegetal no períneo, não indicar o puxo voluntário; proteção com compressas para evitar o desprendimento abrupto do polo cefálico.

Banqueta meia lua	Auxiliar na descida e rotação do feto.	Amplia os diâmetros da pelve e facilita a passagem do polo cefálico, diminui a sensação dolorosa, permite a sensação de controle da mulher com seu processo de parturição. Não deve ser estimulado antes de dilatação avançada por risco de edema no colo.
Cavalinho (assento ativo)	Auxilia rotação e descida do feto; reduz edema de colo; Assinclitismo persistente.	Amplia os diâmetros da pelve, libera o sacro e cóccix; Auxilia a rotação do bebê na posição occipito posteriores (OP); descompressão do colo pelo polo cefálico durante as contrações.  Diminui a sensação dolorosa.
Aromaterapia	Estimular produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas.	Utiliza os princípios ativos dos óleos essenciais no trabalho de parto, vislumbrando a aromaterapia como ciência.

### POSIÇÕES PARA O PERÍODO EXPULSIVO

TECNOLOGIA	INDICAÇÃO	FUNDAMENTAÇÃO
Verticalizada	Metrossístoles esparsas.	Possibilita massagens nas costas; Propicia a ação da gravidade; Melhor oxigenação do feto.  Potencializa a ação da gravidade na descida do feto; Encurta o ângulo de descida e amplia os diâmetros da pelve em 25%; Libera o sacro e cóccix; Promove contrações menos dolorosas e mais eficazes; Feto alinhado com o eixo da pelve.  Pode aumentar a necessidade do puxo no 2º estágio.
Semi-vertical	Desejo da Mulher	O mesmo que a verticalizada, porém libera menos o sacro e cóccix; Possibilita exames vaginais.
Lateral	2º estágio acelerado	Posição muito favorável para descansar; Reduz a pressão nos grandes vasos; Possibilita maior aporte sanguíneo e de oxigênio para o feto; permite o movimento do sacro no 2º estágio; Favorece a progressão do feto sem traumas; Útil para reduzir um 2º estágio muito acelerado; favorece a proteção perineal, evitando as lacerações, pois facilita a moldagem da cabeça ao períneo; Alivia a pressão nas hemorroidas.

Cócoras	Dificuldade na descida do feto.	Pode aliviar a dor nas costas; Possibilita a ação da gravidade; Amplia a saída da bacia; Necessita de menos esforços expulsivos; Facilita a rotação e a descida; Vantagens mecânicas- o tronco empurra o fundo uterino; Aumenta a sensação de bem estar, por se sentir amparada.
Quatro apoios	Queixa de dor lombar; Posições posteriores persistentes; Distocia de ombro.	Alivia a dor nas costas; Auxilia a rotação do bebê na posição occiptoposterior (OP); Permite balançar a pelve e movimentos corporais; Permite exames vaginais; Alivia a pressão nas hemorroidas; Facilita o desprendimento das espáduas.
De pé	Dinâmica uterina irregular; Queixa intensa de dor nas contrações.	Vantagem da ação da gravidade durante e entre as contrações; Contrações menos dolorosas e mais eficazes; Alinhamento do feto com o eixo da pelve  Pode aumentar a sensação de puxo no 2º estágio  Na posição de pé, o peso da mulher repousa sobre as duas cabeças do fêmur, permitindo que a pressão no acetábulo provoque aumento de 01 cm do diâmetro transversal da saída da pelve.

## Anexo II

### ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

TECNOLOGIA	FUNDAMENTAÇÃO
Ambiente na penumbra	Segundo Odent (2004), o ambiente em penumbra respeita a fisiologia do recém-nascido (RN). Segundo o Manual de Neonatologia (2001), a penumbra pode contribuir para a eficácia na amamentação do RN na primeira hora de vida, por estar relacionada a maior privacidade, tranquilidade, estabelecimento do vínculo e consequentemente diminuição de tempo entre as mamadas e ao ganho de peso no período pós-natal.
Respeito ao período sensível	A existência de um período sensível, imediatamente após o parto, foi evidenciada em estudo de Gaspareto e Bussat (1994) e durante esta fase, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporcionam a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação, dando prosseguimento ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intrauterina. Outros benefícios deste contato inicial incluem o fato de a amamentação ocorrer mais cedo e o estreitamento da atração emocional.

