

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS**

**PORTARIA N. 28, de 10 de abril de 2019 .**

O GERENTE INTERINO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, no uso das atribuições que lhe foram conferidas Portaria nº 95/2019, de 22 de março de 2019, publicada no Boletim de Serviço do HU-UFGD/EBSERH nº 183 de 28 de março de 2019.

**RESOLVE:**

- I. Aprovar o Procedimento Operacional Padrão (POP) – Assistencial Multiprofissional, referente a Boas Práticas na Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, parte integrante desta portaria.
- II. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JOÃO ANGELO OSELAME HOFFMANN**

<b>Protocolo Assistencial Multiprofissional</b>	Protocolo nº. <b>01</b> <b>UASMP/SASM/GAS/HU-UFGD</b>
Boas Práticas na Assistência ao Parto e Nascimento	Versão: 01.2019
<b>Unidade organizacional:</b> Unidade de Atenção à Saúde Materno Perinatal	
<b>Categoria profissional:</b> Médicos, Enfermeiros e Residentes de Obstetrícia, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos da Linha	
<b>Linha de cuidado:</b> Materno Perinatal	
<b>Elaborado por:</b> Alessandro Postal, Aline Mara da Silva Alves, Amanda Jorge de Souza Stefanello	<b>Data de Criação:</b> 01/03/2019
<b>Revisado por:</b> Sidney Antonio Lagrosa Garcia	<b>Data de Revisão:</b> 19/03/2019
<b>Aprovado por:</b> Gerência de Atenção à Saúde do HU-UFGD	<b>Data de Aprovação:</b> 10/04/2019

**INTRODUÇÃO:** O nascimento de um bebê é um dos momentos mais importantes vida de uma mulher e de sua família. 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. Vale destacar aqui a máxima do médico francês Michel Odent, um dos precursores do parto humanizado no mundo de que “para mudar o Mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer”.

**SIGLAS E ABREVIATURAS:** PAGO – PRONTO ATENDIMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA; TP – TRABALHO DE PARTO; RN – RECÉM-NASCIDO; G.O. – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA.

**CONFLITOS DE INTERESSES:** os autores declaram não haver conflitos de interesse na construção deste protocolo.

**OBJETIVOS:** Uniformizar as práticas clínicas de assistência ao parto normal. De forma a diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência. Reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal. Difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. E, recomendar 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.

**ATRIBUIÇÕES DE CADA CATEGORIA PROFISSIONAL:** as parturientes internadas ficam tanto sob responsabilidade da equipe médica quanto da equipe de enfermagem obstétrica, durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério.

**ACOLHIMENTO DA GESTANTE NO PAGO:** a gestante que buscar atendimento no PAGO com sinais e/ou sintomas de trabalho de parto deverá primeiramente ser acolhida por equipe de enfermagem assistencial para a realização de Classificação de Risco em Obstetrícia (ACRO) conforme protocolo validado pela instituição.

O Atendimento deve ser realizado respeitando a ordem de Classificação de Risco conforme a gravidade do caso e respeitando o tempo preconizado para cada caso.

**CONSULTA DE AVALIAÇÃO:**

- Acolher a paciente em consultório de forma respeitosa, ouvindo-a atentamente e valorizando suas queixas clínicas
- Realizar anamnese obstétrica completa contemplando dados clínicos da gravidez atual, sintomas de parto, antecedentes pessoais e familiares

- Revisão atenta de todos os dados registrados no Cartão da Gestante de forma a coletar o maior número possível de informações a respeito do Pré-natal
- Datação cuidadosa da idade gestacional baseada preferentemente em ultrassonografia realizada no primeiro trimestre de gravidez
- Atentar para alterações clínicas ou laboratoriais, Uso de Medicamentos, Risco Obstétrico e Contraindicações ao Parto Vaginal ou à amamentação
- Observar sinais de alerta (dispneia, febre, sangramento vaginal, turvação visual, confusão mental, escotomas cintilantes, epigastralgia, aumento excessivo de peso, entre outros.
- Realizar exame físico geral e Obstétrico de maneira gentil e cordial sempre explicando para a paciente cada procedimento a ser realizado e após autorização verbal da mesma de forma a respeitar os seus limites físicos e emocionais.
- Caso haja Ruptura evidente de bolsa amniótica o exame especular pode ser dispensado e o toque deve ser evitado na ausência de contrações, pois aumenta o risco de infecção neonatal.
- Caso a paciente esteja referindo contrações uterinas dolorosas sem mudanças cervicais e embora não esteja em trabalho de parto ativo deve-se oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário, levando em consideração as suas preocupações.

