



PREFEITURA DE
SÃO GOTARDO

Administrando para todos

2021-2024

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Protocolo de Assistência a Gestante e Puérpera

São Gotardo

2024

Protocolo de Assistência a Gestante e Puérpera

Débora Thaís Silva Alves Araújo
Secretária Municipal de Saúde

Marília Márcia Alves
Diretoria Administrativa Hospitalar

Luciana Mendes Rodrigues Miranda
Coordenadora Geral de Enfermagem Hospitalar

Guilherme Lourenço dos Santos
CRM/MG 67549
Diretor técnico Hospitalar

Elaboração 2022:

Débora Thaís Silva Alves Araújo
João Carlos Fasciani

Atualização 2024:

Luciana Mendes Rodrigues Miranda
Isabela Soares David

Revisão:

Roberta Correa e Freitas
Enfermeira Obstetra

Izabela Silva Ribeiro
Enfermeira Obstetra

Isabela Soares David
Ginecologista e Obstetra

Levino Campos Junior
Ginecologista e Obstetra

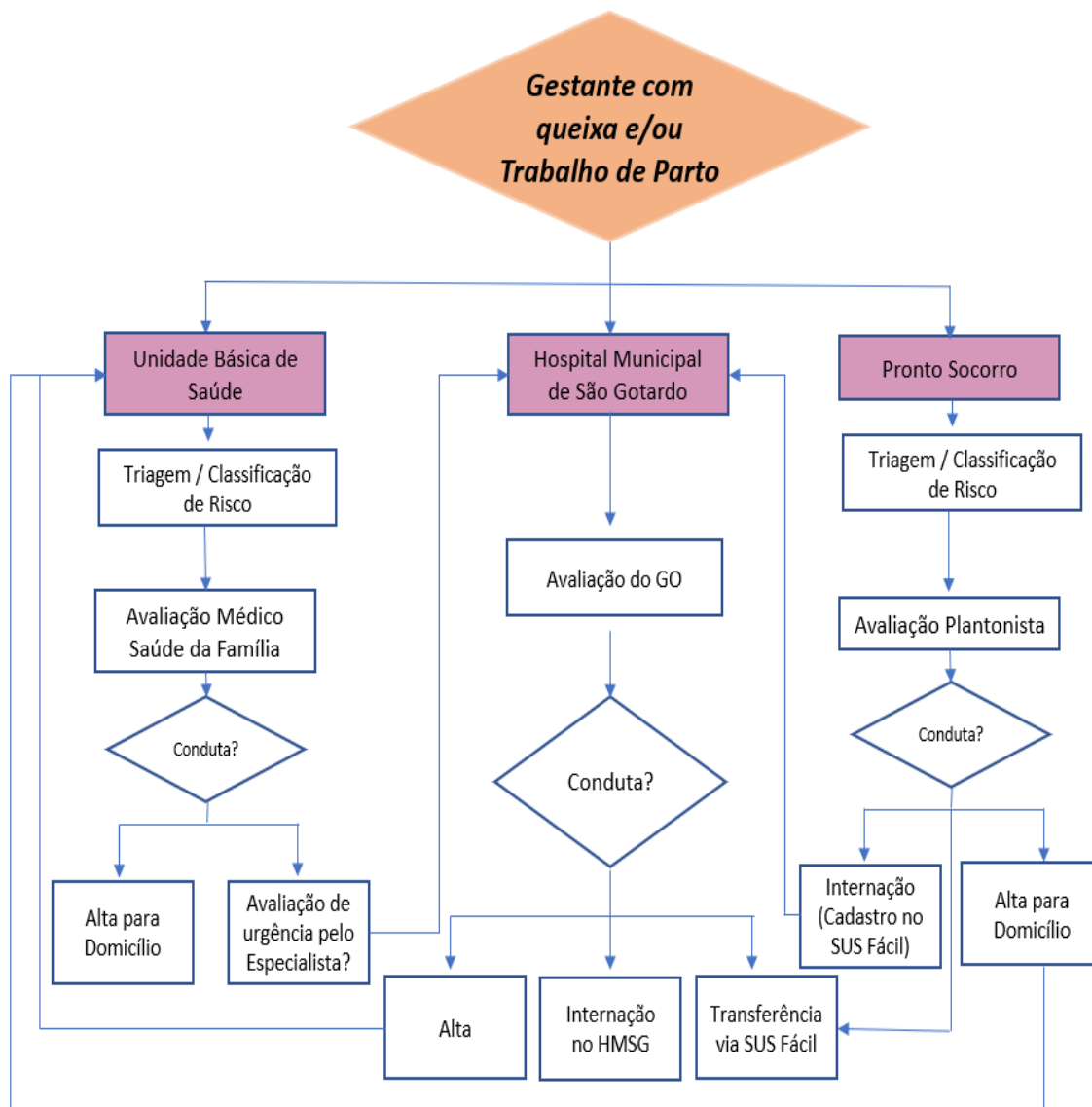
Marcos Lamim Moraes
Ginecologista e Obstetra

Introdução

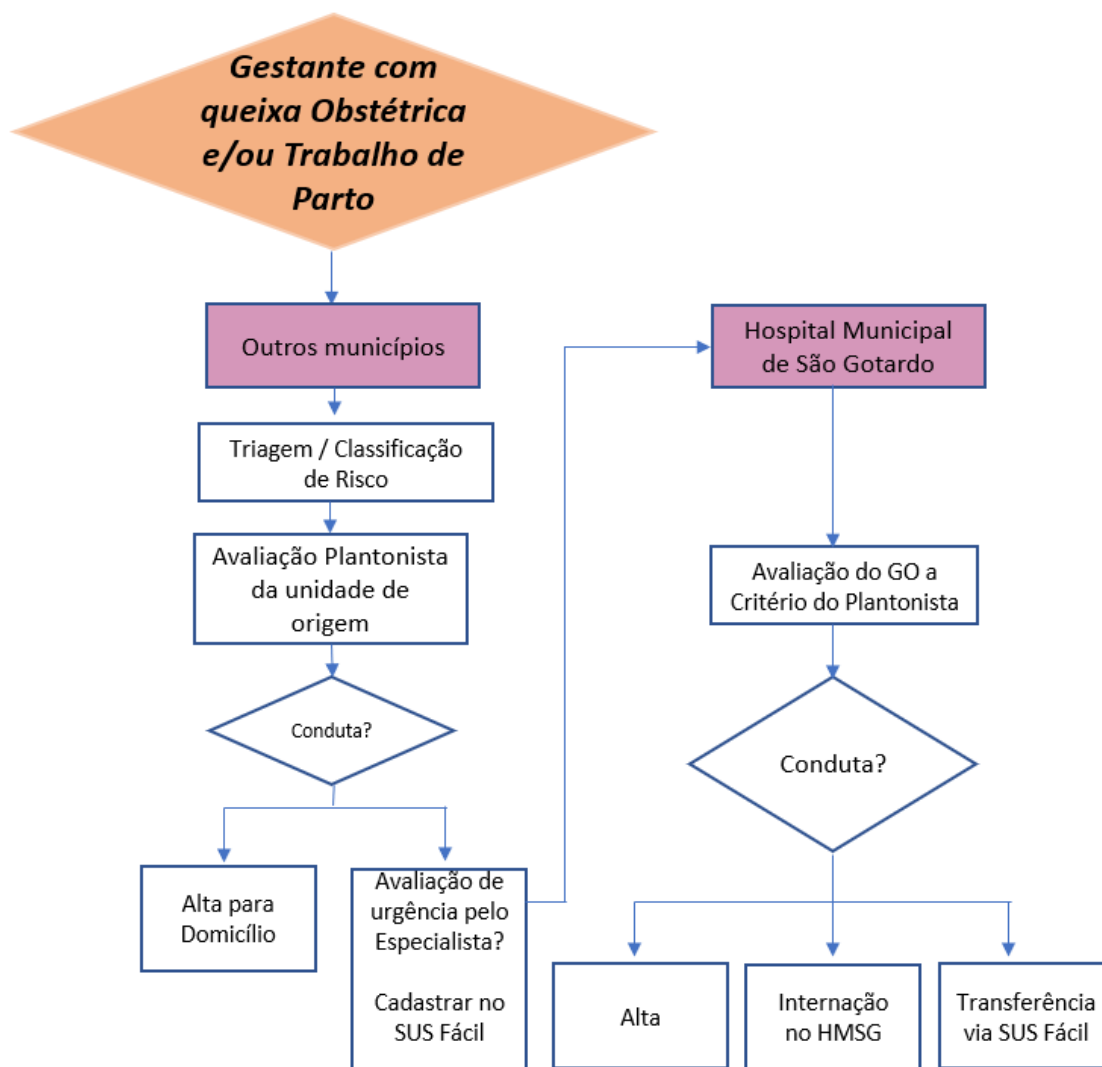
O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto. Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais.

Nesse contexto, o Protocolo de Assistência a Gestante e Puérpera, almeja garantir as usuárias do serviço de Saúde de São Gotardo, acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência efetiva e eficaz, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.

Fluxograma de Atendimento a Gestante e Puérpera do Município de São Gotardo



Fluxograma de Atendimento a Gestante e Puérpera de outros Municípios



*Todo encaminhamento de gestante deve ser feito por escrito além do contato telefônico de médico para médico e cadastro no SUS Fácil.

**As gestantes que necessitarem de transferência para outro município deverão ser cadastradas no SUS Fácil pelo obstetra responsável, o mesmo deverá solicitar para o profissional da recepção que providencie o transporte, indicando se necessário UTI Móvel, Médico e profissional técnico de enfermagem, além de qualquer recurso adicional necessário.

***Pacientes de outros municípios devem ser cadastrados no SUS Fácil (quando houver) e, o médico deverá realizar contato de médico para médico. A transferência só será aceita se houver vaga disponível e após resolução médica.

Aspectos fisiológicos da Gravidez

Idade Gestacional

- ✓ RN a termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas;
- ✓ RN pré-termo (prematureo): idade gestacional < 37 semanas;
- ✓ RN pré-termo tardio: entre 34 e 36 semanas;
- ✓ RN pós-termo: idade gestacional ≥ 42 semanas

Alteração circulatória sistêmica

- ✓ Síndrome hiperkinética: placenta funciona como fistula arteriovenosa, aumentando o fluxo.
- ✓ Aumento de 50% da volemia: a partir da 6ª semana. Tal aumento favorece um acréscimo de nutrientes para o feto e determina uma ampliação de 25% na frequência cardíaca materna, hiperfonese da 2ª bulha cardíaca e aumento de 50% no débito cardíaco (atingindo o pico na 28ª semana)
- ✓ Queda da resistência vascular periférica
- ✓ ECG: achatamento ou inversão da onda T e diminuição do QT – dispneia suspirosa, sopro sistólico em foco pulmonar.
- ✓ Hemodiluição: aumento de 70% do volume plasmático e 30% das células hemáticas (queda fisiológica da hemoglobina)
- ✓ Anemia fisiológica
- ✓ Sangue
 - Leucócitos: normais até o parto, podem chegar até 12.000 (leve leucocitose fisiológica), depois podem aumentar para 25.000
 - Linfopenia (por esteroides placentários) a partir da 20ª semana, o que pode justificar a maior suscetibilidade a infecção.
 - Plaquetas aumentadas
 - Tendência a hipercoagulação: queda dos fatores XI e XIII, porém todos os outros estão aumentados.
- ✓ Renal: aumento do fluxo renal, glicosúria fisiológica, queda da ureia, da creatinina e do ácido úrico.

Gasometria

- ✓ Hiperventilação com queda de PaCO₂.
- ✓ Alcalose respiratória compensada pelo aumento da excreção do bicarbonato.

Adaptação metabólica e nutricional

- ✓ 1ª fase (anabólica): a glicose é estocada como gordura. Acúmulo (ganho de peso 8-12kg)

- ✓ 2ª fase (catabólica materna e anabólica fetal) gordura e glicose materna convertidas para glicose fetal.

Adaptação endócrina

- ✓ Aumento da secreção hormonal, além da função endócrina da placenta:
 - Placenta:
 - hCG: pico no 60º dia de gestação
 - HPL: diabetogênico, semelhante à prolactina na mama.
 - Androgênio da adrenal do feto sofrerá aromatização na placenta, sendo convertido em progesterona.
 - Progesterona: mantém a gravidez, auxilia na implantação do ovo. Ação imunossupressora. Após a 12ª semana de gestação sua produção é exclusivamente placentária a partir do colesterol materno.
 - Estrógeno: precursor fetal produzido na adrenal do feto é transformado em estrógeno na placenta.
- ✓ Hipófise
 - Aumenta a prolactina em resposta ao estrógeno.
 - Queda de FSH e LH.
 - Não altera: ACTH, TSH, GH
- ✓ Fígado:
 - Aumenta a produção de globulina para manter a pressão oncótica do plasma.
 - TBG aumentada
- ✓ Tireoide: hiperfuncionante
 - Aumentada: T3 total e TBG, captação de iodo.
 - Níveis normais: T3 e T4 livre, TSH
- ✓ Paratireoide: hiperfuncionante (aumenta Ca sérico com pico na 28ª semana)
- ✓ Pâncreas:
 - Insulina aumentada no 2º e 3º trimestre
 - Estrógeno, progesterona, HPL (hormônio lactogênio placentário), corticoide: aumentada glicose (lipólise, proteólise, glicogenólise e neoglicogênese). Portanto a gestação é diabetogênica, aumenta a resistência à insulina.
- ✓ Adrenal:
 - Sofre ação do ACTH-like da placenta
 - Aumento de cortisol: resistência à insulina
 - Aumento da aldosterona: mas sem hipocalcemia e hipernatremia, e com pressão arterial normal.

Adaptação do sistema urinário

- ✓ O rim pode crescer até 1cm.
- ✓ Aumento da filtração glomerular: perde, através da urina, bicarbonato e glicose.
- ✓ Progesterona: perde mais sódio, queda do tônus vesical (nictúria e polaciúria)
- ✓ Hipotonicidade e hipomotilidade do ureter (estase e predisposição para infecção)
- ✓ Elevação vesical e alteração da estática pélvica.

Adaptação do aparelho digestório

- ✓ Náuseas, vômitos e alterações do apetite: a partir da 5ª até a 12ª semana.
- ✓ Boca: edema de gengiva com sangramento eventual, glândulas salivares hiperfuncionantes
- ✓ Aumento de sede e apetite
- ✓ Cárdia naus relaxada e aumento da pressão intra-abdominal, com predisposição para refluxo
- ✓ Estômago: hipotonia e hipoatividade das fibras musculares lisas, queda da secreção de HCl e aumento do tempo de esvaziamento gástrico.
- ✓ Intestino : transito mais lento. Aumento da absorção de água, favorecendo obstipação.
- ✓ Vesícula: hipotônica. Maior estase predispondo a litíase biliar.

Adaptação do aparelho respiratório

- ✓ Eritema e edema de mucosas
- ✓ Taquipneia e uso da musculatura acessória.
- ✓ Aumento da vascularização dos campos pulmonares

Pele e pelos

- ✓ Hiperpigmentação: cloasma, linha nigra. Proteção solar
- ✓ Estrias gravídicas
- ✓ Sinal de Halban: lanugem-aumento da pilificação.

Postura e deambulação

- ✓ Marcha anserina: pés para fora, acentuada lordose lombar
- ✓ Modificação do centro gravitacional por aumento de peso

Sistema	Modificação
Cardiovascular	
Debito cardíaco	Aumentado
Frequência cardíaca	Aumentada
Resistência vascular sistêmica	Diminuída
Resistência vascular pulmonar	Diminuída
Volume de ejeção	Aumentado
Pressão arterial	Diminuída
Hematologia	
Volume plasmático	Aumentado
Hemoglobina	Diminuída (média 12,5g/dl no final)

Fibrinogênio	Aumentado (300-600mg/dl)
Fatores VII, VIII, IX, X	Aumentados
Fatores XI, XIII	Diminuídos
TTP, PT	Leve diminuição
Antitrombina III, proteína C	Inalteradas
Proteína S	Diminuída
Plasminogênio	Aumentado
<i>Pulmonar</i>	
Frequência respiratória	Inalterada
Volume corrente	Aumentado
Ventilação mínima	Aumentada
Capacidade residual funcional	Diminuída
Volume residual	Diminuído
Alcalose respiratória	Inalterada
<i>Renal</i>	
Filtração glomerular	Aumentada
Fluxo de plasma	Aumentado
Creatinina	Diminuída
<i>Gastrointestinal</i>	
Motilidade gástrica	Diminuída
Transaminase	Aumentada
LDH, amilase	Inalteradas
Estase biliar	Diminuída
<i>Endócrino</i>	
Tireoglobulina	Aumentada
T4 total	Aumentada
T4 livre	Inalterada
T3	Aumentada
TSH	Inalterado
TRH	Inalterado
Prolactina	Aumentada
Cortisol	Aumentado
Aldosterona	Aumentada

Adaptações/Mudanças do útero

- ✓ Tamanho: 10ª semana acima da sínfise púbica; 20ª semana preenchimento dos fundos de saco na altura da cicatriz umbilical;
- ✓ Coloração vinhosa. Endométrio: aumenta vascularização (50 a 500ml/min), formação de novos vasos, reação decidual (aumento do tamanho das células do estroma)
- ✓ Chance de hidronefrose a direita na gravidez

Adaptações/Mudanças do Colo

- ✓ Sinal de Goodell: amolecimento do colo
- ✓ Ectopia: eversão da mucosa endocervical

- ✓ Tampões de Schroder: muco cervical espesso, opaco, viscoso que oblitera o canal cervical.
- ✓ Colo posterizado

Adaptações/Mudanças da Vagina

- ✓ Paredes aumentadas com perda de rugosidade (hipertrofia celular e edema)
- ✓ Sinal de Kluge: coloração arroxeadada: aumentada vascularização
- ✓ Sinal de Oslander : pulsação da artéria vaginal em fundo de saco.
- ✓ Aumento do fluxo vaginal: bacilos Doderline, maior concentração de glicogenólise que aumenta a concentração de ácido láctico com queda do pH.

Adaptações/Mudanças da Vulva

- ✓ Hipertrofia e vascularização aumentada

Adaptações/Mudanças das Mamas

- ✓ A partir da 5ª semana: aumento do volume (hipertrofia e hiperplasia) e hipersensibilidade (mastalgia).
- ✓ Rede venosa de Haller: aumento da vascularização, possibilidade de estrias vermelhas a partir da 16ª semana
- ✓ Mamilo: aumento do volume e pigmentação (da aréola, idem) a partir da 8ª semana
- ✓ Sinal de Hunter: auréola secundária menos pigmentada
- ✓ Tubérculos de Montgomery: hipertrofia de glândulas sebáceas
- ✓ Estrógeno : crescimento dos canais galactíferos ramificações e dilatação)
- ✓ Progesterona: secreção de colostro (a partir da 20ª semana)

Classificação de Risco

Acolhimento e Classificação de Risco



Grupo 1 Prioridade Máxima (Vermelho)

- ✓ Mulheres com ou sem confirmação de gravidez:
 - Convulsão em atividade.
 - Hipotensão (PAS \leq 80 mmHg).
 - Taquicardia (\geq 120 bpm).
 - Bradicardia (\leq 45 bpm).
 - Pele Fria, palidez acentuada / Perfusão limítrofe, sudorese, pulso fi no e síncope postural.
 - Insuficiência Respiratória.
 - Incapacidade de falar / Fala entrecortada.
 - Cianose.
 - FR \leq 10 irpm.
 - FR \geq 32 irpm.
 - Respiração Agônica / Dispneia Extrema / Fadiga muscular.
 - Uso de Musculatura Acessória.
- ✓ Gestante com:
 - Alteração do estado mental:
 - Não-responsiva / Déficit Cognitivo / Confusão mental.
 - Letargia / Agitação / Paralisia.
 - Intoxicação exógena.
 - Hipoglicemia (fazer glicemia capilar) com sudorese e/ou alteração do nível de consciência e/ou visão turva e/ou pulso anormal e/ou dispneia.
 - Alteração grave de comportamento com risco imediato de violência ou agressão contra si ou contra outrem.
- ✓ Trabalho de parto.
 - Período expulsivo.
- ✓ Hemorragia genital e / ou dor aguda (\geq 8 / 10).
- ✓ Prolapso de cordão.
- ✓ Exteriorização de partes fetais pelos genitais.
- ✓ Pós parto imediato (mãe e criança) – Parto no trajeto ou domiciliar.