<p>Avaliação da vitalidade do RN</p>	<p>Segundo o Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2013), se, ao nascimento, o recém-nascido é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação. Três metanálises, que incluíram estudos com nascidos a termo, concluíram que o clampeamento tardio do cordão umbilical é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses. Com base nesses estudos, recomenda-se que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade ao nascer seja posicionado no nível da placenta por um a três minutos, antes do clampeamento do cordão umbilical.</p> <p>O contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em recém-nascidos de termo, com boa vitalidade, desde que cobertos com campos pré-aquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois se associa a um maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna.</p>
<p>Contato pele a pele</p>	<p>Os bebês interagem mais com suas mães, ficam mais aquecidos e choram menos, quando colocados no colo da mãe; são mais amamentados e amamentaram por mais tempo, quando tiveram contato pele a pele precoce; possivelmente tiveram mais chances de ter um bom relacionamento inicial com suas mães, mas isso foi difícil de medir (Moore ER, Anderson GC, Bergman N, 2007).</p>
<p>Touca</p>	<p>A colocação da touca no RN, logo após o desprendimento do polo cefálico, ainda no canal de parto, evita a perda de calor através no couro cabeludo, diminuindo os riscos de hipotermia do recém-nascido (Manual Merck, 2014).</p>
<p>Clampeamento oportuno/tardio</p>	<p>Clampeamento oportuno do cordão aumenta a média neonatal do hematócrito venoso dentro de uma faixa fisiológica; Nem diferenças significativas nem efeitos nocivos foram observados entre os grupos; Além disso, esta intervenção parece reduzir a taxa de anemia neonatal; Esta prática tem se mostrada segura e deve ser implementada para aumentar o armazenamento de ferro neonatal ao nascimento (Cernadas JM, 2006).</p>
<p>Estimulo a amamentação na 1ª hora de vida</p>	<p>A amamentação exclusiva durante os 06 primeiros meses de vida, seguida do aleitamento materno continuado dos 6 aos 11 meses de idade, foi a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil, estimando que ela previna 13% de todas as mortes</p>

**Anexo III**

**PRESCRIÇÕES MEDICAMENTOSAS NORMATIZADAS PARA O ENFERMEIRO  
OBSTETRA**

MEDICAÇÃO	FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	INDICAÇÃO
Ocitocina	- 05UI em 500 ml de Solução Ringer com Lactato, - 10UI intramuscular, após o desprendimento do ombro do RN, - 05UI em 500ml de SG 5%, EV	- Coordenar as contrações durante o período expulsivo, quando necessário; - Como profilaxia de hemorragia pós-parto; - Nos casos de hemorragia pós-parto, até a chegada do médico plantonista.
Dipirona	- 01 comprimido de 500mg ou 40 gotas, VO, até de 6/6hs - 01 ampola EV ou IM	- Em caso de dor no puerpério;
Paracetamol	- 01 comprimido de 750mg ou 40 gotas, VO, até de 6/6hs	- Em caso de dor, no período puerperal.
Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor	-ampola, gel, spray.	- Anestesia local em caso de rafia de lacerações do períneo; - Anestesia local antes da realização da episiotomia, se necessário.
Hioscina/Escopolamina	- 01 comprimido de 10mg VO - 01 ampola de 20mg/mL diluída em glicose a 25% EV	- Em caso de cólicas.
Bromoprida	- Solução injetável de 10mg	- Em caso de distúrbios gastrointestinais como náuseas

		ou vômitos.
Metoclopramida/Plasil	- Solução injetável de 10mg/2mL - Comprimido de 10mg	- Em caso de distúrbios gastrointestinais como náuseas ou vômitos.
Soro Glicosado 5%	- Solução injetável	Reposição hídrica e manutenção de níveis energéticos com aporte de glicose.
Soro fisiológico a 0,9%	- Solução injetável	Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.
Soro Ringer com Lactato	- Solução injetável	Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.
Sulfato ferroso	- Comprimido com 40 mg de ferro elementar	Prevenção e tratamento de anemia ferropriva no período puerperal.

**CLÁUDIO WANDERLEY LUZ SAAB.**  
**Presidente do Colegiado Executivo HUMAP-UFMS.**