Define-se como **Fase de Latência** do Primeiro Período do Trabalho de Parto: um período não necessariamente contínuo quando há contrações uterina dolorosas e há alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação cervical de até 4 centímetros. Nesse caso, as pacientes deverão ser orientadas sobre a sua situação e, se residirem próximo ao Hospital, deverão retornar às suas casas e voltarem quando houver intensificação da frequência e intensidade das contrações uterinas. Ou ainda, poderá permanecer em observação e ser reavaliada no prazo de 2 a 3 horas para confirmar o progresso do trabalho de parto. Essa mulher precisa de apoio e informação. Suas queixas precisam ser valorizadas. A possibilidade de acolhimento na Casa da Gestante poderá ser considerada.

**QUANDO INTERNAR A PACIENTE?** Não pode ser tão tarde e nem tão cedo. “Uma das decisões mais importantes sobre o cuidado de mulheres em trabalho de parto é reconhecer quando o trabalho de parto começou (O’Driscoll et. Al, 1973).

O Início da assistência muito precoce pode sujeitar a mulher a intervenções desnecessárias e gerar ansiedade para a equipe, para a mulher e para sua família. Evitar uma internação precoce pode proporcionar à mulher uma chance menor de receber ocitocina, menor duração do trabalho de parto e menor chance de receber analgesia peridural.

Por outro lado, em uma internação muito postergada pode haver risco de que complicações que eventualmente possam surgir nesse período não sejam detectadas pela equipe responsável. Além dos critérios clínicos para o diagnóstico de trabalho de parto, o profissional deve considerar fatores logísticos (distância do domicílio, condições de acesso) e fatores emocionais da mulher e seus familiares.

Deve-se proceder à internação pacientes em Trabalho de Parto Estabelecido ou com Ruptura Prematura de Membranas Amnióticas. Para fins desse protocolo define-se como **Trabalho de Parto Estabelecido** quando há contrações uterinas regulares E dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.

Ao decidir pela internação a paciente e acompanhante, quando houver, deverão ser orientados quanto aos procedimentos necessários, além de esclarecimentos sobre como se dá a assistência ao trabalho de parto e parto. O assistente deve preencher os formulários disponibilizados pela instituição tais como AIH, Ficha Obstétrica, Diária de acompanhante, Prescrição, entre outras.

A seguir a parturiente deverá ser acompanhada até o Centro Obstétrico.

**ADMISSÃO NO CENTRO OBSTÉTRICO:** a paciente será então acolhida pela equipe multiprofissional quando deverá ser esclarecida a respeito das normas e rotinas do setor.

A seguir será ofertado o banho de chuveiro à paciente para o asseio corporal disponibilizando sabão, toalha e camisola limpa.

Mulheres em trabalho de parto tem direito a um acompanhante de sua livre escolha durante todos os períodos do parto. As mesmas não devem ser deixadas sozinhas, exceto por curtos períodos de tempo.

Doulas previamente cadastradas na instituição poderão também acompanhar as gestantes e puérperas durante a internação de forma a prestar apoio físico e emocional adicional. Sua presença não substitui o acompanhante escolhido pela paciente.

Enema e tricotomia pubiana ou perineal não devem ser realizados de rotina.

### **ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO**

Corresponde ao período de dilatação do colo uterino

Recomenda-se verificar os sinais vitais maternos ao menos a cada 4 horas (pulso, pressão arterial, temperatura)

Não realizar punção venosa de rotina, exceto quando for prescrita alguma medicação endovenosa.

Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água.

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.