Grupo 2 Prioridade 1 Muito Urgente (Laranja)

- ✓ Gravidez > 20 semanas
 - Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos).
 - Ausência de Movimentos Fetais.
- ✓ Gestante ou puérpera.
 - Hipertensão com PA $\geq 160 \times 100$ mmHg.
 - Hipertensão com PA $\geq 140 \times 100$ mmHg com: Cefaléia, Epigastralgia, Alterações visuais.
 - Febre. TAX ≥ 40 °C, associada a Toxemia, alteração mental.
 - Doença psiquiátrica com rigidez de membros.
 - Relato de convulsão em pós comicial.
- ✓ Não gestante com dor abdominal aguda, de forte intensidade (8-10/10) associada à náusea e/ou vômito e/ou sudorese e/ou sangramento genital com suspeita de gravidez.

Grupo 3 Prioridade 2 – Urgente (Amarelo)

- ✓ Hipertensão em gestante ou puérpera.
 - PA $\geq 140 \times 90$ mmHg e $< 160 \times 100$ mmHg.
- ✓ Gestante com:
 - Sangramento genital e / ou dor.
 - Dor ($\geq 4 / 10$) e ($\leq 8 / 10$).
 - Sem repercussões hemodinâmicas.
 - Êmese ou hiperêmese.
 - Sinais de desidratação como:
 - Letargia.
 - Mucosas Secas.
 - Turgor Pastoso.
- ✓ Paciente com ou sem confirmação de gravidez e puérpera.
 - Febre (TAX $\geq 38,5$ °C e < 40 °C).
- ✓ Queixa ligada à amamentação.
 - Hiperemia, dor e febre.
 - Sinais de abscesso.
- ✓ Situações Especiais.
 - Referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico e com diagnóstico de urgência.

- • Vítima de violência.
- ✓ Paciente não grávida com corrimento genital associado a dor e febre.

Grupo 4 Prioridade 3 - Pouco Urgente (Verde)

- ✓ Gestantes com febre. TAX < 38,5 °C.
- ✓ Êmese ou hiperêmese , sem sinais de desidratação.
- ✓ Dor abdominal aguda, de moderada a leve intensidade (< 4 / 10), sem contrações – avaliar dinâmica uterina.
- ✓ Queixas urinárias: algúria, disúria. Febre.
- ✓ Sintomas Gripais, sem dispnéia.
- ✓ Avaliação de Ferida Operatória, com suspeita de infecção superficial.
- ✓ Sinais de Bartholinite.
- ✓ Gestante do Pré-natal de Alto Risco, sem queixas que demandem atendimento de urgência.
- ✓ Queixas ligadas à Amamentação, tais como ingurgitamento mamário, dificuldade ligada à amamentação.
- ✓ Gestantes com queixa de perdas de líquido.
- ✓ Risco Social.
 - Encaminhar ao Serviço Social (exceto casos de vítima de violência).
 - Gestante de Risco Habitual.
 - Queixas não sanadas no Centro de Saúde.
 - Encaminhamentos do Centro de Saúde, não enquadradas nas situações de urgência.
 - Gestantes escoltadas.

Grupo 5 Prioridade 4- Não Urgente (Azul)

- ✓ Consultas de baixa complexidade.
- ✓ Consulta pré-natal sem procura prévia a Unidade Básica de Saúde.
- ✓ Questões sociais sem acometimento clínico.
- ✓ Curativos.
- ✓ Trocas ou requisição de receitas.
- ✓ Dor pélvica crônica ou recorrente.
- ✓ Atraso menstrual sem dor abdominal e/ou sangramento genital (para diagnóstico de gravidez).
- ✓ Irregularidades menstruais, hipermenorréia/menorragia sem alteração de dados vitais, ou seja, sangramento genital que não configure urgência.

- ✓ Problemas com contracepção oral/injetável.
- ✓ Retirada de DIU ainda que com fio não visível.
- ✓ Avaliação cirúrgica.
- ✓ Retirada de pontos.
- ✓ Avaliações de exames solicitados em caráter eletivo.
- ✓ Exame preventivo.
- ✓ Solicitação de atestado médico.

Chaves de decisão dos fluxogramas:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental
2. Avaliação da respiração e ventilação
3. Avaliação da circulação
4. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos)
5. Fatores de risco (agravantes presentes)

Avaliação sumária do nível de consciência: Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.

Análise Primária: o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

- ✓ Vias Aéreas: incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
- ✓ Respiração: a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, gasping ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.
- ✓ Circulação: a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.
- ✓ Hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida.
 - A hemorragia exanguinante seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
 - Sangramento intenso: perda brusca \geq 150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
 - Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);

- Sangramento leve: ≥ 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

Tabela 1- Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas:

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	≥ 140 ou ≤ 59 bpm Em paciente sintomática
≥ 160 mmHg	≥ 110 mmHg	≥ 140 ou ≤ 50 Em paciente assintomática
≥ 140 mmHg a 159 mmHg com sintomas	≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

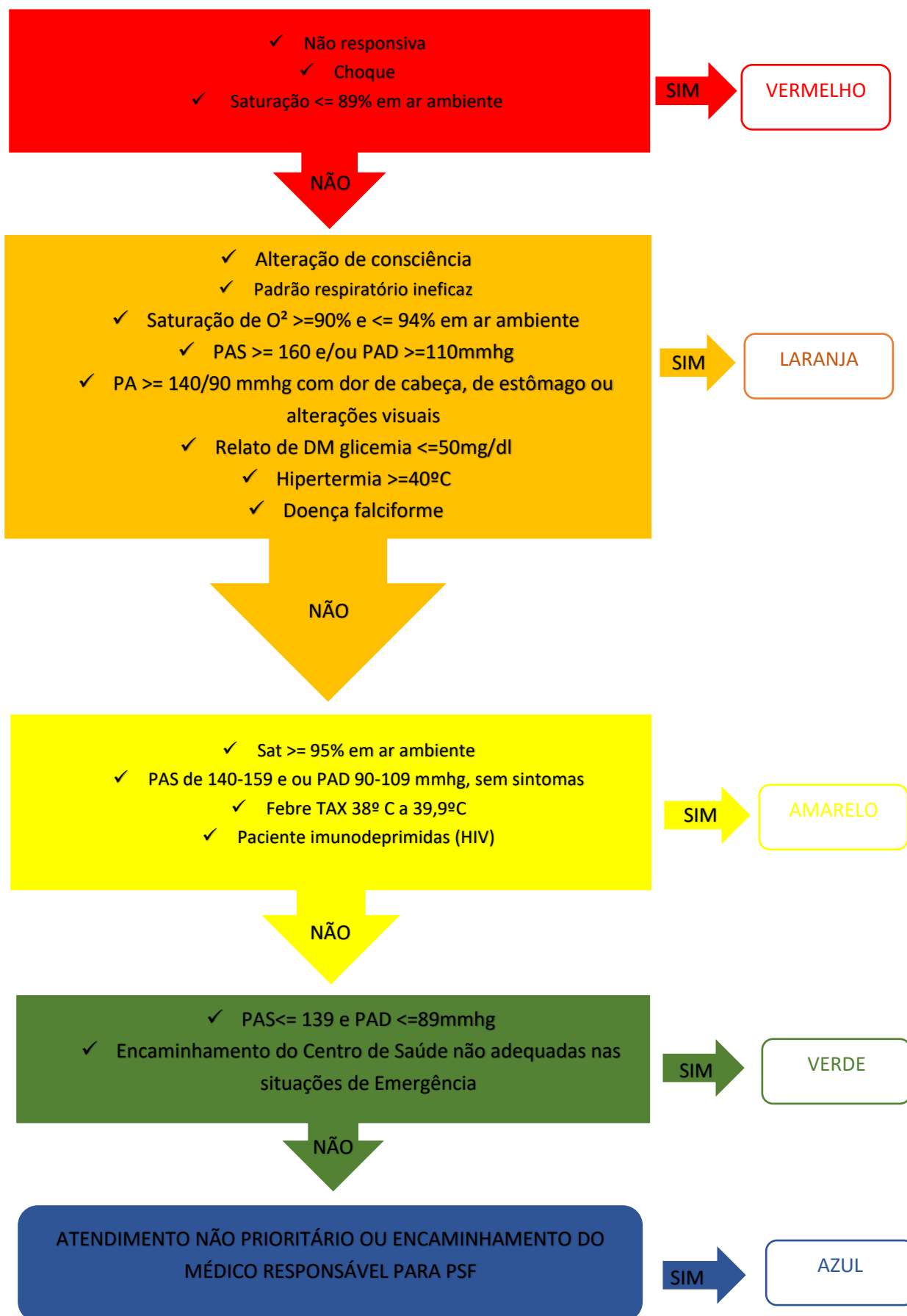
Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais)

Tabela 2- Parâmetros de Avaliação da Glicemia

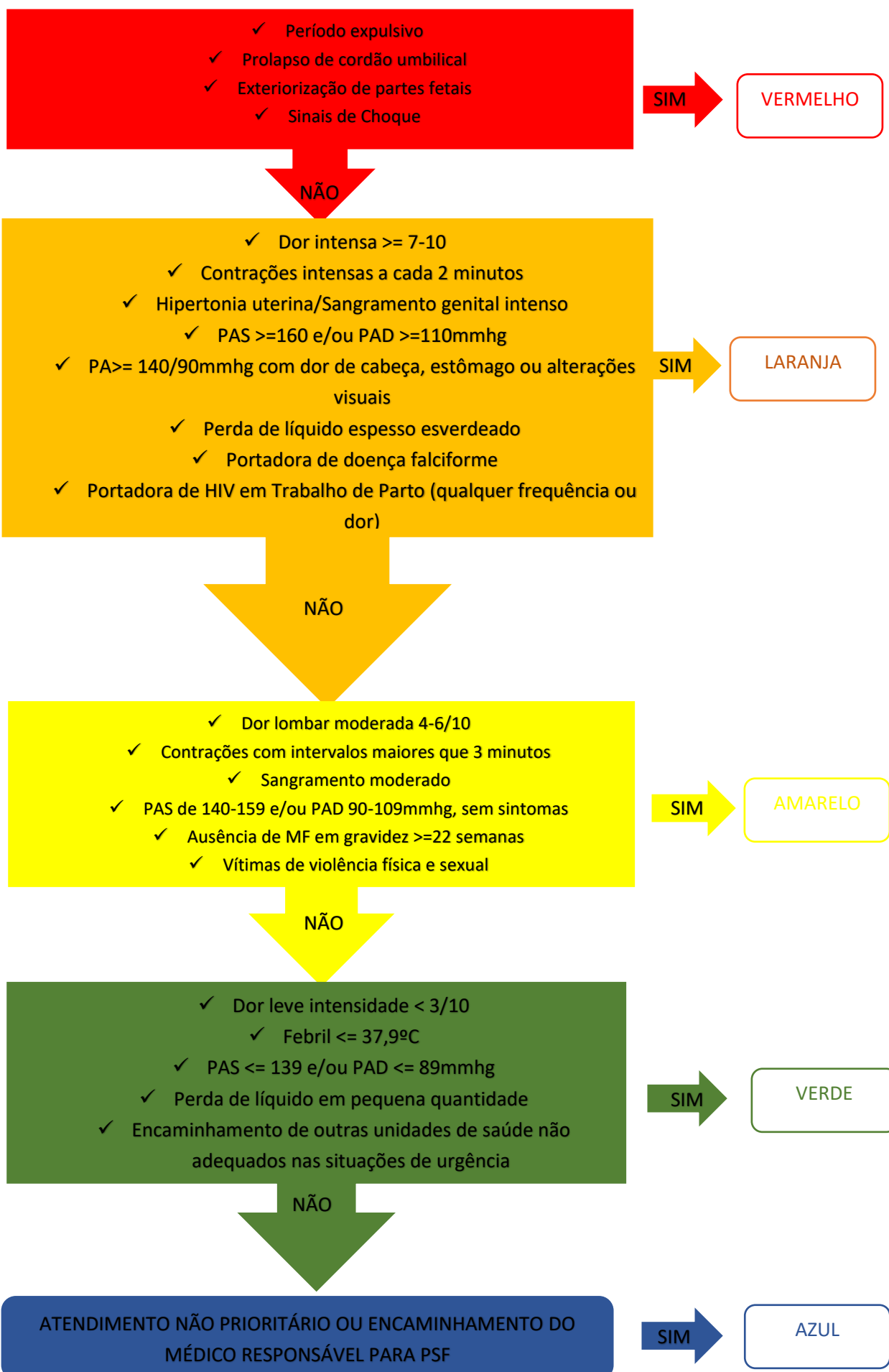
Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia > 300 mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia > 200 mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia < 50 mg/dl

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012

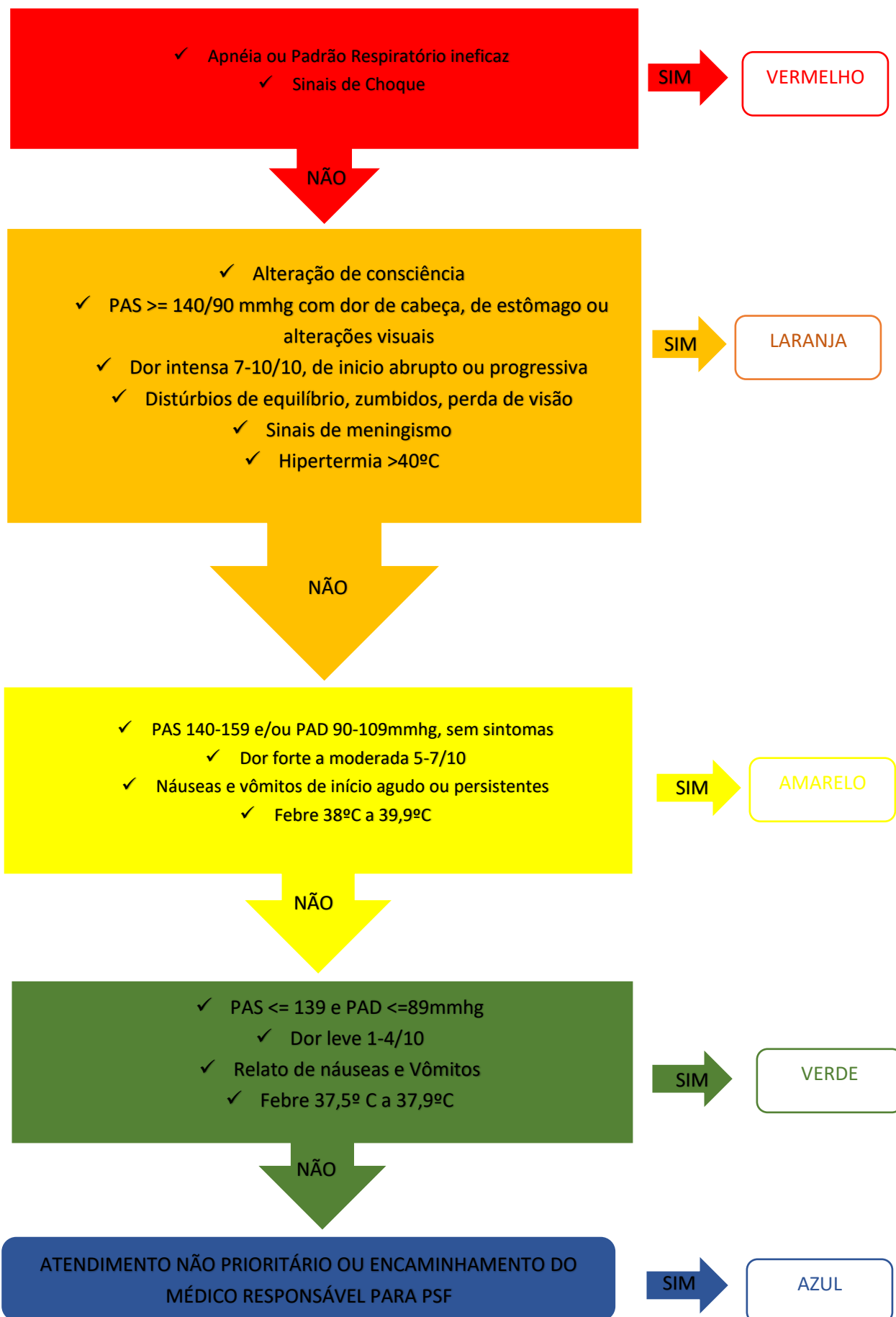
DESMAIO /MAL ESTAR GERAL



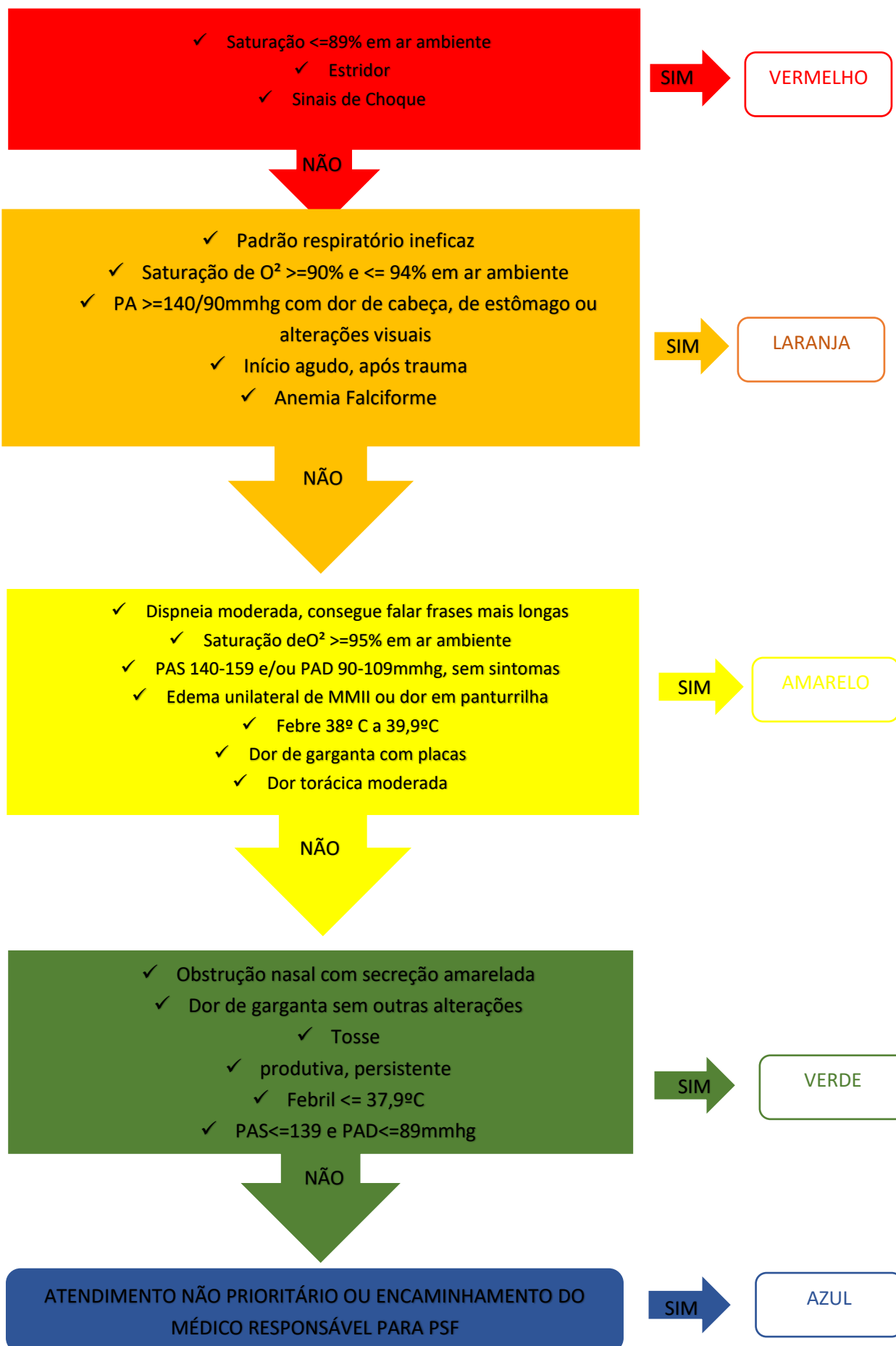
DOR ABDOMINAL/ LOMBAR/ CONTRAÇÕES UTERINAS