Garantir suporte físico e emocional contínuo à parturiente e seu acompanhante.

Encorajar as mulheres a se movimentarem e adotarem posições que lhes sejam mais confortáveis.

Observar diurese e eliminações.

Ofertar métodos não farmacológicos de alívio da dor de rotina.

Verificar Dinâmica Uterina a cada hora de trabalho de parto.

Auscultar Batimentos Cardíofetais a cada 30 minutos. Em caso de gestação de alto risco a ausculta deverá ser realizada a cada 15 minutos. Sendo que cada ausculta deve durar pelo menos um minuto. Se houver contrações, devem ser auscultados antes, durante e após as mesmas para avaliar como o bebê está reagindo ao estresse da contração.

Caso ocorram desacelerações dos batimentos cardíofetais nesse período, avaliações adicionais devem ser realizadas para detectar a possibilidade de sofrimento fetal. Medidas corretivas podem ser adotadas, tais como a mudança de decúbito. Desacelerações devem ser consideradas como um sinal de alerta.

Cardiotocografia deve ser realizada apenas em gestantes de alto risco (corioamnionite, febre, hipertensão materna moderada/grave, mecônio, uso de ocitocina, sangramento vaginal, analgesia, primeiro e segundo período prolongado ou ainda, quando houver dúvida sobre o bem estar fetal durante a ausculta intermitente.

Toques vaginais para avaliação da Dilatação Cervical e Descida da Apresentação podem ser realizados em média a cada 4 horas. Antes disso somente se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher.

A duração do trabalho de parto ativo nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas; nas múltíparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas.

O **Partograma** é um importante instrumento de avaliação do progresso do trabalho de parto. O preenchimento do mesmo é obrigatório e deve ocorrer em tempo real. A abertura deve ocorrer a partir do momento que a paciente estiver na fase ativa do trabalho de parto. A OMS recomenda a abertura do mesmo a partir de 5 cm de dilatação e com contrações regulares. Deve ser registrada a dilatação e descida do polo cefálico. Entretanto, considerar que o trabalho de parto lento, porém progressivo não deve ser considerado como indicação absoluta de cesariana.

Se houver falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, o obstetra deve considerar a realização de amniotomia, e se após duas horas, mesmo assim, não houver progresso deve considerar o uso de ocitocina.

Se ocitocina for utilizada, assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos. A dose poderá ser aumentada até haver a efetividade do trabalho de parto, respeitando os limites recomendados.

Amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem. Caso esses procedimentos forem necessários, devem ser explicados à parturiente e realizados somente com o consentimento verbal da mesma.

Oferecer apoio e controle efetivo da dor a todas as mulheres com falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto. Aventar a possibilidade de analgesia peridural caso houver falha do controle efetivo da dor após esgotamento do uso das medidas não farmacológicas.

Se após essas manobras, o progresso do parto ainda não for satisfatório, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesariana;

Considerar **Parada De Progressão** do trabalho de parto no primeiro período quando houver uma dilatação maior que 6cm e bolsa rota sem nenhuma mudança cervical em 4 horas apesar de contrações adequadas e em 6 horas quando com contrações inadequadas.

## **ASSISTÊNCIA AO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO**

Corresponde ao período expulsivo do feto.

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 bebe visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após confirmação da dilatação completa do colo do útero na ausência das contrações de expulsão.



Vigilância da vitalidade fetal: a equipe assistente deve monitorar o bebê com ausculta de batimentos cardíofetais a cada 5 minutos, sendo que cada ausculta deve durar pelo menos um minuto, de preferência antes, durante e após a contração, para avaliar como o bebê está reagindo ao estresse da contração.

Considerar como **Segundo Período Prolongado** quando houver pelo menos 2 horas de puxo em multíparas e pelo menos 3 horas de puxo em nulíparas. Tempos adicionais podem ser necessários em situações específicas, como o uso de peridural ou feto em posição anômala. Nesse caso devemos considerar as condições maternas e fetais, além da progressão da apresentação.

A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer posição que ela achar mais confortável incluindo as posições verticalizadas, de cócoras, lateral ou quatro apoios.