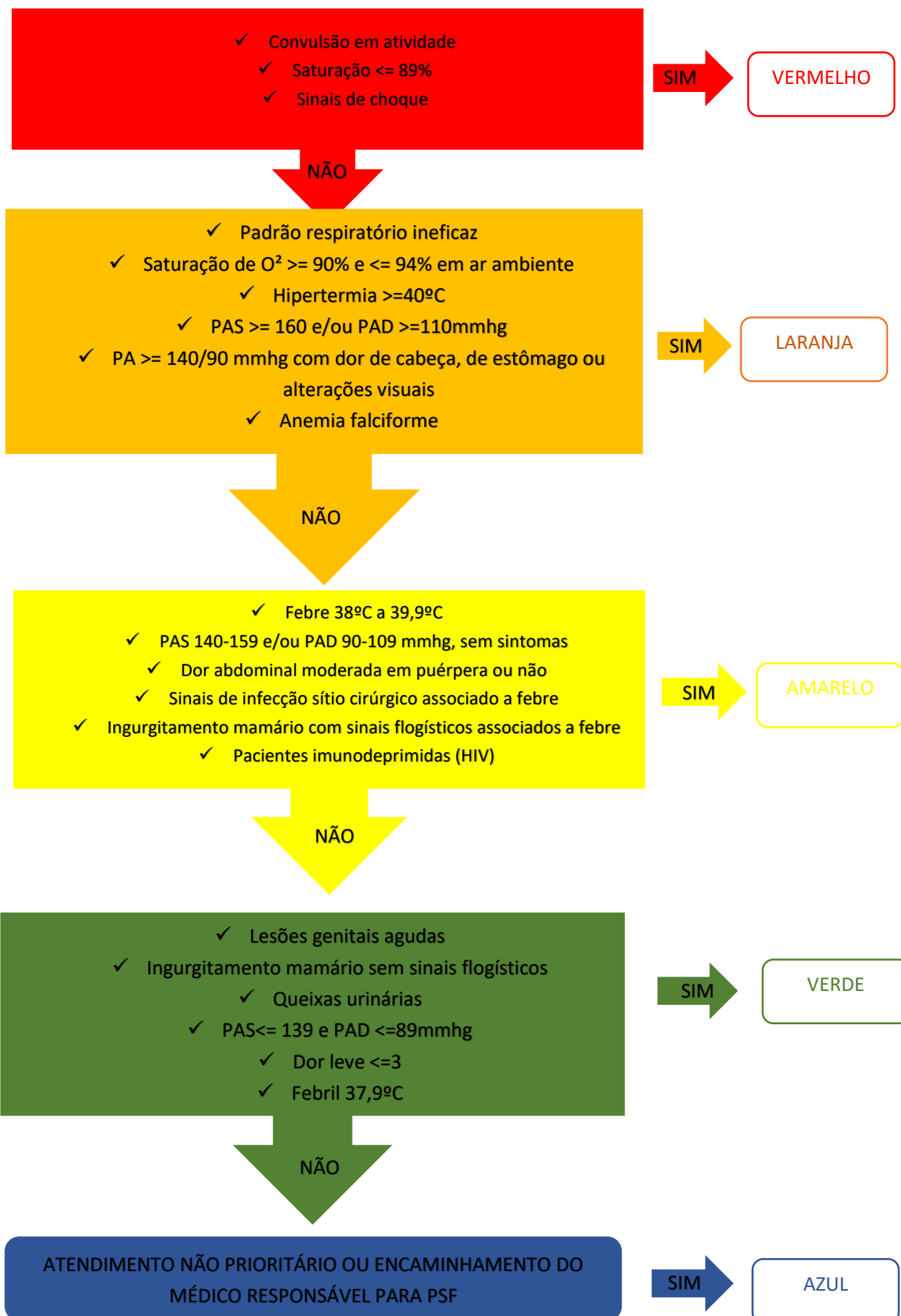
DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM



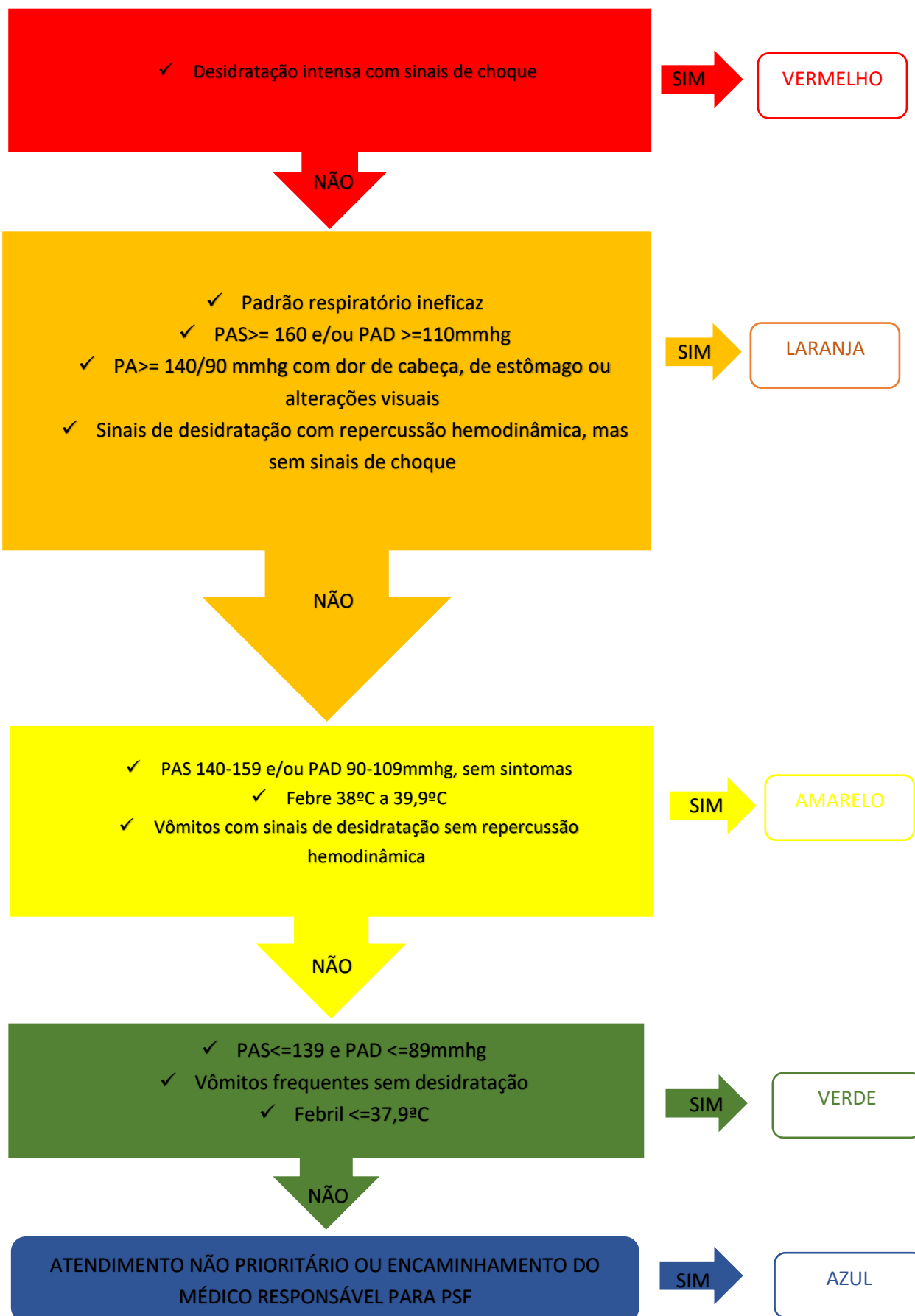
FALTA DE AR / SINTOMAS RESPIRATÓRIOS



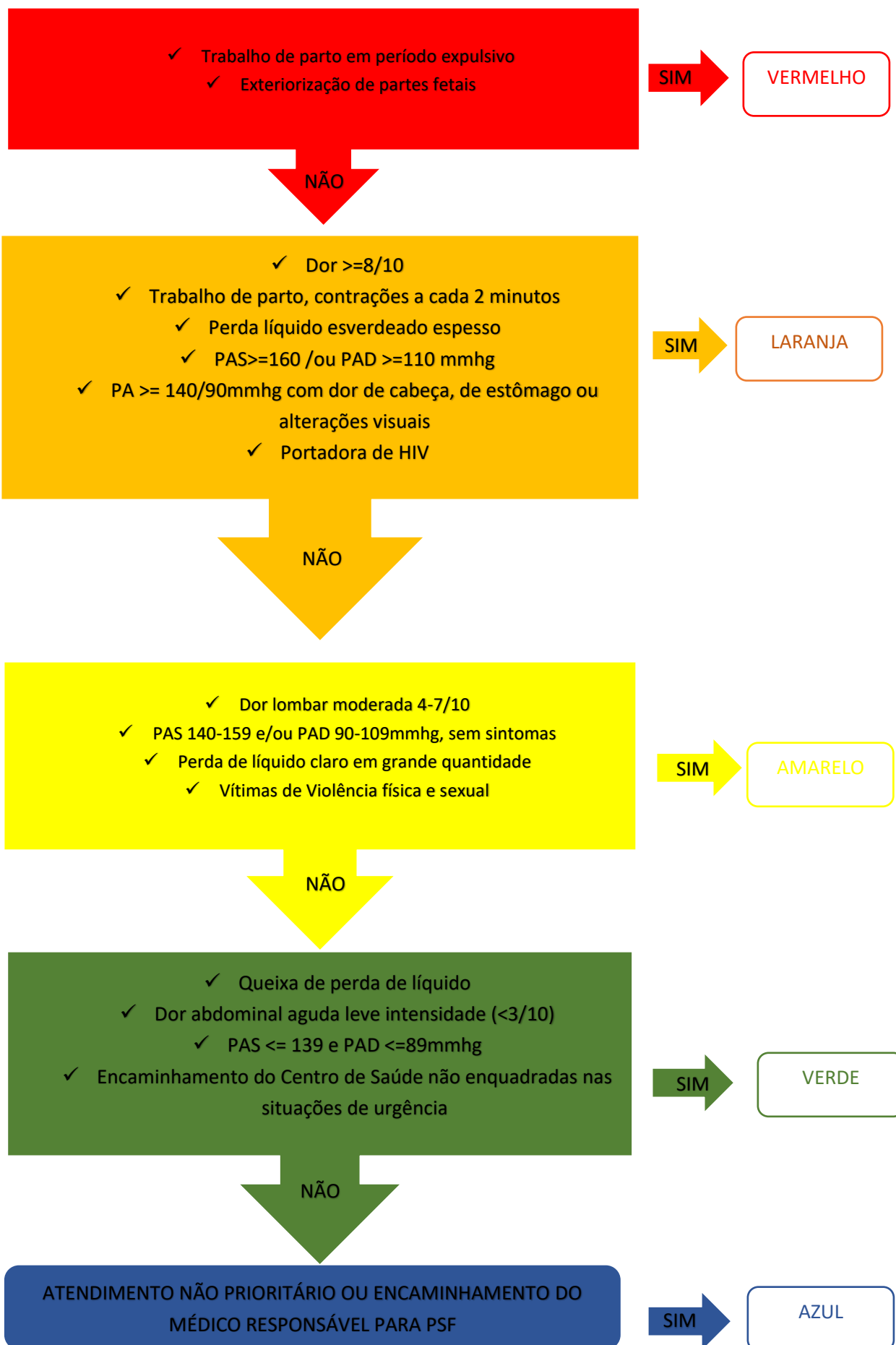
FEBRE / SINAIS DE INFECÇÃO



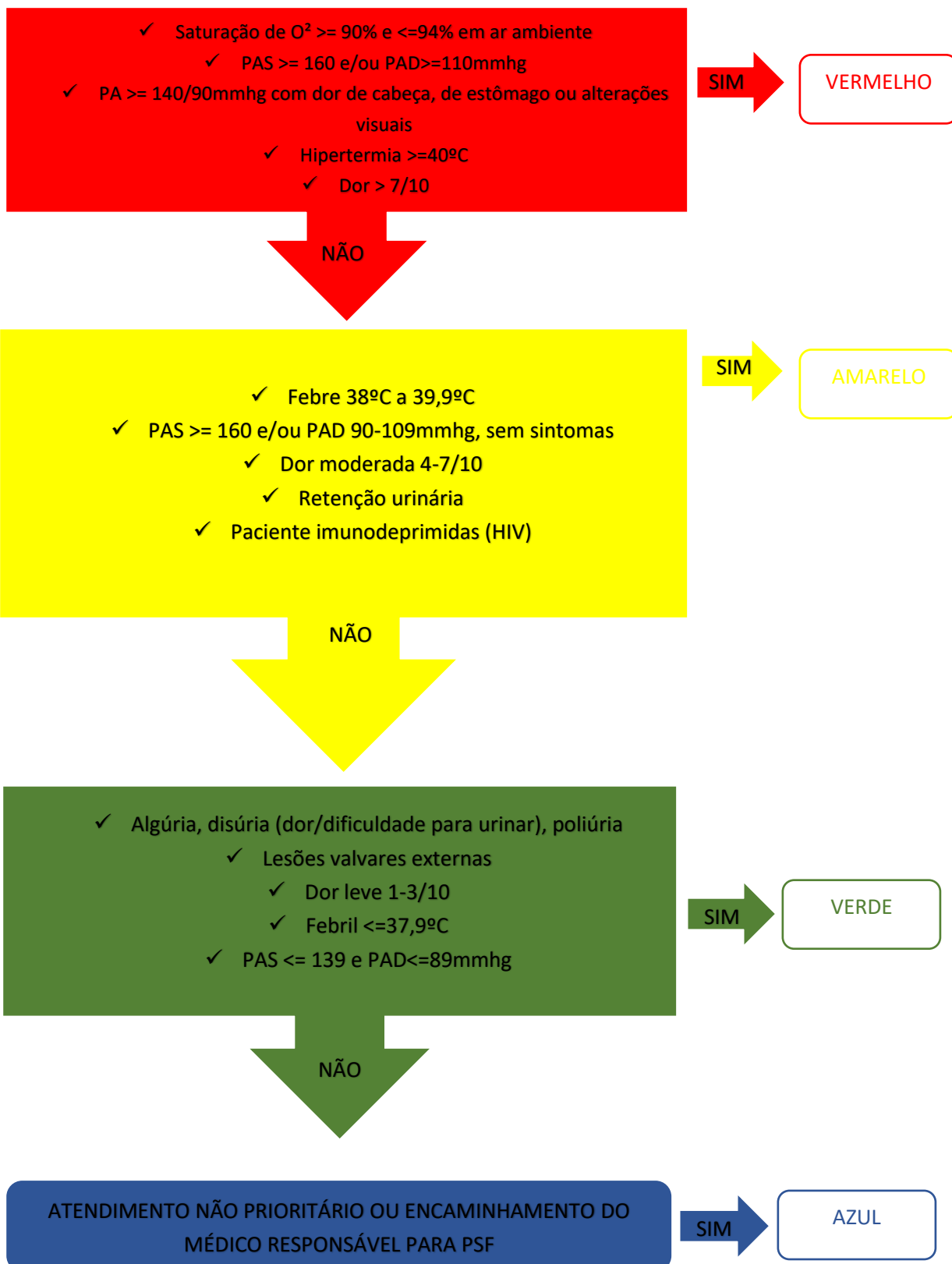
NÁUSEAS E VÔMITOS



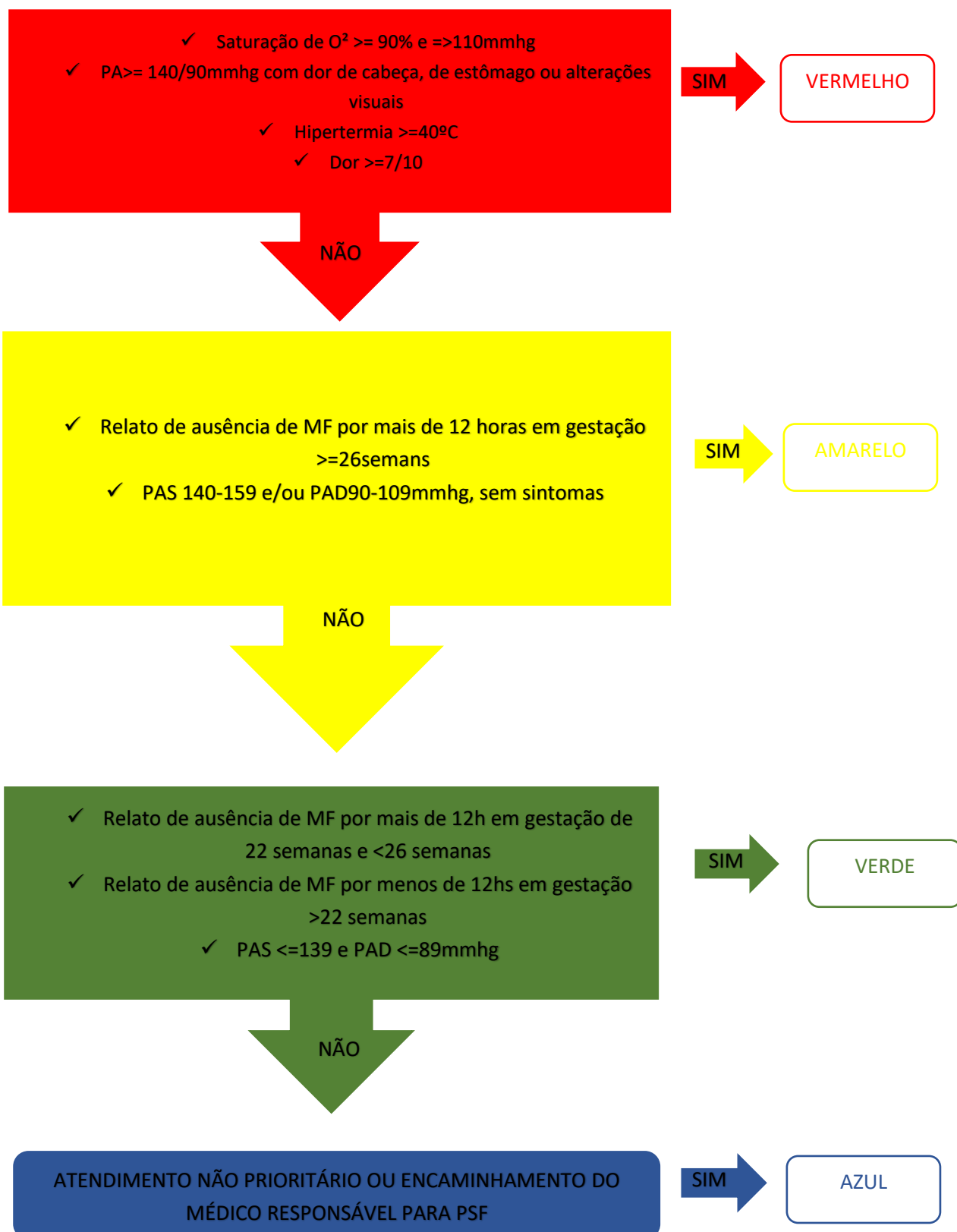
PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL



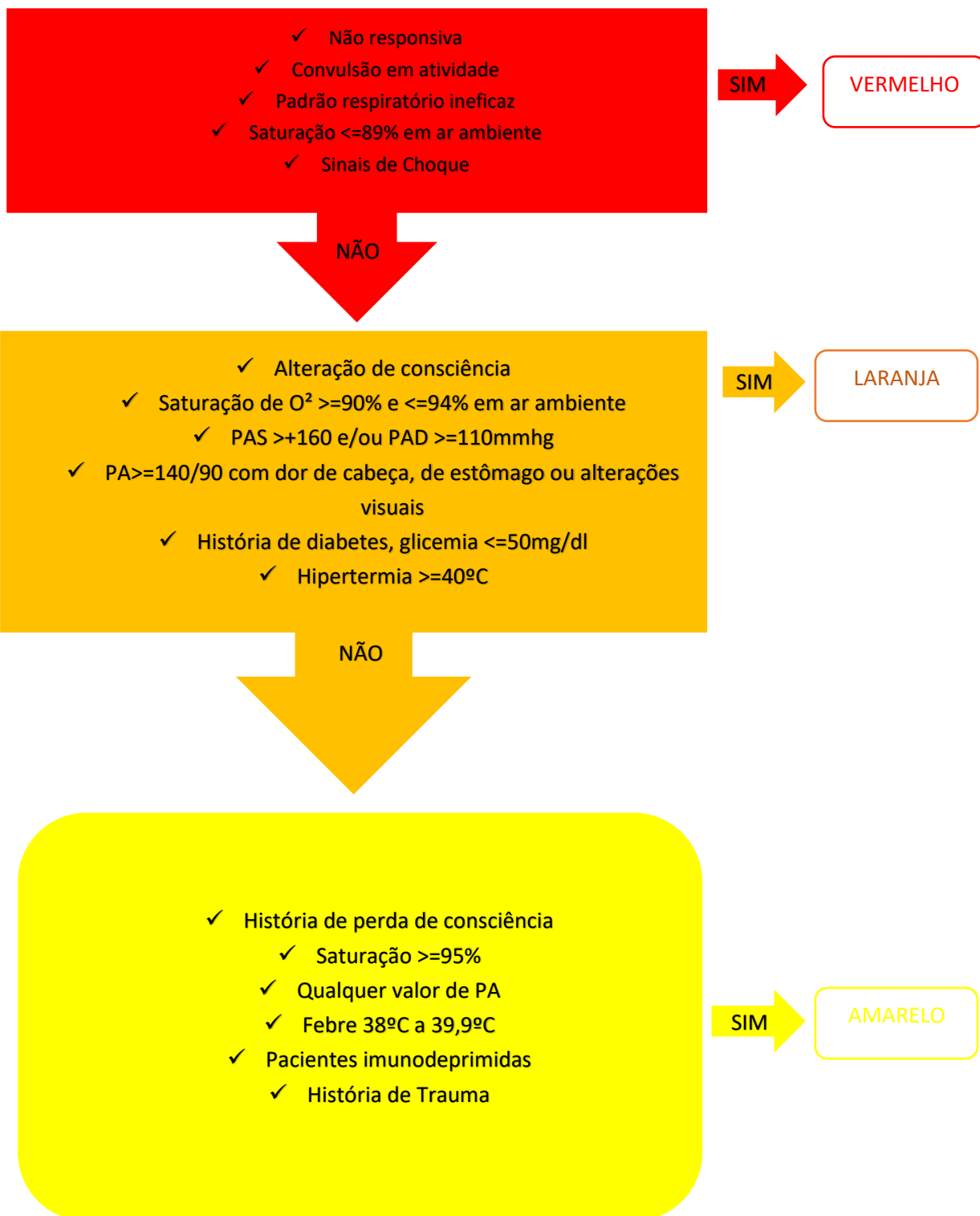
QUEIXAS URINÁRIAS



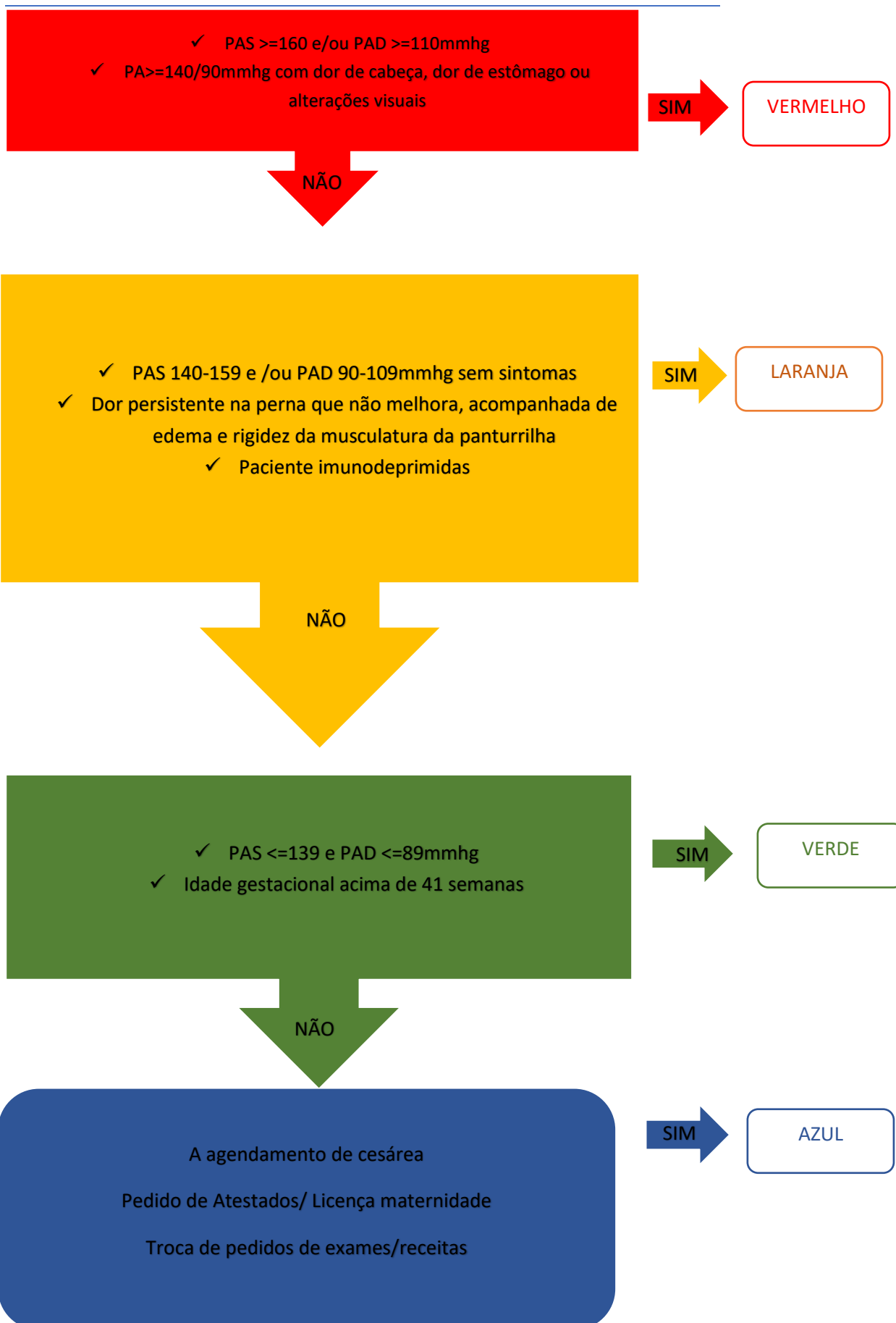
PARADA / REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



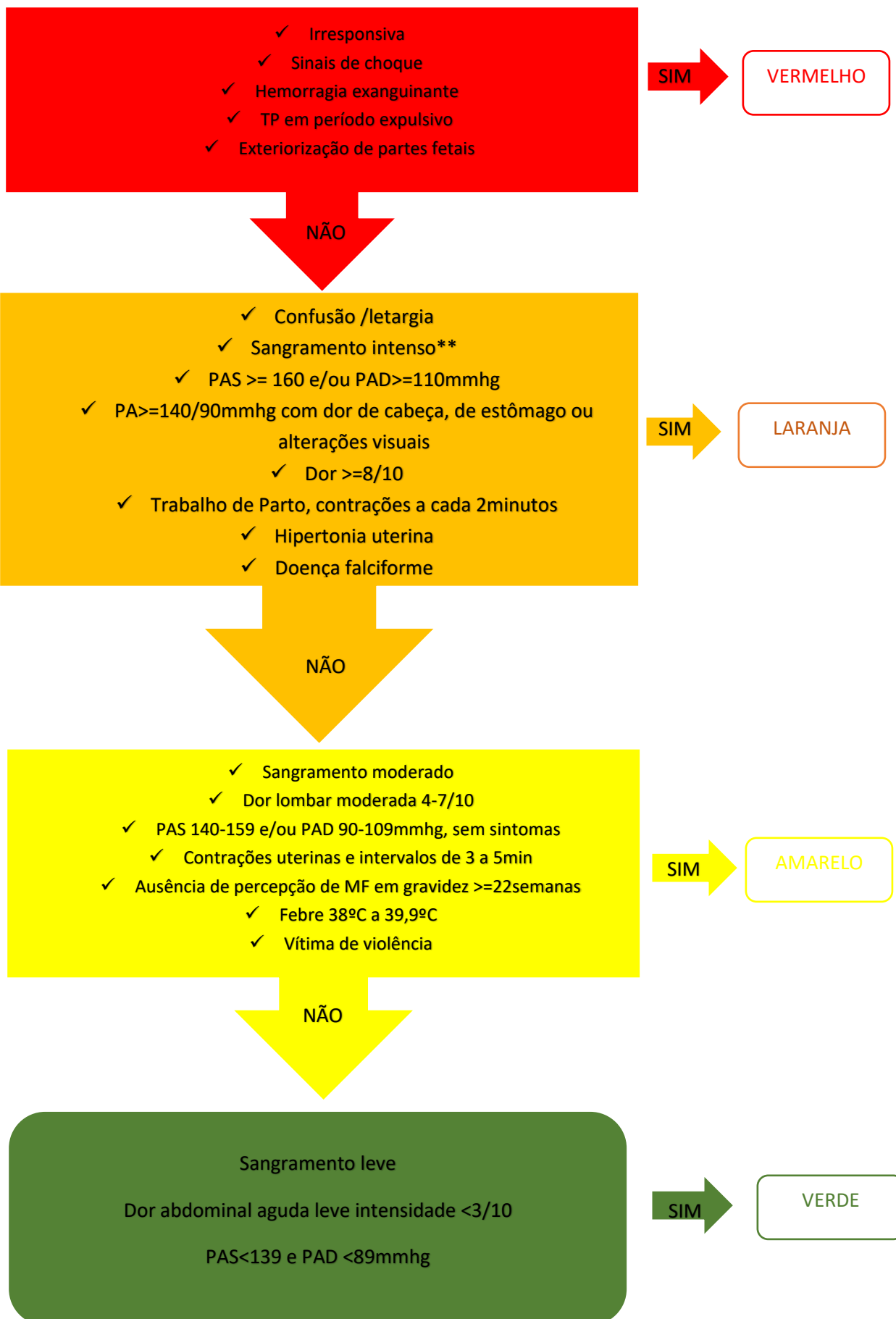
RELATO DE CONVULSÃO



OUTRAS QUEIXAS/PACIENTES ENCAMINHADAS DE OUTRAS UNIDADES SEM REFERENCIAMENTO



PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL



**Volume aproximado de perda sanguínea	FC	PAS
Exanguinante: perda $\geq 1.500\text{ml}$, um lençol enxarcado abruptamente	≥ 120	PAS ≤ 70
Sangramento intenso: perda brusca 150ml em 20min, mais de 2 absorventes noturnos	100-119	PAS ≤ 71 a 80
Moderado: 60 a 150ml em 20min , 01 absorvente noturno	91-100	Levemente hipotensa
Leve: $< 60\text{ml}$ em 6horas, 01 absorvente normal	≤ 90	Normal

Intercorrências
Obstétricas

ABORTAMENTO

Interrupção da gestação antes da 22ª semana de gestação ou com conceito com peso inferior a 500 gramas. É dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio entre 13ª e 22 semanas de gestação.

A maioria dos abortamentos ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação, as anormalidades cromossômicas são as causas mais frequentes.

Fatores de Risco

- ✓ Idade materna avançada
- ✓ Doenças Maternas graves
- ✓ Saaf
- ✓ Infecções
- ✓ Anormalidades Cromossômicas
- ✓ Consumos de Álcool de drogas
- ✓ Abortamento prévio
- ✓ Incompetência Istmo-cervical
- ✓ Traumatismos
- ✓ Intoxicações
- ✓ Tabagismo
- ✓ Deformidades uterinas

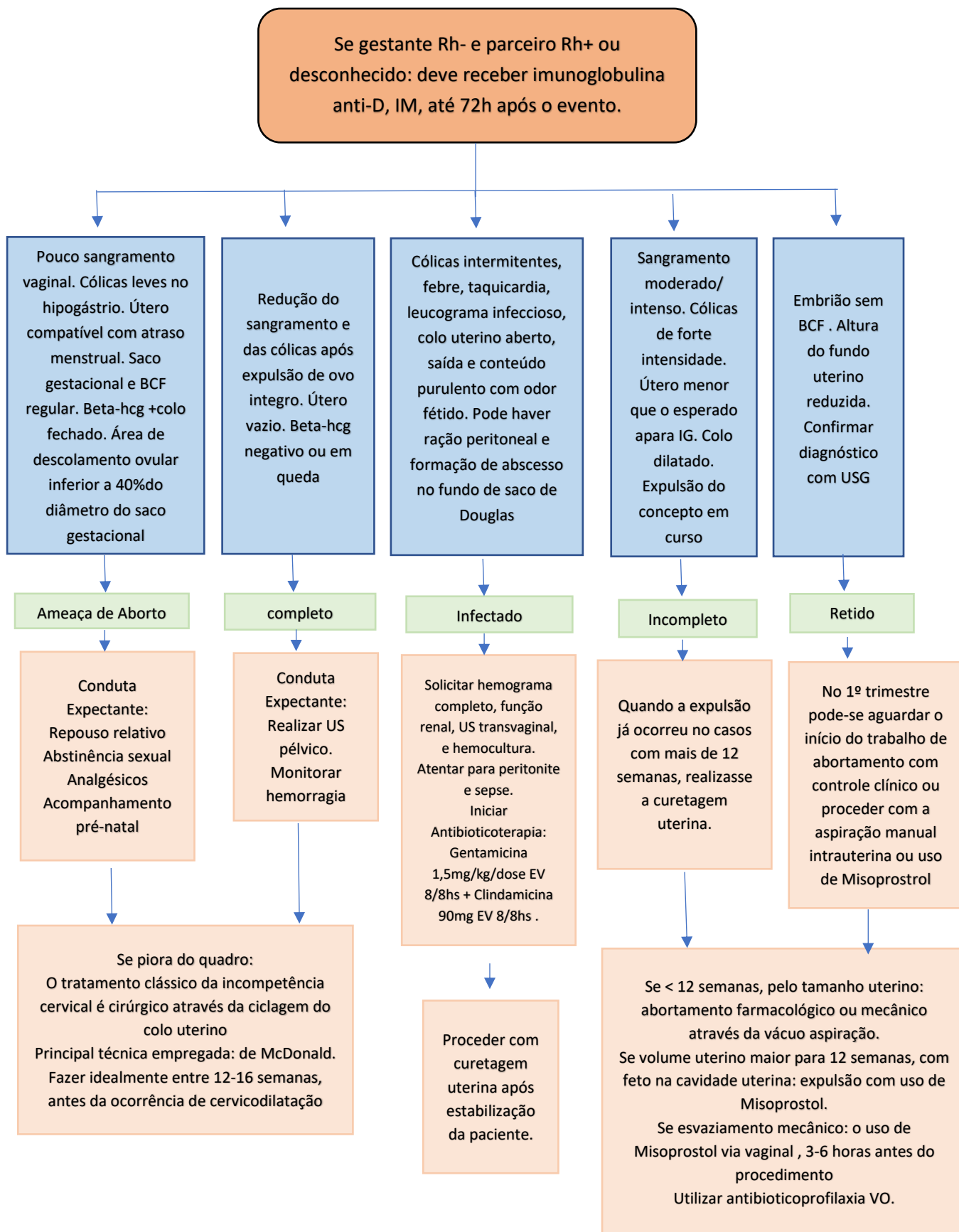
Causas

- ✓ Aborto precoce
 - Causas genéticas
 - Endócrina (baixa de progesterona)
 - Infeciosas
 - Uterinas
- ✓ Abortamento tardio
 - Incompetência istmo cervical
 - Infecções
 - Anomalias uterinas
 - Endocrinopatias maternas
 - Doença trombolíticas
 - Síndrome antifosfolipídica

Condutas equipe de enfermagem:

- ✓ Acolher avaliar sinais vitais (PA, BCF, glicemia, Tax);
- ✓ Classificar risco, solicitar abordagem médica;
- ✓ Encaminhar e acomodar a paciente na sala de pré- parto;
- ✓ Realizar testes rápidos HIV, HBSAG, HCV e Sífilis;
- ✓ Solicitar exame para determinação de grupo sanguíneo, fator RH e Coombs indireto.
- ✓ Se Coombs indireto negativo, administrar imunoglobulina anti-RH, conforme prescrição médica.
- ✓ Evoluir paciente em prontuário próprio;
- ✓ Anexar ao prontuário cópia da caderneta da gestante;
- ✓ Comunicar intercorrências ao médico responsável.