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

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.

Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, a mulher deve ser incentivada para realizar o puxo durante as contrações.

Manobra de kristeller não deve ser realizada, sendo a mesma considerada proscrita.

A posição das mãos: a fim de facilitar o parto espontâneo, prefere-se não tocar o períneo durante o período expulsivo. Entretanto, devemos estar preparados para tal caso se faça necessário.

Considerar aplicação de compressas mornas no períneo durante o trabalho de parto. Não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período.

Episiotomia não deve ser realizada de rotina, devendo ser realizada somente quando a mesma realmente se fizer necessária, como nos casos em que houver risco elevado de lacerações graves; feto de tamanho grande ou em posição anormal com dificuldade de

expulsão. A episiotomia seletiva está associada a menor risco de trauma perineal/vaginal grave do que a episiotomia de rotina<sup>1</sup>.

Analgesia de Parto poderá ser adotada caso os métodos não farmacológicos de alívio da dor forem ineficazes e houver manifestação do desejo materno, desde que a paciente seja orientada quanto aos benefícios e riscos.

Caso haja a instalação de bradicardia fetal persistente, do ponto de vista de conduta, o obstetra há que se perguntar se o nascimento é iminente. Se o nascimento não for iminente e o parto vaginal instrumentado for uma opção viável, ele pode ser uma conduta adotada em casos de desaceleração repetitiva, mais grave, duradoura e frequente. Se o parto vaginal instrumentado não for uma opção, a cesariana deve ser considerada. Vale lembrar que a cardiotocografia deve ser utilizada para caracterizar a desaceleração ou bradicardia.

Após a expulsão da cabeça do bebê é esperado que o desprendimento espontâneo dos ombros ocorra na próxima contração. Caso contrário, devemos pensar em distócia de ombro.

O desprendimento do corpo do bebê deve ocorrer no máximo até o próximo minuto após nascimento da cabeça. Tempos maiores ou iguais a 2 minutos aumentam a chance de ocorrer lesão cerebral.

### **ASSISTÊNCIA AO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO**

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

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.

Após o nascimento, seque imediatamente o recém-nascido com compressas secas com ênfase no polo cefálico e o cubra com campo aquecido.

Colocar o recém-nascido, se boa vitalidade, diretamente sobre o abdome ou tórax da mãe, de bruços, com a pele do recém-nascido em contato com a pele da mãe.

Cobrir as costas do bebê com um campo para mantê-lo aquecido enquanto mantém o contato pele-a-pele.

Administrar na mãe 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão.

Recomenda-se o clampeamento do cordão umbilical após a parada da pulsação do mesmo, o que geralmente ocorre em até 3 minutos.

O clampeamento imediato do cordão umbilical pode ser necessário, se o RN se apresentar hipotônico, hiporreativo ou sem choro/respiração.

Considerar tempo mínimo de 1 minuto, ao menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal.

Se uma mulher solicitar o clampeamento e secção do cordão após três minutos, apoiá-la em sua escolha.

Após a secção do cordão realizar tração controlada do mesmo associada à manobra de Brandt-Andrews (para estabilização uterina).

A tração controlada do cordão, só deve ser realizada por profissional treinado e após administração de ocitocina e sinais de separação da placenta.

Expulsão da placenta por esforço materno poderá também ser considerada.

Massagem uterina deve ser realizada gentilmente a cada 15 minutos durante as 2 primeiras horas após a retirada da placenta. A presença do acompanhante deve ser incentivada para ajudar a detectar sinais de alerta.

Considera-se como **Terceiro Período Prolongado**, se após decorridos 30 minutos não houver o desprendimento da placenta, considerar placenta retida.

Manter observação rigorosa da mulher, avaliando a condição física geral, através da coloração de pele e mucosas, controle de perda sanguínea, respiração e sensação de mal-estar.

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;

Usar Ocitocina endovenosa adicional se houver hemorragia ou retenção da placenta.

Realizar exame vaginal minucioso. Oferecer analgesia para este procedimento e providenciar, se a mulher demandar.

Não realizar remoção manual ou cirúrgica sem analgesia adequada.

A conduta ativa é recomendada na assistência ao terceiro período do parto pois está associado com menor risco de hemorragia e transfusão sanguínea.

### **ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO**

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra 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 (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal). Portanto, o profissional deverá ser comunicado anteriormente sobre o nascimento, assim como ser informado sobre dados gestacionais e maternos relevantes.

O profissional deverá exercer as boas práticas de atenção humanizada ao recém-nascido.

Ao nascimento deverá ser avaliado idade gestacional e vitalidade do neonato nas condições abaixo:

PARA O RN A TERMO COM RITMO RESPIRATÓRIO NORMAL, TÔNUS NORMAL, RECOMENDA-SE:

- Assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de bruços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida, verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;
- O contato é realizado por no mínimo 1 hora e a primeira mamada deve ser estimulada nesse momento. A equipe deverá auxiliar e orientar a mãe a reconhecer os sinais de fome do RN e amamentá-lo em livre demanda, isto é, sem restrições de frequência ou duração, exceto em casos onde amamentação é contraindicada;
- Proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV/HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato;
- A aplicação do kanakion (vitamina K) é realizada logo após o nascimento, com o RN ainda no colo da mãe;
- Um exame físico inicial, deve ser realizado ainda com o RN no colo materno para afastar malformações importantes (palato, coração e anus) ou deve ser realizado sem retirá-lo da visão da mãe e manter contato pele a pele imediatamente após o exame físico inicial;
- Não se recomenda a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável.
- Não se recomenda realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável.
- Os procedimentos de rotina no recém-nascido, tais como pesagem e medidas antropométricas devem ser realizados após a primeira hora de vida.
- A profilaxia da oftalmia neonatal pode ser postergada em até 4 horas após o nascimento, bem como a vacinação, as quais serão realizados posteriormente pela equipe da enfermagem.
- RN deverá ser identificado antes de sair do contato com a mãe e prosseguir com cuidados de rotina de sala de parto.

- Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica (1mg). Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina k (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) e eles devem ser instruídos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses.

PARA O RN PRÉ-TERMO OU QUALQUER RN COM RESPIRAÇÃO AUSENTE OU IRREGULAR E/OU TÔNUS DIMINUÍDO SEGUIR O FLUXOGRAMA DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.

#### **CONTATO PELE-A-PELE**

Recomenda-se, na medida do possível, que seja mantido o contato pele-a-pele entre a mãe e o bebê pelo menos durante a primeira hora de vida, postergando todos os procedimentos de rotina e realizando supervisão frequentemente, a fim de detectar qualquer complicação.

O contato pele-a-pele não deve estar limitado à sala de parto; deve ser praticado tão frequentemente quanto possível durante os primeiros dias de vida, para manter a temperatura do recém-nascido, promover a amamentação e fortalecer o vínculo entre a mãe e o seu bebê

Deve-se 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

Caso não seja possível manter o contato por 1 hora, registrar em prontuário o motivo pelo qual não foi respeitado esse tempo;

O aleitamento materno deve ser estimulado e auxiliado idealmente na primeira hora de vida.

A realização das medidas de circunferência cefálica, temperatura corporal e peso devem ocorrer preferentemente após a primeira hora de vida.

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;

Após a realização de todos os cuidados necessários deve-se encaminhar o binômio ao alojamento conjunto sem separá-los quando as condições vitais assim permitirem.

### **CUIDADOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO (AICon)**

No AICon a puérpera deve ser recepcionada pela equipe de enfermagem e receber avaliação rotineira também pela equipe médica dos sinais vitais, mamas, involução uterina e lóquios.

O RN é também avaliado quanto aos sinais vitais, peso, sinais clínicos e exames laboratoriais quando necessário. Também são realizados os testes de triagem neonatais (teste da orelhinha, da linguinha coraçãozinho e olhinho).

O banho do RN deve ser postergado para depois de seis horas do nascimento ou mais, caso os pais assim o queiram.