Condução



HIPERÊMESE GRAVÍDICA

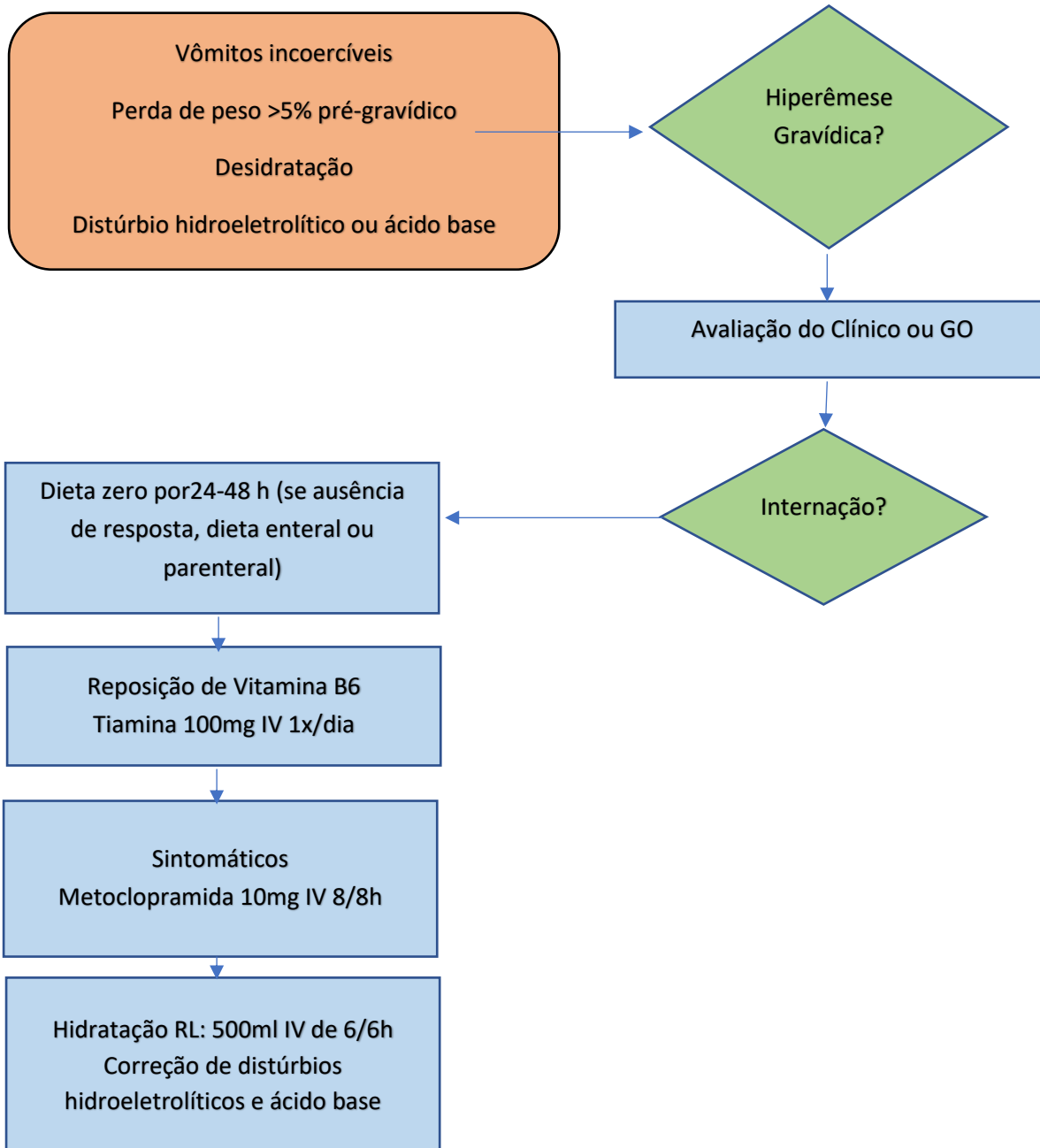
Geralmente se iniciam na 8ª semana persistindo até 16ª semana, podendo levar a desidratação e desnutrição nos casos graves.

Critérios de gravidade da hiperêmese gravídica
Perda de peso igual ou maior que 5% do peso pré-gravídico
Presença de cetonúria (++) ou maior em amostra única de urina
Desidratação evidente pelo turgor ou por baixa diurese (<500 ml/dia)
Alterações do ionograma (hiponatremia, hipopotassemia)

Avaliação materna e fetal para diferenciação dos quadros de vômito na Gravidez

- ✓ Ultrassom (afastar mola hidatiforme e gemelaridade)
- ✓ Urina rotina e Gram de gota de urina
- ✓ Urocultura
- ✓ Provas de função hepática (bilirrubinas, fosfatase alcalina, desidrogenase, transaminases)
- ✓ Avaliação endócrina - dosagem de ACTH e TSH
- ✓ Hemograma

Conduta Clínica:



ANEMIAS NA GRAVIDEZ

Grupo de risco

- ✓ Mulheres com intervalo entre parto menor que 18 meses ou gestações sucessivas;
- ✓ Baixa condição socioeconômica;
- ✓ Adolescentes (risco maior quanto mais próxima tiver sido a menarca);
- ✓ Dietas vegetarianas e utilização de regimes alimentares;
- ✓ Alcoólatras;
- ✓ Portadoras de intercorrências clínicas como hipertireoidismo, lúpus, insuficiência renal e outras.

Hemograma (valores de referência)

Período	Hemoglobina	Hematócrito
Não grávida	12,0g%	36%
1º Trimestre	11,0g%	33%
2º Trimestre	10,5g%	32%
3º Trimestre	11,0g%	33%

Exames Complementares

- ✓ Carências
 - Dosagem sérica de ferro e ferritina. Nos casos de anemia megaloblástica, realizar dosagem sérica de B12 e ácido fólico
- ✓ Hemolíticas
 - Fosfatase alcalina e dosagem de bilirrubinas.
 - Solicitar também eletroforese de hemoglobina, fator antinuclear (FAN) e avaliar uso de fármacos.
 - Pesquisa por teste de Coombs indireto (autoimune hemolítica)

Conduta Clínica:

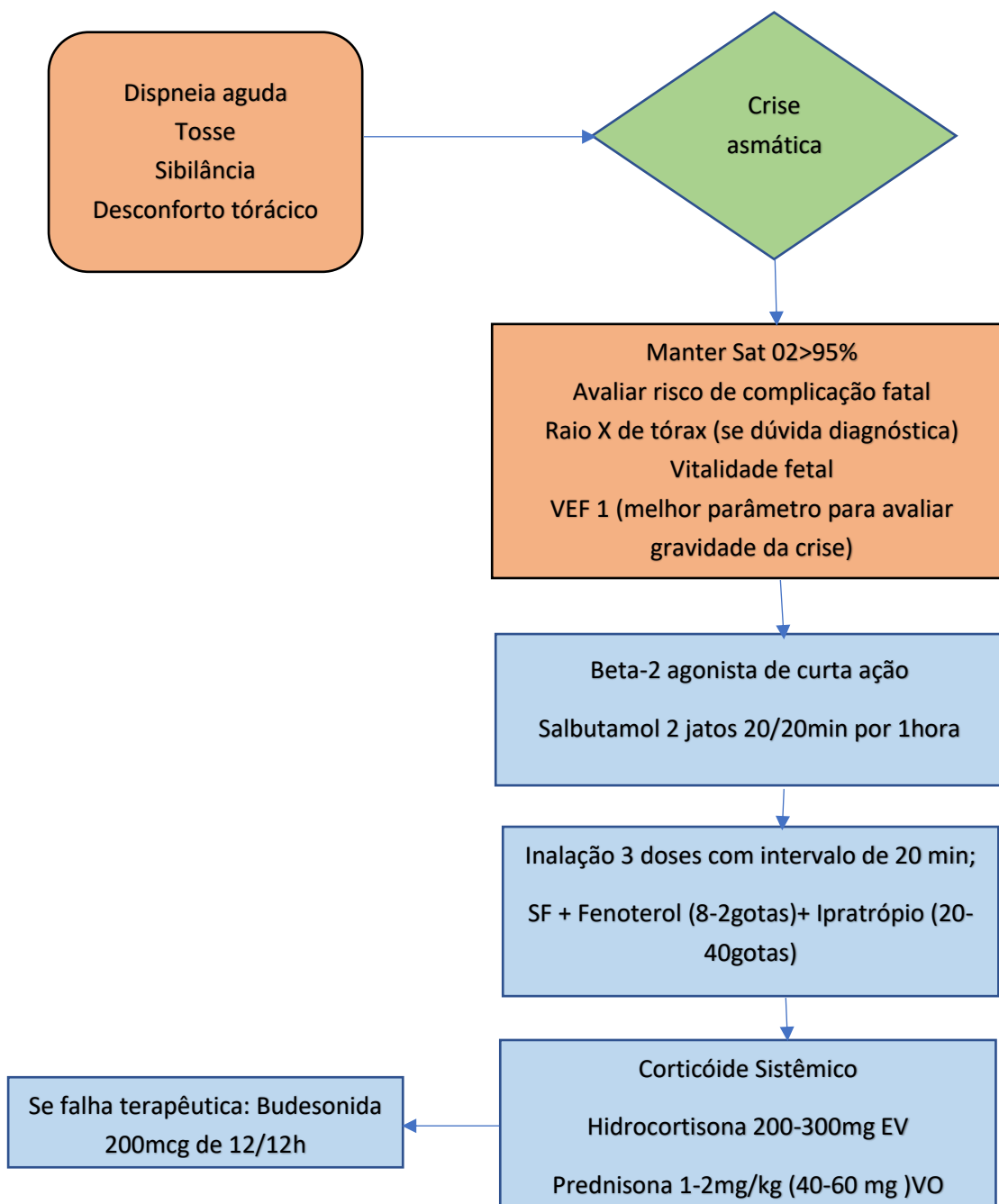
- ✓ Sulfato Ferroso, VO, 300 a 600mg/dia, que vão fornecer 20% de ferro elemento para absorção.

Conduta de Enfermagem

- ✓ Orientar ingestão da medicação, 30 minutos antes da refeição. Não ingerir com leite.

ASMA

- ✓ Pneumopatia obstrutiva reversível das vias aéreas secundárias à hipersensibilidade, pode levar a complicações maternas e fetais.
- ✓ Bloqueio do ar devido ao edema da parede brônquial e à presença de secreções mucosas.
- ✓ Eventos desencadeantes: infecções, ar frio, alérgenos, farmacológicos (AINEs)



- ✓ Exacerbações de Asma no primeiro trimestre aumentam o risco de malformações fetais: musculoesqueléticas e cardíacas
- ✓ A gestação pode ser levada até 40 semanas se paciente estável clinicamente e com doença compensada – asma grave refratária a tratamento deve-se interromper com 37 semanas ou menos.

INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO

A infecção do trato urinário (ITU) representa uma das afecções mais comuns, complicando cerca de 20% das gestações, justificando 10% das internações em gestantes, podendo ter evolução desfavorável para mãe e concepto, apesar da antibioticoterapia adequadamente instituída. Tal afecção pode apresentar-se sintomática ou completamente assintomática, como na bacteriúria assintomática, na qual é encontrada a presença de bacteriúria ($\geq 10^5$ UFC/ml) na ausência de qualquer sintomatologia. Pacientes sintomáticas podem ter quadro de ITU baixa (cistite) ou mesmo de ITU alta (pielonefrite), podendo evoluir rapidamente para bacteremia e urosepse.

Etiologia

- Escherichia coli (85 - 90% dos casos);
- Klebsiella, Enterobacter (3% cada);
- Enterococcus;
- Streptococcus do grupo B (10%);
- Staphylococcus coagulase negativa;
- Proteus (2%);
- Pseudomonas;
- Citrobacter.

Fatores Predisponentes

- Aumento da progesterona: relaxamento da musculatura lisa, diminuição do tônus e peristaltismo ureteral facilitando a estase urinária e ascensão bacteriana;
- Aumento do volume urinário pelo aumento da taxa de filtração glomerular;
- Compressão do trato urinário pelo aumento uterino;
- Outros fatores não relacionados com a gestação: válvulas ou estenose congênita de uretra e ureter, cálculos, rins policísticos, distúrbios funcionais da bexiga, obstrução do colo vesical, diabetes, imunossupressão da gravidez (redução de IL-06 e anticorpos contra E. coli).

Diagnóstico

- ✓ Alteração no padrão miccional tem pouca relevância)
- ✓ Exame urina rotina, Gram de gota
- ✓ Polaciúria
- ✓ Dor lombar
- ✓ Febre
- ✓ Concentrações comuns nos quadros de pielonefrite)
- ✓ Urocultura com contagem acima de 100.000 colônias/ml.

Conduta Clínica

Tipo de infecção	Conduta
<i>Bacteriúria assintomática</i>	<p>Presença de mais de 100.000 colônias por ml de urina (urocultura) sem sintomatologia.</p> <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fosfomicina 3g, VO em dose única; ✓ Nitrofurantoína : 100mg, VO de 6/6 horas durante 7 dias ✓ Cefalexina: 500mg, VO de 06/06 horas durante 7 dias ✓ Sulfametoxazol-Trimetropim 800/160mg, oral, de 12/12 horas, por 3 dias. <p>Repetir urocultura 07 dias após término do tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se urocultura positiva: Tratar novamente de acordo com antibiograma; ▪ Se urocultura negativa: Repetir o exame a cada um ou dois meses até final da gestação; • Bacteriúria persistente após dois cursos de tratamento, manter Nitrofurantoína, 100mg, oral, à noite, até a gestação atingir o termo. Esvaziar a bexiga antes de dormir; • Pacientes com infecção do trato urinário de repetição relacionadas com relações sexuais, devem fazer profilaxia com Nitrofurantoína (100mg, oral) ou Cefalexina (500mg, oral) após o coito.
<i>Infecção urinária baixa</i>	<p>Presença de sintomas , qualquer quantidade de colônias na urocultura.</p> <p>Tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nitrofurantoína: 100mg, VO de 6/6 horas durante 7 dias ✓ Cefalexina: 500mg, VO de 06/06 horas durante 7 dias ✓ Sulfametoxazol-Trimetropim 800/160mg, oral, de 12/12 horas, por 3 dias.
<i>Pielonefrite</i>	<p>Urocultura com mais de 100.000 colônias/ml, com sintomas. Avaliar internação</p> <p>Tratamento:</p> <p>Cefazolina: 1g, IV, 4/4h, até que a gestante esteja afebril e com melhora dos sintomas por 24-48h;</p> <p>Continuar com medicação oral por 10 dias, de acordo com antibiograma: Cefalexina 500mg, 6/6h;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de resposta clínica após 48-72h: Trocar o antibiótico de acordo com a sensibilidade (antibiograma); ▪ Caso o antibiograma não esteja disponível: Substituir empiricamente por cefalosporina de 3ª geração. Utilizar ceftriaxona 2g/dia. Manter por 5 dias após resposta terapêutica. Pesquisar fatores predisponentes (cálculos, patologia obstrutiva, anomalia estrutural, etc.): <p>– Ultrassonografia de rins e vias urinárias;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorar sinais vitais e diurese; ▪ Hemograma completo e creatinina sérica; ▪ Outros exames de acordo com a gravidade do caso.
<i>Controle de resposta Terapêutica</i>	<p>Antes da alta hospitalar deve apresentar resultado de exame de Gram de gota negativo</p> <p>Controle de cura: repetir urocultura 1 semana do término do tratamento em todos os quadros</p>
<i>Controle dos sintomas</i>	<p>Em caso de febre – Paracetamol 750mg, VO de 8/8 horas</p> <p>Dor lombar intensa: Piroxicam 20m/dia, VO</p> <p>Manter ingestão de 2 litros de líquidos ao dia</p>
<i>Recidivas</i>	<p>As recidivas ou reinfecções na gestante indicam a necessidade de quimioprofilaxia a ser realizada até quinze dias antes da data provável do parto. Ente esquema deve ser realizado com nitrofurantoína: 100mg , VO de 12/12 horas</p>

Seguimento

- Urocultura 7 dias após conclusão da terapia;
- Se negativa: Profilaxia com terapia de supressão antimicrobiana, até o término da gestação (Nitrofurantoína 100mg/dia, Cefalexina 250mg/dia, Ampicilina 250mg/dia);
- Se positiva com mesmo patógeno: recidiva; se com patógeno diferente, 3 semanas após o tratamento: reinfecção;
- Excluir anomalia estrutural do aparelho urinário, cálculos ou doença obstrutiva. Tratar novamente a paciente conforme antibiograma;
- Repetir urocultura mensalmente até o parto.

MANEJO EM CASO DE RECIDIVA OU REINFECÇÃO:

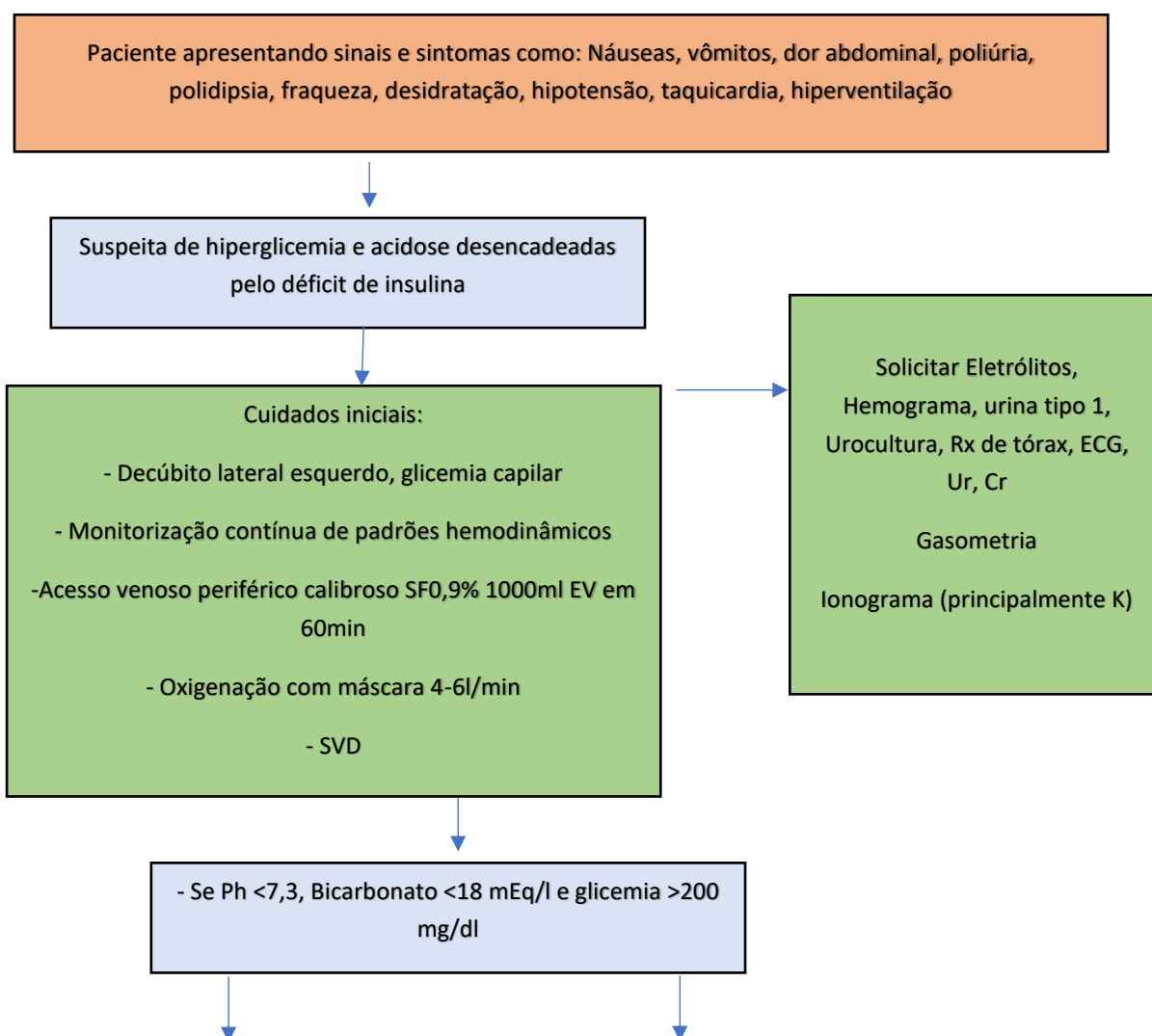
RECIDIVA: Geralmente ocorre em menos de cinco dias após o tratamento (até duas semanas) e isola-se o mesmo germe. Deve-se ao fracasso no tratamento por terapias inadequadas, ou sugere anomalia do trato urinário. O tratamento deve ser prolongado (2 a 3 semanas) com antimicrobiano adequado.