O binômio, mãe e filho, é avaliado e auxiliado quanto à amamentação cabendo à equipe técnica de enfermagem o auxílio inicial e o esclarecimento de dúvidas básicas. Caso a técnica de enfermagem não consiga resolver a dificuldade apresentada pelo binômio, esta deve buscar ajuda com a enfermeira assistente que, caso necessário, solicitará avaliação e apoio de profissional capacitado (fisioterapeuta ou fonoaudiólogo) e na ausência destes encaminhará o binômio para o Banco de Leite Humano.

A prescrição de fórmulas infantis só poderá ser feita pelo pediatra no prontuário do RN, com a devida justificativa, baseado nas razões médicas aceitáveis para substitutos do leite materno da OMS.

A equipe de enfermagem, equipe multiprofissional, bem como equipe médica (G.O. e pediatria) devem assegurar que mãe e o acompanhante foram orientados como

identificar sinais de uma boa pega, sinais de fome do RN, importância do aleitamento materno exclusivo e de livre demanda nos primeiros seis meses de vida, importância do não uso de chupetas ou mamadeiras, como ordenhar as mamas e oferecer o leite ao bebê quando mãe e filho não puderem ficar juntos nas 24 horas do dia, além de cuidados básicos com as mamas e com o RN e por fim, sabendo quando e onde buscar ajuda quando necessário.

## **ALTA**

As altas médicas do RN e da mãe são dadas separadamente e todos os documentos de alta da puérpera devem ser entregues à enfermeira de plantão da maternidade que fará a conferência dos documentos e encaminhará a mesma para a alta. A alta do RN é dada pela equipe de pediatria que orientará a mãe quanto aos cuidados necessários com o mesmo, entregando também o sumário de alta e os folhetos educativos referente aos cuidados com o RN e ao aleitamento materno.

Os RNs que apresentam risco de desmame precoce, mães menores de 18 anos, bem como RN que apresentar perda de peso maior que 10% durante internação hospitalar, ou for filho de mãe diabética, ou PIG, ou GIG, ou baixo peso, ou prematuro ou apresentar dificuldade no estabelecimento do Aleitamento Materno, deve ser encaminhado para o Ambulatório de Aleitamento Materno do HU-UFGD.

Antes da alta hospitalar o agente acolhedor do município deve agendar a consulta de revisão para o binômio no prazo de até 10 dias.

Finalmente, a técnica de enfermagem responsável pelo binômio deve encaminhá-los para a alta administrativa no setor responsável.

## **REFERÊNCIAS**

1. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;2.
2. BRASIL. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças Ministério da Saúde,



Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. 2013.

Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_praticas\\_integradas\\_atencao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf).

3. BRASIL. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. 2017. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf).

4. Fiocruz. Principais questões sobre Primeiro Período do Trabalho de Parto 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principaisquestoes-sobre-primeiro-periodo-do-trabalho-de-parto/>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

5. Fiocruz. Principais questões sobre Segundo Período do Trabalho de Parto 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principaisquestoes-sobre-segundo-periodo-do-trabalho-de-parto/>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

6. Fiocruz. Cuidado à Mulher em Trabalho de Parto: boas práticas no segundo período 2018. Disponível em:  
<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencaomulher/cuidado-a-mulher-em-trabalho-de-parto-boas-praticas-no-segundo-periodo/>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

7. Fiocruz. Aplicação prática do Partograma 2018. Disponível em:  
<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/aplicacao-pratica-dopartograma/>. Acesso em 10 de outubro de 2018.

8. O'Driscoll Kieran, Stronge John M., MinogueMaurice. Active Management of Labour. Br Med J. 1973; 3:135

9. Osanan GC, Tavares AB, Reis MI, Múcio B. Hemorragia pós-parto. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 109/ Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas).

10. Protocolo de Boas Práticas. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/EBSERH. 2017. Disponível em:  
<http://www2.ebserh.gov.br/documents/17082/3273530/Boas+Praticas+ao+Parto+e+Nascimento.pdf/a2dafa1c-20a9-4aac-a810-2ea73753326a>. Acesso em 15/03/2019.