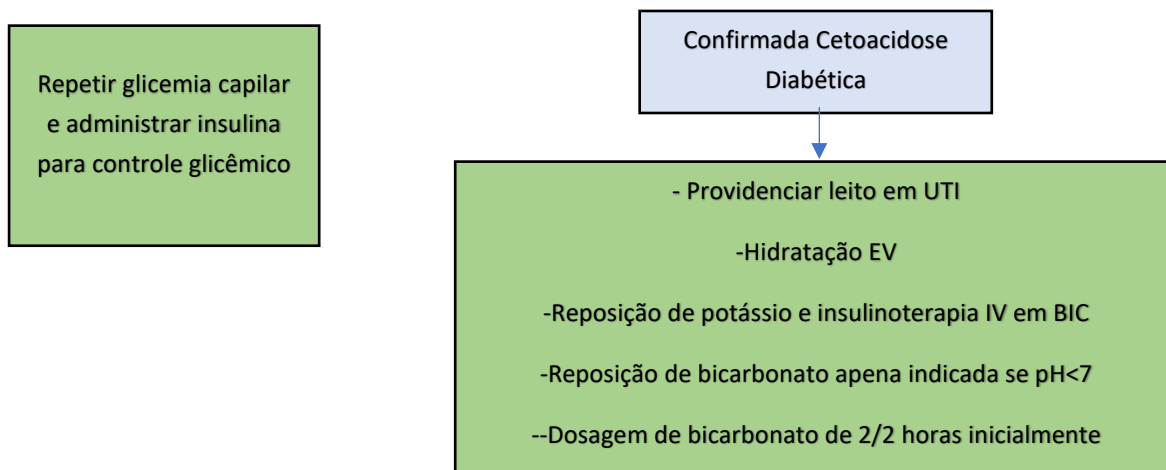
REINFECÇÃO: Geralmente ocorre mais de três semanas após o tratamento inicial, por organismos diferentes, sendo normalmente limitada à bexiga. Identifica pacientes com maior risco de desenvolver episódios repetidos de bacteriúria.

DIABETES MELLITUS

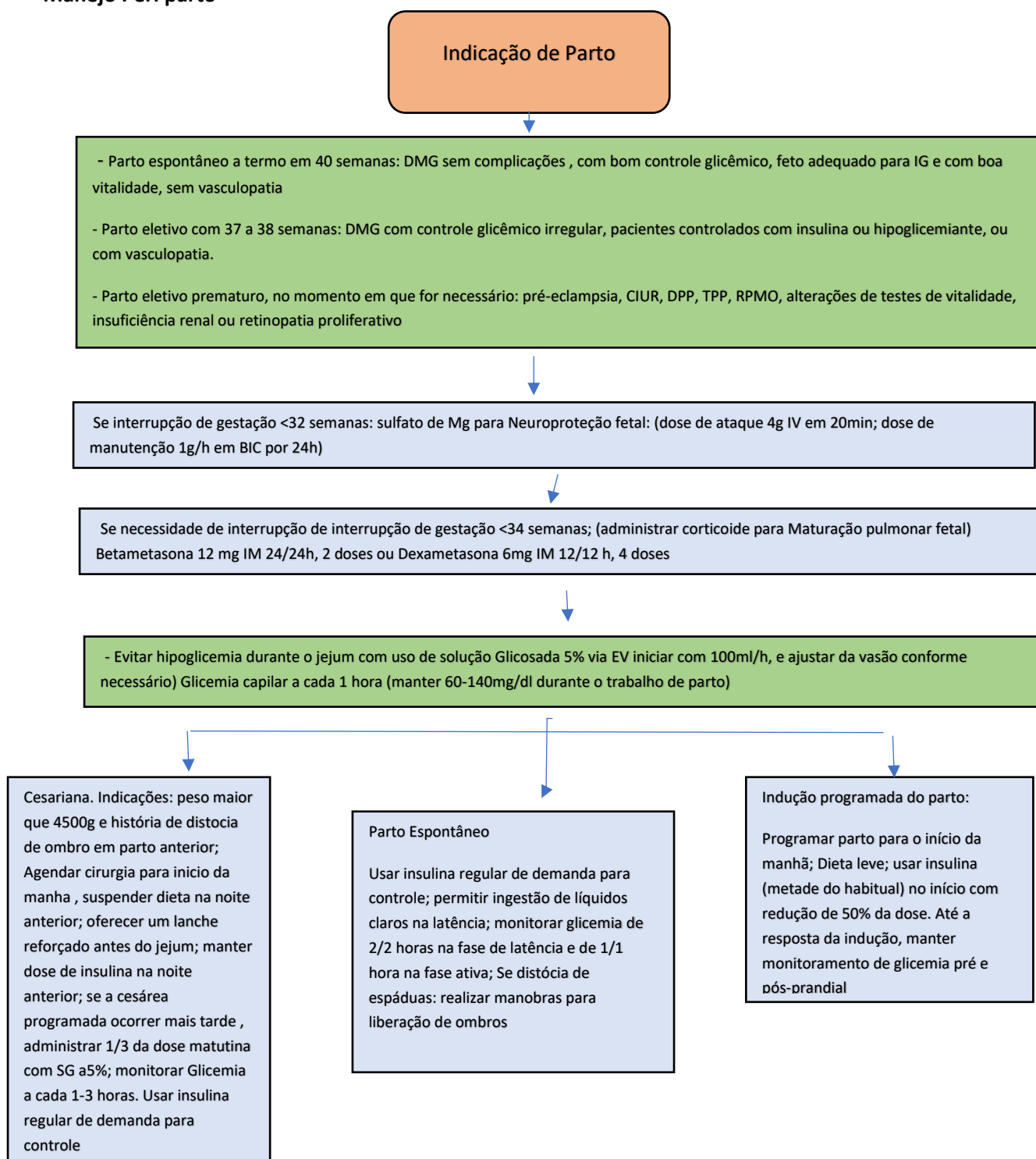
- ✓ Na gestação há aumento da resistência à insulina e a redução da tolerância à glicose, sendo de fundamental importância o diagnóstico e acompanhamento do Diabetes Mellitus, para diminuir as complicações materno fetais.
- ✓ Mulheres que tiveram DMG, tem risco sete vezes maior de desenvolver diabetes tipo 2 no futuro, comparado às que tiveram DMG.
- ✓ Gestante DMG, deve ser direcionada ao pré-natal de alto risco.
- ✓ Em 2017, o Ministério da Saúde passou a recomendar o rastreamento universal com a realização da glicemia de jejum na primeira consulta de pré-natal para diagnóstico de DMG e de DM pré-gestacional.
- ✓ Para as mulheres com avaliação inicial normal (glicemia de jejum inferior a 92 mg/dl), o rastreamento de DMG deve continuar através do teste oral de tolerância à glicose (TOTG) com 75 g de glicose, com medição das glicemias em jejum e nos tempos de 1 e 2 horas, entre 24 a 28 semanas de gestação. É necessário jejum de 8 a 14 horas, sendo precedido por um período de 3 dias sem restrição de ingestão de carboidratos na dieta para realização do exame.

Conduta na Cetoacidose Diabética





Manejo Peri parto



- Se glicemia >140mg/dl : iniciar Insulina Regular SC intermitente ou em BIC (Conforme tabela)

Insulina regular para a gestante	
Glicemia (mg/dl)	Insulina rápida unidade Internacional UI
60-100	Não fazer
101-140	+02 UI
141-180	+04 UI
181-220	+06 UI
221-260	+08UI
261-300	+10UI
>300	+12UI

PARTO PREMATURO

É considerado parto prematuro aquele que se inicia antes de completadas 37 semanas gestacionais.

Fatores de risco de Parto Prematuro

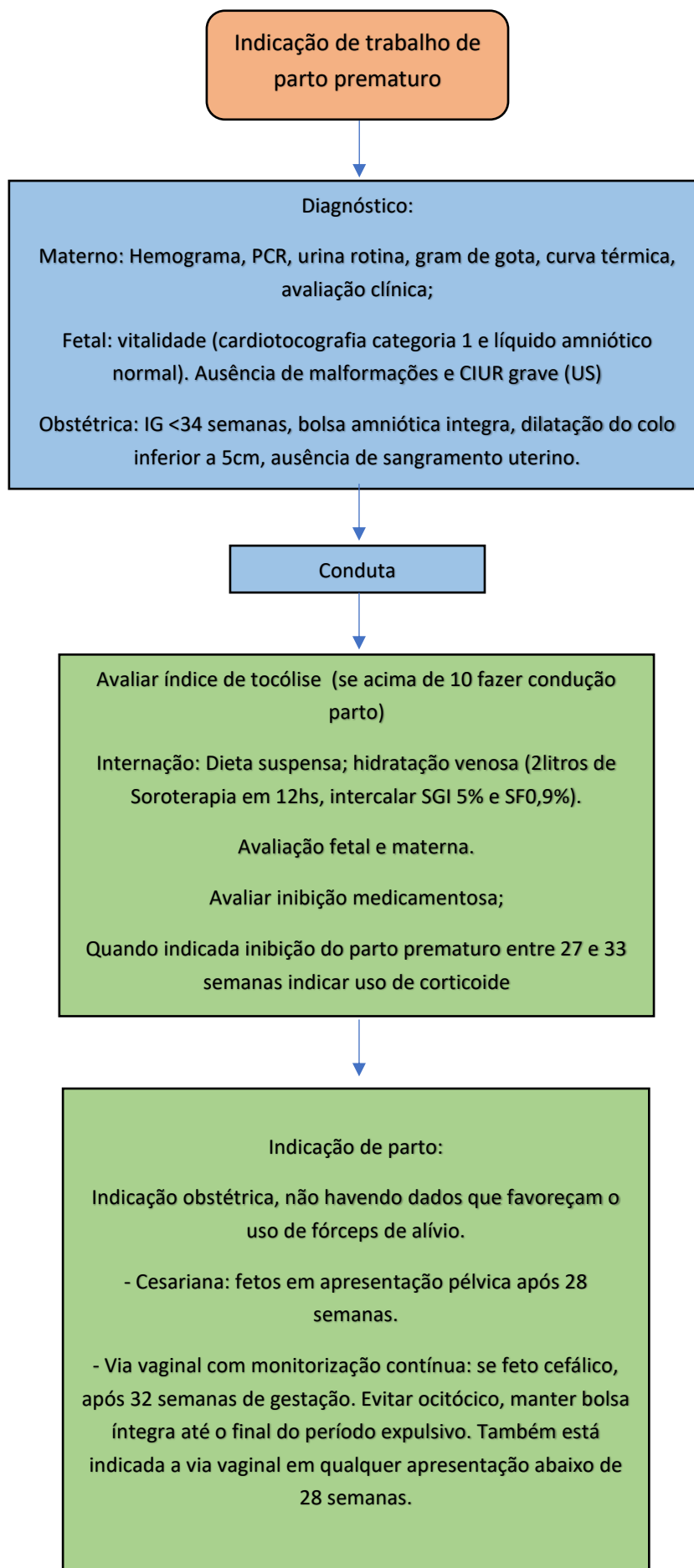
- ✓ Encurtamento colo ao US (<2,5cm);
- ✓ Parto pré-termo anterior;
- ✓ Crescimento uterino aumentado: gemelaridade, miomas, polidrâmnio.
- ✓ Infecção genital: vaginose, gonorreia, clamídia, *Trichomonas vaginalis*, sífilis, estreptococo do grupo B
- ✓ Condições socioeconômicas desfavoráveis.
- ✓ Trabalho exaustivo
- ✓ Anomalias uterinas: útero bicorno.
- ✓ Colo dilatado > 1cm antes de 30 semanas.
- ✓ 2 abortos no segundo trimestre .
- ✓ Conização
- ✓ Presença de patologias maternas: HAS, DM, cardiopatias
- ✓ Patologias fetais: crescimento intrauterino restrito, malformação.
- ✓ Doença febril
- ✓ Sangramento após 12 semanas.
- ✓ Pielonefrite
- ✓ Tabagismo

Índice de Tocólise

Quantifica risco de prematuridade

Pontuação	0	1	2
Posição do colo	Posterior	Anterior	Centralizado
Apagamento	Grosso	Médio	Fino
Dilatação	Nenhuma	<4cm	>4cm
Altura apresentação	Alta	Encaixada	Baixa
Bolsas das águas	Não formada	Formada	Herniada
Contrações uterinas	1h	1h 10min 15s	>2h 10min 25s
Interpretação:			
Menor que 6: sem risco para parto prematuro			
Entre 6 e 10: justifica inibição, intervir no processo de entre 24 a 33 semanas			
Maior que 10 caracteriza o trabalho de parto prematuro, indica internação.			

CONDUTA



ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

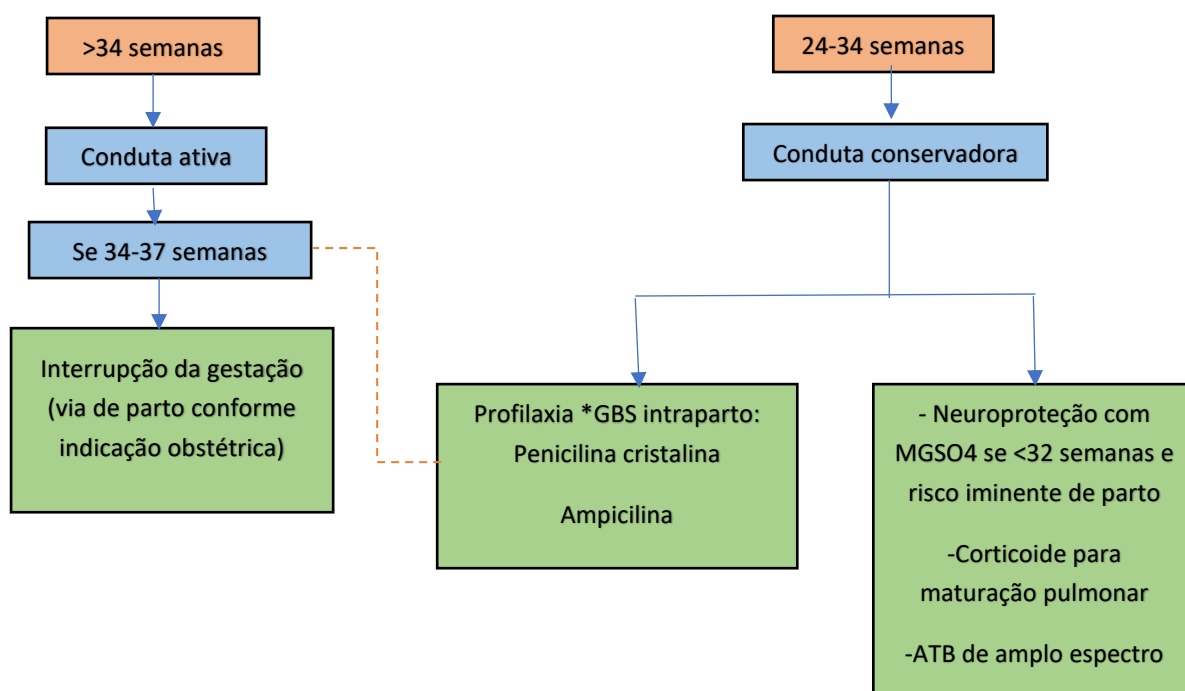
Rotura da bolsa amniótica antes do trabalho de parto.

Fatores de risco

- ✓ Infecção (principalmente genital)
- ✓ Fatores mecânicos (contrações, movimentos fetais)
- ✓ Sobredistensão uterina (gemelaridade, polidrômio)
- ✓ Alterações de colo uterino (cerclagem, incompetência istmo-cervical, colo curto)
- ✓ Sangramento do 2º e 3º trimestre
- ✓ História prévia de RPMO
- ✓ Tabagismo e uso de drogas
- ✓ Baixo nível socioeconômico
- ✓ Baixo IMC

Diagnóstico

- ✓ História de líquido que escorre através das pernas
 - ✓ Não realizar toque vaginal, realizar exame especular
 - ✓ Visualização de líquido amniótico pelo orifício externo do colo
 - ✓ Utilizar manobra de Valsava, se necessário, para avaliar saída do líquido pelo orifício externo do colo
- 50-70% terão oligodrômio



**Streptococcus grupo B*

ISOIMUNIZAÇÃO

Produção de anticorpos maternos contra os antígenos fetais expressos nos glóbulos vermelhos do feto presentes na circulação materna.

Ocorre quando mulher Rh negativo com parceiro Rh positivo tem embrião ou feto com sangue Rh positivo e por motivo específico este sangue atinge a circulação materna.

- ✓ Anticorpos IgG maternos atravessam a placenta, ligam os glóbulos vermelhos fetais e provocam hemólise.
- ✓ Uma hemólise grave determina anemia fetal com insuficiência cardíaca congestiva, hematopoiese, extramedular, hiperbilirrubinemia e icterícia.
- ✓ Ocorre hidropisia fetal seguida do desenvolvimento de ascite, derrames pleural e pericárdico e edema cerebral.
- ✓ As causas obstétricas são principalmente abortamento e parto, podendo ocorrer em casos de sangramento placentários e procedimentos invasivos propedêuticos.

A resposta dos anticorpos maternos tende a ser aumenta a cada nova gravidez.

Conduta Clínica:

Indicações da imunoglobulina Rh em pacientes Rh negativas não sensibilizados

- ✓ Gestante não sensibilizadas na 28ª semana

Pós-parto do recém-nascido Rh positivo até 72horas (Ao nascimento, realiza-se a determinação do Rh no sangue de cordão e caso positivo, associado ao teste de Coombs direto negativo; pratica-se a profilaxia pós parto com a administração de Imunoglobulina (300mcg anti-Rh))

No pós-parto de paciente não sensibilizada, caso tenha tido alta hospitalar sem receber a imunoglobulina, ela poderá ser administrada em até 28 dias, embora quanto mais tempo a profilaxia for postergada, menor será a possibilidade de efeito.

Conduta:

- ✓ Controle pressórico:
 - Nifedipina: 10mg oral, repetir em 30min se necessário
 - Hidralazina :diluir 1 ampola de 20mg/ml em 19ml de água destilada.
Obs.: nifedipina por via sublingual não deve ser utilizada, pois associa-se a hipotensão grave e repercussões maternas e perinatais importantes e por alta prevalência de rebote.
 - Nitroprussiato de sódio: necessário para hipertensão que não responde às drogas acima e se houver sinais de encefalopatia hipertensiva.

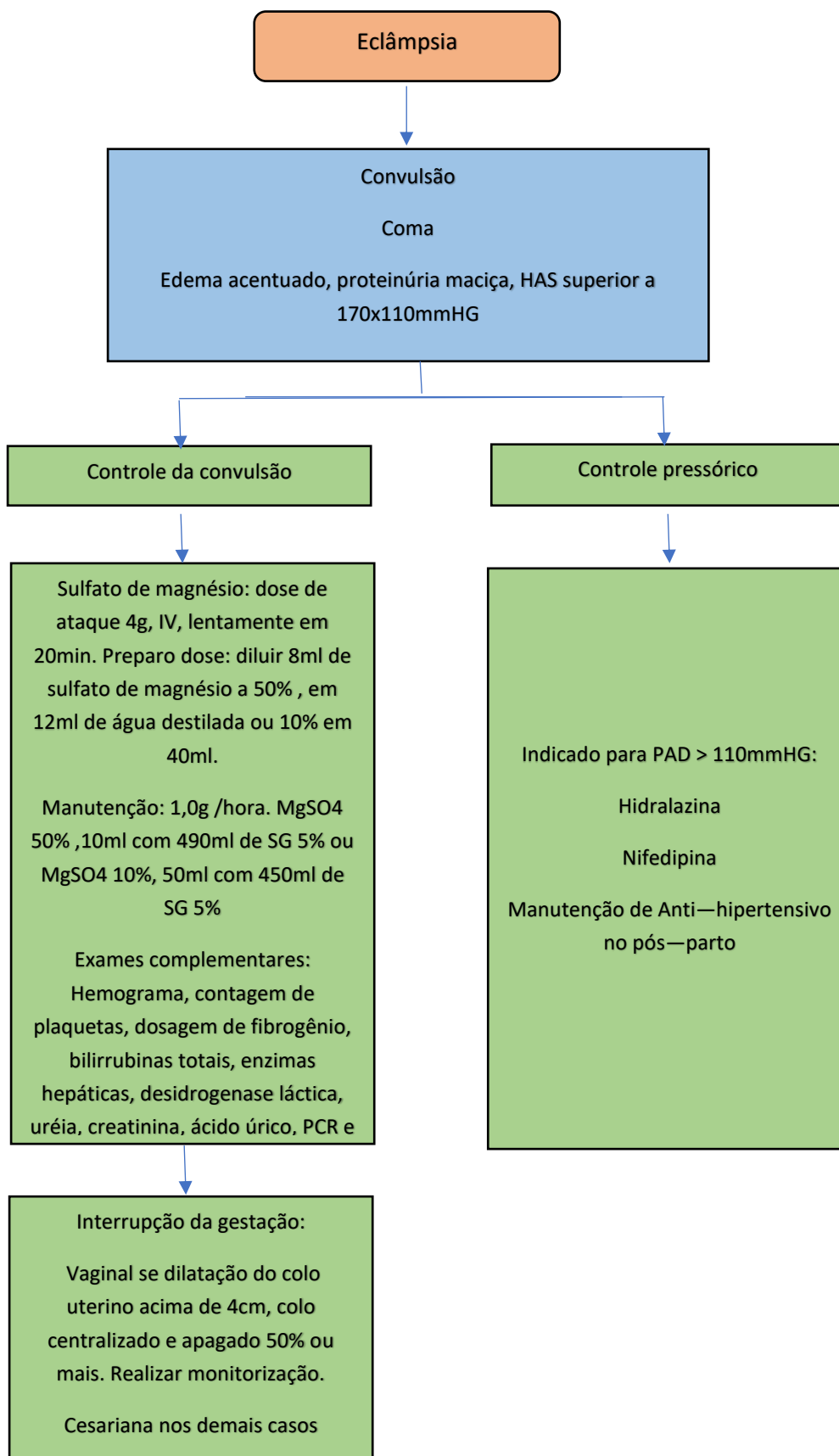
ESQUEMA DE INFUSÃO RECOMENDADO PARA NITROPRUSSIATO DE SÓDIO							
DOSE DESEJADA (MCG/KG/MIN)		0,5	1,0	2,0	3,0	4,0	5,0
PESO DA PACIENTE	50KG	7,5	15	30	60	90	120
	60KG	09	18	36	72	108	144
	70KG	10	21	42	84	126	168
	80KG	12	24	48	96	144	192
	90KG	14	27	54	108	162	216
	100KG	15	30	60	120	180	240
		VELOCIDADE DE INFUSÃO (ML/H)					

- Uso do Sulfato de Magnésio preferencialmente em UTI, com indicação formal de parto pela fetotoxicidade provocada pela liberação de cianeto
- ✓ Manter controle pressórico
- ✓ Monitorar sinais e sintomas de eclampsia
- ✓ Monitorar alterações laboratoriais
- ✓ Avaliação hemodinâmica fetal;
- ✓ Avaliação do crescimento fetal
- ✓ Manter via aérea pérvia
- ✓ Após exame físico manter paciente em decúbito lateral esquerdo
- ✓ Evitar trauma por queda, manter elevadas grades laterais;
- ✓ Dieta zero
- ✓ SG 5% em AVP
- ✓ Encaminhar para maternidade de alto risco
- ✓ Em caso de pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade, recomenda-se interrupção da gestação com IG igual ou superior a 37 semanas
- ✓ Em caso de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, recomenda-se a interrupção da gestação, após estabilização materna, com IG igual ou superior a 34 semanas.

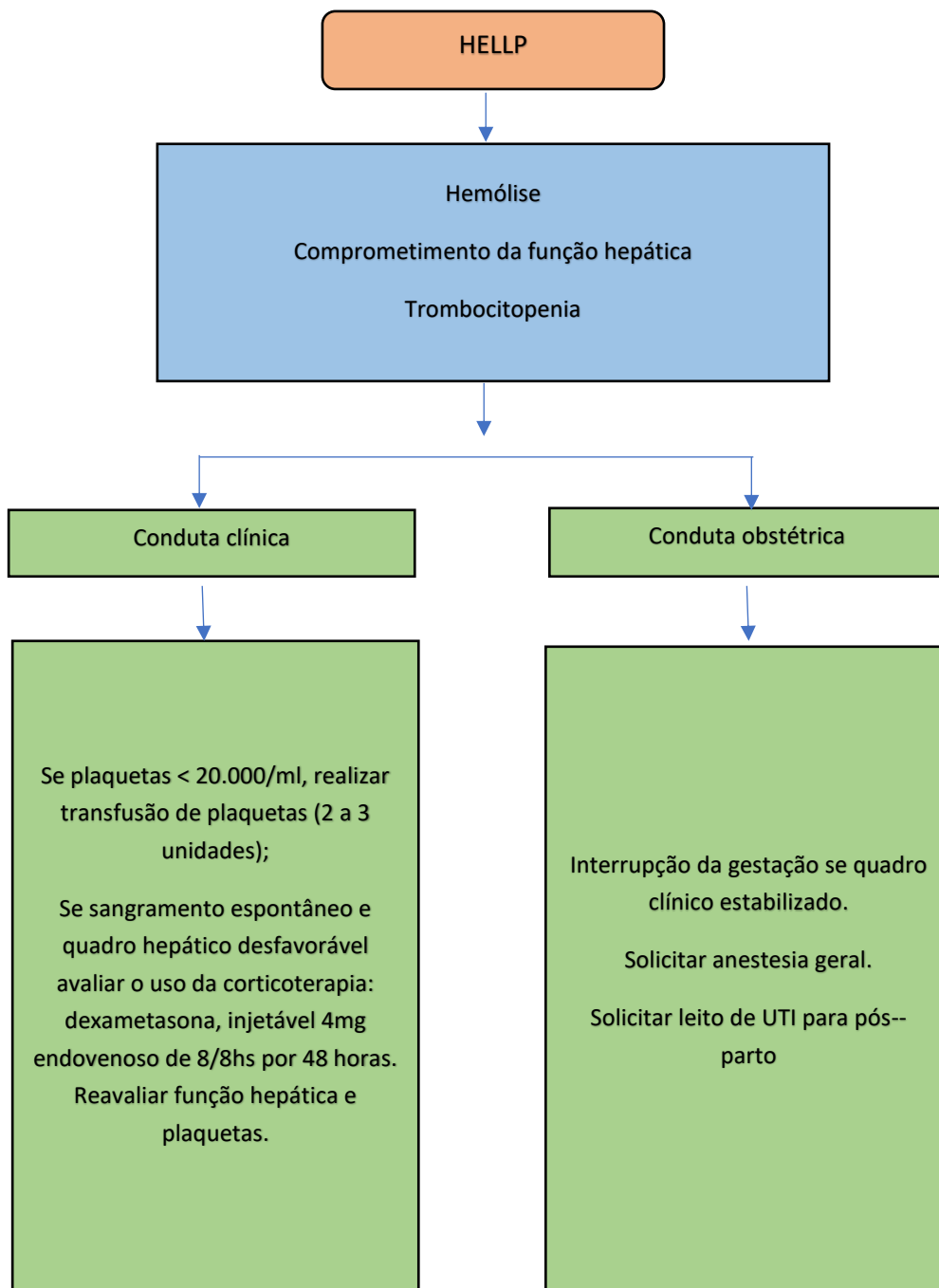
ECLÂMPSIA E HELLP SÍNDROME

A eclâmpsia e a HELLP síndrome são complicações mais graves da pré-eclâmpsia.

ECLÂMPSIA



HELLP SÍNDROME



GRAVIDEZ MULTIPLA

Muitas das complicações da gravidez única são, ao menos, três vezes mais frequentes nas gravidezes múltiplas.

- ✓ Gêmeos dizigóticos: 2 espermatozoides e 2 oócitos ;
- ✓ Gêmeos Monozigóticos: divisão de um único oócito fecundado por um espermatozoide.

A gestação gemelar é considerada de alto risco pelas complicações maternas e fetais que se associam. São elas:

- ✓ Hiperêmese gravídica
- ✓ Abortamento espontâneo
- ✓ Diabetes gestacional
- ✓ Pré-eclâmpsia
- ✓ Placenta prévia
- ✓ Descolamento prematuro de placenta
- ✓ Parto prematuro
- ✓ Amniorrexe prematura
- ✓ Anemia materna
- ✓ Hemorragia pós - parto anatomia uterina)
- ✓ Polidrâmnio
- ✓ Depressão pós-parto
- ✓ Mortalidade materna duas vezes maior
- ✓ Anomalia fetal
- ✓ Óbito uni ou ambos fetos
- ✓ Crescimento restrito de um ou ambos fetos sendo a principal complicação fetal (considera-se discordante fetos com mais de 20% de diferença entre os pesos estimados ou mais de 20% na média da circunferência abdominal entre os gêmeos).
- ✓ Mortalidade perinatal aumentada e três vezes

Conduta

Parto:

- ✓ Resolução das gestações dicoriônicas entre 38 e 39 semanas.
- ✓ Resolução das gestações monocoriônicas diamnióticas na 37ª semana.
- ✓ Resolução das gestações monocoriônicas/diamniótica entre 34 e 37 semanas.

Intraparto:

- ✓ A gravidez gemelar são assistidas preferencialmente por dois obstetras.
- ✓ Na falta da apresentação cefálica do primeiro gêmeo, indicação para cesariana.

- ✓ Apresentação cefálica – cefálica, indicação e parto normal.
- ✓ Apresentação cefálica – não cefálica: parto normal; para gêmeo podálico procedesse a versão externa, versão podálica interna ou extração podálica.
- ✓ Os intervalos entre os partos não são críticos se o bem-estar fetal for assegurado (não ultrapassar 60min)

INFECÇÕES

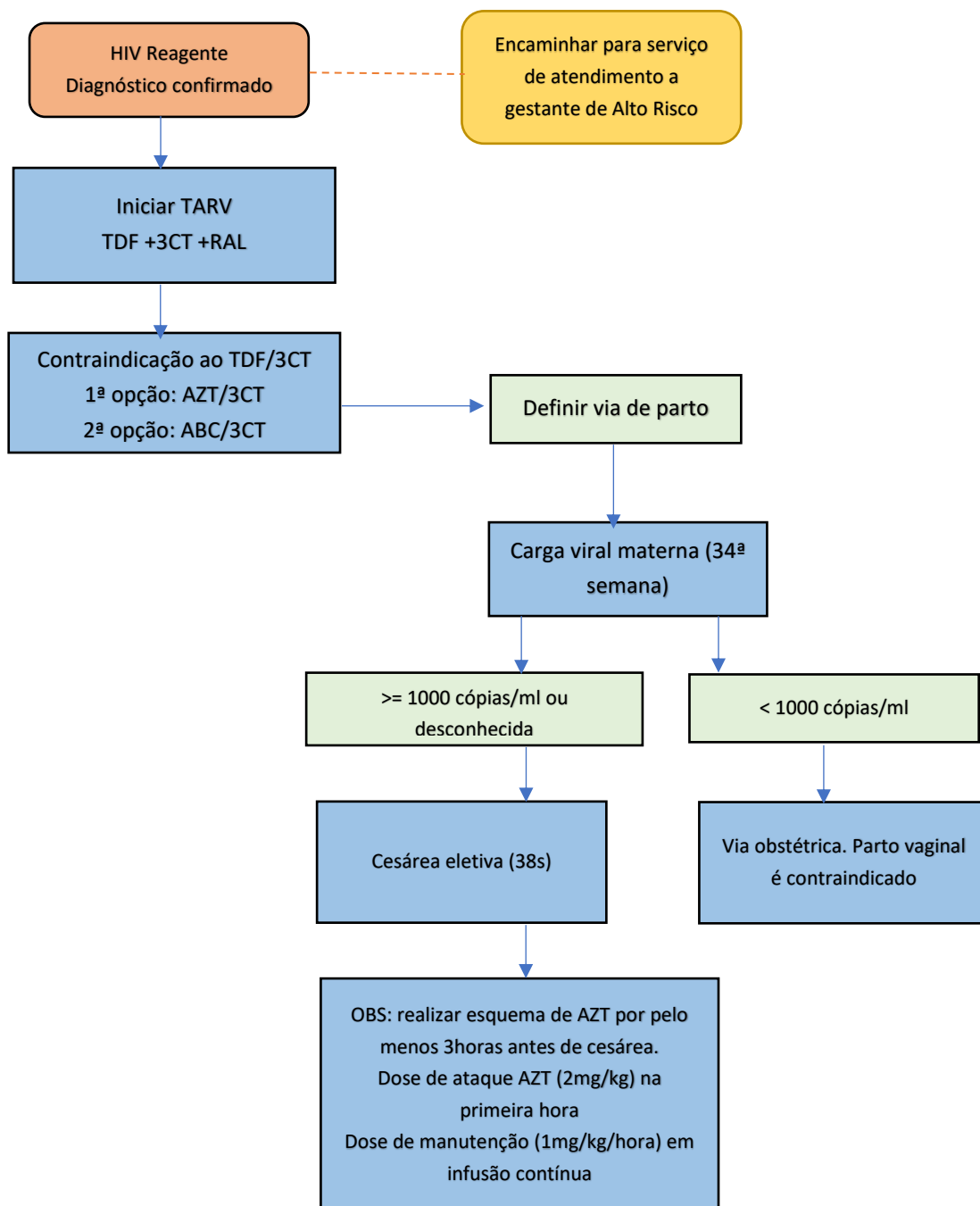
SÍFILIS

- ✓ Doença sexualmente transmissível, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*.
- ✓ Pode ser classificada como congênita ou adquirida.
- ✓ Tempo de incubação: 10 a 90 dias
- ✓ Repercussões perinatais: restrição do crescimento fetal, prematuridade, risco de óbito fetal, hidropsia fetal, placentomegalia, ascite anemia fetal.
- ✓ Tanto a sífilis na gestante quanto a sífilis congênita devem ser notificadas.
- ✓ Todas as gestantes internadas para parto cesariana ou parto normal devem obrigatoriamente ter realizados os testes rápidos para detecção de Sífilis, HIV, HBC e HBSAG.

Tratamento

- ✓ Sífilis primária: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI , IM, dose única.
- ✓ Sífilis Secundária ou latente recente: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, IM, 2x, semanal
- ✓ Sífilis Terciária ou latente tardia ou duração ignorada: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, IM, 3x, semanal
- ✓ Neurosífilis: Penicilina G Cristalina (3-4 milhões UI, IV) 4/4h por 10 a 14 dias
- ✓ Gestantes Alérgicas a Penicilia: esta indidada realizar dessensibilização, seguida por tratamento com Penicilia G Benzatina
- ✓ Controle e cura: repetir sorologia mensal em gestantes
- ✓ Tratar RN e parceiro

HIV



Diagnóstico: dois testes rápidos válidos de fabricantes diferentes positivos confirmam diagnóstico de HIV.

TOXOPLASMOSE

A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii* na gravidez se reveste de importância, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, o Ministério da Saúde recomenda a realização da triagem sorológica.

Conduta:

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUITA	ECOGRAFIA	SEGUIMENTO
	IgG	IgM				
Primeira sorologia no 1º trimestre da gestação	positiva	negativa	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	Não há necessidade de novas sorologias	-	-
	negativa	negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. (Ver abaixo conduta em caso de soroconversão.)	-	Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto
	positiva	positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Fazer automaticamente o teste de avidéz de IgG na mesma amostra ¹ . Avisar a paciente e/ou o médico assistente imediatamente. Avidéz forte: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. Avidéz fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Iniciar espiramicina imediatamente.	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice ² (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
Primeira sorologia após o 1º trimestre	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivo: confirma infecção.	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice ² (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido IgG continua negativa: suspender espiramicina. Prevenção primária. Repetição da sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.
	positiva	negativa	Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.	Não há necessidade de novas sorologias	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice ² (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	negativa	negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. Repetição da sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto. (Ver abaixo conduta em caso de soroconversão).	-	-
Primeira sorologia após o 1º trimestre	positiva	positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Se a gestação tiver menos de 30 semanas: iniciar espiramicina. Gestante com 30 semanas ou mais de gestação: iniciar diretamente com esquema tríplice ² . Fazer teste de avidéz de IgG ³	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice ² (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivo: confirma a infecção.	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice ² (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido. IgG continua negativa: suspender espiramicina. Prevenção primária. Repetição da sorologia de 3 em 3 meses e no momento do parto.
	positiva	negativa	Possibilidade de falso negativo da IgG na amostra anterior, por método inadequado. Provável imunidade remota.	Exceção – primeira sorologia (negativa) bem no início da gestação e exame subsequente no final da gestação ou no momento do parto com IgG muito alta: possibilidade de infecção durante a gestação com IgM muito fugaz. Analisar também a possibilidade de IgM falso negativo. Se possibilidade de infecção adquirida na gestação, iniciar com esquema tríplice ² . Investigação completa do recém-nascido.	-	-
Amostras subseqüentes, na gestante inicialmente com IgG - / IgM -	negativa	negativa	Suscetibilidade	Manter o programa de prevenção primária	-	Repetição da sorologia no momento do parto.
	positiva	positiva	Certeza de infecção durante a gestação	A paciente e/ou o médico devem ser avisados pelo laboratório, para não retardar a conduta ⁴ . Se a gestação tiver menos de 30 semanas: iniciar imediatamente com espiramicina. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais: iniciar diretamente com esquema tríplice ² .	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice ² (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.
	negativa	positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente. Repetir sorologia em três semanas. IgG positivo: confirma a infecção. Se a gestação tiver 30 semanas ou mais: iniciar diretamente com esquema tríplice ² . IgG continua negativa: suspender espiramicina. Prevenção primária. Manter sorologia de 2 em 2 ou de 3 em 3 meses e no momento do parto	Ecografia fetal mensal	Ecografias normais: manter espiramicina até o parto. Ecografia alterada: mudar para esquema tríplice ² (após as 18 semanas). Investigação completa do recém-nascido.

RESTRIÇÃO DE CRESCIMENTO FETAL

Ocorre quando o peso fetal é inferior ao percentil 10 para idade gestacional.

Fatores de risco para crescimento intrauterino restrito (CIUR) Fatores maternos:

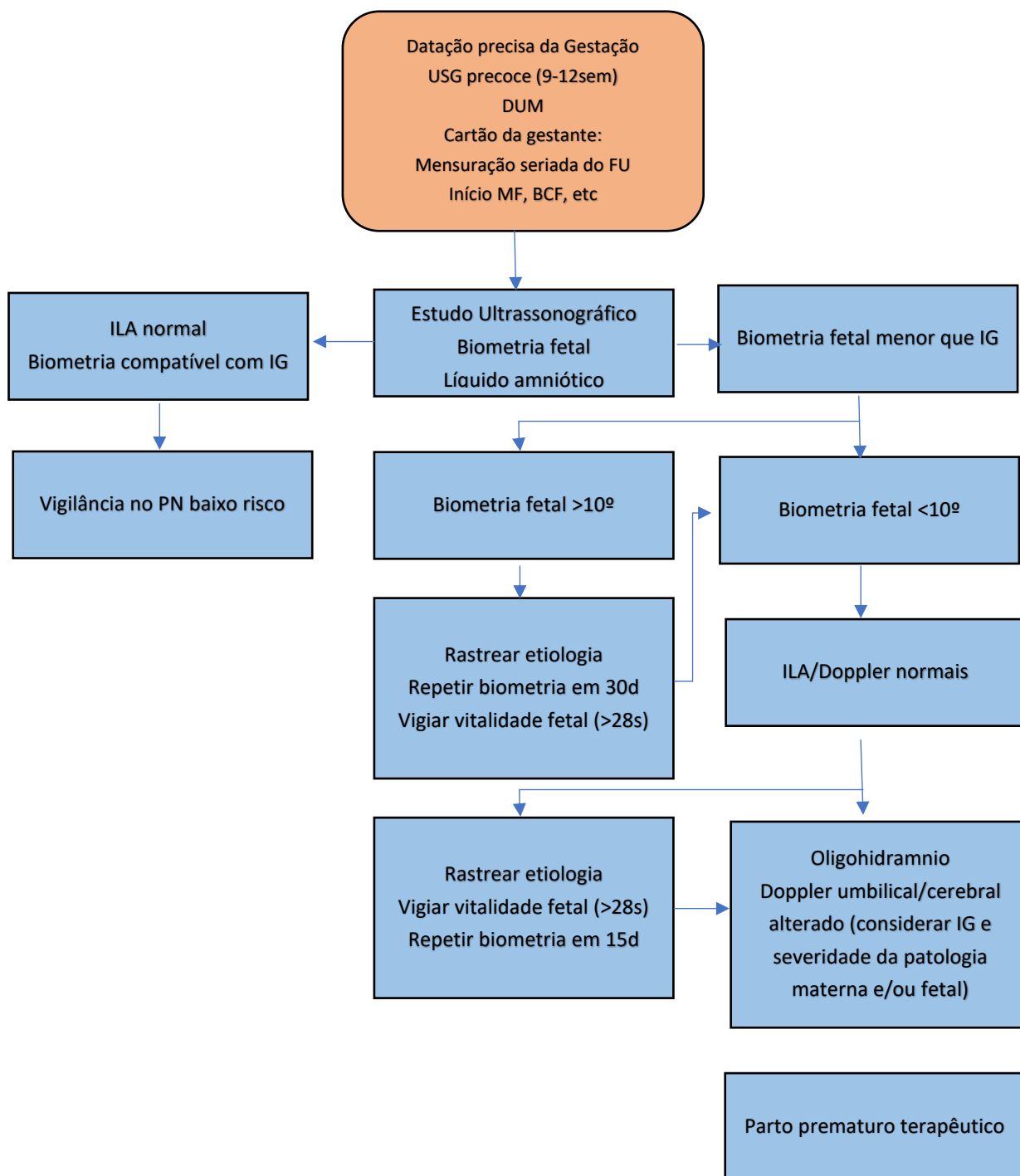
- ✓ Baixo peso pré-gravídico (50Kg);
- ✓ Tabagismo;
- ✓ Infecções hematogênicas;
- ✓ Síndrome antifosfolípide e trombofilias;
- ✓ Drogadição;
- ✓ Anemia grave e hemoglobinopatias;
- ✓ Hipóxia materna;
- ✓ Restrição de crescimento fetal em gestação anterior;
- ✓ Aborto de repetição.

Doenças maternas que afetam a placentação:

- ✓ Pré-eclâmpsia;
- ✓ Doença autoimune;
- ✓ Trombofilias;
- ✓ Doença renal;
- ✓ Diabetes;
- ✓ Hipertensão essencial.

Outros fatores placentários:

- ✓ Placenta circunvalada;
- ✓ Mosaicismo;
- ✓ Gemelaridade;
- ✓ Descolamento coriônico;
- ✓ Anomalias uterinas;
- ✓ Infartos placentários;
- ✓ Fatores fetais;
- ✓ Aneuploidias;
- ✓ Síndromes genéticas;
- ✓ Infecções congênitas.



MEDICAÇÕES

Os fármacos são categorizados de acordo com o risco de causar dano ao feto durante a gravidez, baseando-se em estudos em animais ou humanos.

Os fármacos são categorizados em 5 (cinco) categorias: A, B, C, D e X;

Categoria A de risco na gravidez: em estudos controlados em mulheres grávidas, o fármaco não demonstrou risco para o feto no primeiro trimestre de gravidez. Não há evidências de risco nos trimestres posteriores, sendo remota a possibilidade de dano fetal;

Categoria B de risco na gravidez: os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas;

Categoria C de risco na gravidez: não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram risco, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas;

Categoria D de risco na gravidez: o fármaco demonstrou evidências positivas de risco fetal humano, no entanto, os benefícios potenciais para a mulher podem, eventualmente, justificar o risco, como, por exemplo, em casos de doenças graves ou que ameaçam a vida, e para as quais não existem outras drogas mais seguras;

Categoria X de risco na gravidez: em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de risco para o feto que é maior do que qualquer benefício possível para a paciente;

SUBSTÂNCIAS E SUAS CATEGORIAS DE RISCO NA GRAVIDEZ E NO ALEITAMENTO DISPONÍVEIS NO ANEXO I.

PARTO

CONDUTA NA ADMISSÃO DA PACIENTE EM TRABALHO DE PARTO

Diagnosticado o trabalho de parto em sua fase ativa.

Internação na sala de pré-parto.

Orienta permanência de 01 acompanhante da escolha da gestante

ANAMNESE:

Deve-se fazer uma escuta qualificada sobre as queixas da paciente, história da gestação, passado obstétrico, patologias associadas, uso de medicamentos, grupo sanguíneo, movimentação fetal, data da última menstruação, etc.

Avaliar exames de imagem complementares, quando houver.

EXAME FÍSICO

Deve incluir:

- ✓ Ausculta cardíaco-pulmonar
- ✓ Verificação dos sinais vitais (pressão arterial, pulso arterial e temperatura)
- ✓ Pesquisa de palidez cutâneo-mucosa.

EXAME OBSTÉTRICO:

Deve incluir:

- ✓ Manobras de Leopold, evidenciando-se fundo uterino, situação, posição e apresentação fetais, e presença de insinuação do polo fetal.
- ✓ Mensuração da altura do fundo uterino
- ✓ Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)
- ✓ Toque vaginal (já realizado no momento do diagnóstico) evidenciando- se grau de dilatação, apagamento e posição do colo uterino, formação da bolsa das águas, tipo de apresentação, variedade de posição fetal e grau de deflexão do polo cefálico (caso haja).
- ✓ Avaliar atividade uterina descrevendo-se sua intensidade, frequência, duração e regularidade.

Obs: nos casos em que houver suspeita de amniorrexe prematura ou placentação anômala, o toque vaginal deve ser postergado; realizando-se, de imediato, o exame especular. Evita-se, dessa

forma, o risco de infecção ascendente na primeira suspeita, descartando-se ainda o prolapso de cordão umbilical, e STV e/ou hemorragia no segundo caso.

MEDIDAS GERAIS:

- ✓ Tricotomia pubiana: Não há evidências científicas que recomendem sua utilização de rotina em mulheres em trabalho de parto, não sendo observado, diminuição no risco de infecção com seu uso rotineiro.
- ✓ Clister evacuativo: Assim como na tricotomia pubiana, trabalhos recentes demonstraram não haver evidências que recomendem sua utilização de rotina, não se observando diminuição nas taxas de infecção puerperal (nível A de evidência).
- ✓ Higienização da paciente Deve ser realizada na forma de banho geral, desde que não se encontre em estágio avançado de dilatação cervical.
- ✓ Utilização de vestes apropriadas Troca das roupas da paciente pela bata do serviço, ainda na admissão.
- ✓ Restrição alimentar Grávidas encaminhadas de volta à sua residência, na fase latente do TP, com baixo risco para parto abdominal, devem ser orientadas a ingerir apenas alimentos leves. As internadas no início da fase ativa, com baixo risco para parto cesariano, podem ingerir líquidos claros (água, chá, sucos), suspendendo-se a dieta na presença de intercorrências. O uso de alimentação à base de laticínios está sempre proscrito. Nas gestantes de risco elevado e/ou com possibilidade de parto cesariano, é contraindicado qualquer tipo de alimentação, mantendo-se o estado de jejum. O jejum de rotina não é recomendado em pacientes de baixo risco (nível A de evidência).

EXAMES LABORATORIAIS:

- ✓ Verificar tipagem sanguínea realizada no pré-natal. Solicitar ABO/Rh na admissão se não há registro no cartão de pré-natal ou se gestante Rh negativo.
- ✓ Realizar teste rápido para HIV e Sífilis. Quando disponíveis realizar teste rápido para Hepatites B e C.

ADMISSÃO DA PACIENTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

Ao chegar ao centro obstétrico, a paciente será recebida pela equipe multidisciplinar, encaminhada ao leito, avaliada novamente pelos médicos plantonistas ou enfermeiras obstétricas, sendo definida uma conduta expectante ou intervencionista, dependendo de cada caso.

Sobre o acompanhante:

- ✓ As mulheres têm direito a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, incluindo parto cesáreo
- ✓ 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
- ✓ O apoio de acompanhante não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital.
- ✓ Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação.
- ✓ Orientar os acompanhantes como apoiar a parturiente durante o período de internação.
- ✓ Orientar sobre a rotina de alimentação do acompanhante

VIA DE PARTO - CESÁREA

O momento do nascimento suscita questões sobre o processo do parto e via de parto, autonomia da gestante na escolha do modo de nascimento do filho e estratégias de saúde aplicáveis para a redução de morbidade e mortalidade materna e infantil.

Em conformidade com a Portaria nº 306, de março de 2016, Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana do Ministério da Saúde, recomenda-se:

1. Fornecer informações para as gestantes durante a atenção pré-natal, parto e puerpério baseadas em evidências atualizadas, de boa qualidade, apontando os benefícios e riscos sobre as formas de parto e nascimento, incluindo a gestante no processo de decisão.
2. Obtenção de um termo de consentimento informado de todas as mulheres que serão submetidas à operação cesariana programada.
3. Quando a decisão pela operação cesariana programada for tomada, é recomendado o registro dos fatores que influenciaram na decisão e, quando possível, qual deles é o mais influente.
4. Em apresentação pélvica, e na ausência de contra-indicações, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento informado.
5. As contra-indicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperiência do profissional.
6. A versão cefálica externa deve ser ofertada às mulheres e realizada por profissional experiente com esta manobra, em ambiente hospitalar.
7. Em situações nas quais a versão cefálica externa estiver contra-indicada, não puder ser praticada ou não tiver sucesso, a operação cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica.

8. A operação cesariana programada por apresentação pélvica é recomendada a partir de 39 semanas de idade gestacional. Sugere-se aguardar o início do trabalho de parto.
9. Na situação de a mulher decidir por um parto pélvico vaginal, é recomendado que seja informada sobre o maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal e que a assistência seja realizada por profissionais experientes na assistência ao parto pélvico, mediante termo de consentimento informado.
10. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem o parto pélvico
11. Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, é recomendado que a decisão pelo modo de nascimento seja individualizada considerando as preferências e prioridades da mulher, as características da gestação gemelar (principalmente corionicidade), os riscos e benefícios de operação cesariana e do parto vaginal de gemelares, incluindo o risco de uma operação cesariana de urgência/emergência antes ou após o nascimento do primeiro gêmeo.
12. No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a operação cesariana é recomendada
13. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento no trabalho de parto pré-termo em apresentação cefálica.
14. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento de fetos pequenos para idade gestacional
15. A operação cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas prévia centro-total ou centro-parcial.
16. Em gestantes com placenta prévia é recomendada a realização de um exame ultrassonográfico com Doppler entre 28 e 32 semanas de idade gestacional, ou antes, se possível, para investigação de acretismo placentário.
17. É recomendado que as gestantes com diagnóstico ultrassonográfico de acretismo placentário recebam atenção especializada em serviços obstétricos de referência.
18. Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a operação cesariana. Nas situações de suspeita de placenta increta ou percreta, é recomendado programar a operação cesariana para ser realizada entre 34 e 36 semanas de gestação.
19. No momento do procedimento cirúrgico, é recomendada a presença de dois obstetras experientes, anestesista e pediatra, bem como equipe cirúrgica de retaguarda.
20. É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemocomponentes para eventual necessidade durante o procedimento.
21. O serviço obstétrico de referência deve assegurar condições de suporte para pacientes em estado grave.

22. A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir a forma de nascimento.
23. A utilização de dados antropométricos maternos (por exemplo, a altura materna ou tamanho do pé) não são recomendados para prever a falha de progressão do trabalho de parto.
24. Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes, da 20ª semana).
25. A operação cesariana eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
26. Caso a gestante com indicação de operação cesariana eletiva inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a essa intervenção cirúrgica e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa de AZT e realizar a operação cesariana, se possível após 3 horas da infusão.
27. Sempre que possível, proceder ao parto empêlico (retirada do feto mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).
28. Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando-o imediatamente após a retirada do feto. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno.
29. Utilizar antibiótico profilático para a mulher, tanto em caso de operação cesariana eletiva quanto naquele de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina.
30. A operação cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção pelo vírus da hepatite B.
31. A operação cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C.
32. A operação cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta coinfeção.
33. A operação cesariana é recomendada caso de em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação.
34. A operação cesariana é recomendada em caso de mulheres com infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus Herpes simples no momento do parto
35. A operação cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento de fetos de mulheres obesas.
36. É recomendado oferecer antibioticoprofilaxia antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna.
37. A escolha do antibiótico para reduzir infecção pós-operatória deve considerar fármacos efetivos para endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico.

38. Durante a operação cesariana, é recomendada a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir o risco de endometrite.
39. É recomendado um aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com operação cesariana prévia que considere: as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova operação cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma operação cesariana não planejada.
40. É recomendado que as mulheres com operações cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia. Este risco é, a princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias.
41. Na ausência de outras contraindicações, é recomendado encorajar as mulheres com uma cesariana prévia a tentativa de parto vaginal, mediante termo de consentimento informado.
42. É recomendado que a conduta em relação ao modo de nascimento em mulheres com duas operações cesarianas prévias seja individualizada, considerando os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após duas cesarianas, incluindo o risco aumentado de ruptura uterina e de operação cesariana adicional não planejada, e as preferências e prioridades da mulher, mediante termo de consentimento informado.
43. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem o parto vaginal após duas operações cesarianas.
44. Os profissionais e instituições de saúde devem ter resguardada sua autonomia em relação a aceitação ou não da assistência ao parto vaginal após duas operações cesarianas.
45. A operação cesariana é recomendada em mulheres com três ou mais cesarianas prévias.
46. O trabalho de parto e parto vaginal não são recomendados para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de operação cesariana anterior.
47. A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-operação cesariana segmentar e pelvimetria não são recomendadas como rotina em mulheres com uma ou mais operações cesarianas prévias.
48. Em mulheres com operação cesariana prévia e intervalo entre partos inferior a 15 meses (ou intergestacional inferior a seis meses), é recomendado individualizar a conduta relativa ao modo de nascimento.
49. Para as gestantes que desejam um parto vaginal (espontâneo ou induzido) após operação cesariana é recomendada a monitorização materno-fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana.
50. Em mulheres com operação cesariana prévia e indicação para indução de trabalho de parto, é recomendado o uso de balão cervical ou ocitocina.
51. O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de operação cesariana prévia, independentemente do número de cesarianas, não é recomendado.
52. Quando o nascimento ocorrer por operação cesariana, é recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em reanimação neonatal.

53. Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra em nascimentos por operação cesariana, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.
54. É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido por operação cesariana.
55. O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e facilitado
56. É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical em caso do recém-nascido a termo e pré-termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial.
57. Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato
58. É recomendado suporte adicional para a mulher que foi submetida à operação cesariana para ajudá-la a iniciar o aleitamento materno tão logo após o parto.
59. É recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária.

VIA DE PARTO - VAGINAL

ASSISTÊNCIA NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO (1º PERÍODO)

ALIVIO DA DOR

O objetivo do manejo da dor é dar apoio à mulher, aumentar seu limiar para as sensações dolorosas e contribuir para que o parto seja uma experiência positiva. A prevenção do círculo vicioso de “medo-tensão-dor”, é feita através da preservação da privacidade, com a presença e apoio emocional dos familiares e da equipe, com o contato físico e a transmissão de tranquilidade e segurança. Avaliar o grau de dor, tensão e medo e da necessidade de apoio físico e emocional, decidindo sobre qual técnica ofertar, individualizando o cuidado, tais como:

- ✓ Verticalização

As pacientes devem ser encorajadas a não permanecer restritas ao leito durante a fase ativa do TP. Cabe à equipe multidisciplinar estimulá-las quanto ao uso da bola, em relação à possibilidade da deambulação e adoção de posição verticalizada ou semi-sentada, podendo adotar uma destas práticas ou todas de forma intermitente. Caso prefira a posição horizontal (supina), deve-se orientar o decúbito lateral esquerdo, por proporcionar melhor fluxo útero-placentar e diminuição dos níveis pressóricos.

- ✓ Suporte contínuo
- ✓ Imersão em água sempre que possível, oferecer banhos de aspersão (chuveiro)
- ✓ Técnicas de massagem de conforto realizadas tanto pela equipe de saúde como por acompanhantes;
- ✓ Técnicas de relaxamento de sua escolha;

- ✓ Analgesia regional: quando decidido por tal método, deve-se informar à mulher que não está associado a aumento da dor lombar, aumento do primeiro período do parto mais longo ou aumento na chance de cesariana; mas, está associada a aumento da duração do segundo período do parto e na chance de parto vaginal instrumental. A solicitação materna por analgesia compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação.

PRIVACIDADE

- ✓ 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.
- ✓ Solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela.
- ✓ Quando sair do quarto, comunicar que poderá ser chamada a qualquer momento e avisá-la previsão de retorno.

MONITORIZAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Avaliar e registrar:

- ✓ Até 30 minutos de intervalo: ausculta fetal. Se o TP for induzido a cada 15 minutos e no período expulsivo de 5 em 5 minutos.
 - Obs 1: Os batimentos cardíacos fetais devem ser auscultados, na fase ativa do TP, a cada 15min (alto-risco) ou 30min (baixo-risco), sempre antes, durante e após as contrações uterinas (ausculta fetal intermitente), por pelo menos 1 minuto.
- ✓ A cada 1 hora: Pulso, dinâmica uterina descrevendo-se sua frequência, intensidade, duração e regularidade e fluidos administrados.
- ✓ A cada 2 ou 3 horas: o toque vaginal, analisando-se a dilatação, apagamento e posição do colo uterino, integridade da bolsa amniótica, variedade de posição do polo fetal, altura da apresentação e presença de bossa serossanguinolenta.
- ✓ A cada 4 horas: PA, temperatura e frequência da diurese.

É imprescindível o correto registro dos dados obtidos no prontuário. Quando instituído o uso do partograma, essas informações deverão ser registradas nesse instrumento.

- Obs 1: Em casos de amniorrexe o toque vaginal deve ser realizado a cada três horas.
- Obs 2: O uso rotineiro de cardiocografia (CTG) intraparto deve ser desestimulado, uma vez que não apresentou melhoria dos resultados perinatais, quando comparado à ausculta fetal intermitente em partos de risco habitual. Além disso, está associada a aumento dos índices de partos abdominais (nível A de evidência).

Achados na fase ativa de um trabalho de parto eutócico:

- ✓ Evolução da dilatação do colo uterino em cerca de 1,2 cm/h, em nulíparas, e 1,5 cm/h, em multíparas, em média.
- ✓ Os BCFs devem manter-se entre 110bpm e 160bpm, salvo durante acelerações transitórias.
- ✓ Discreta elevação da PA pode ser justificada pelo próprio TP, porém picos hipertensivos são inaceitáveis.
- ✓ A contratilidade uterina deve ser de 3-4 contrações em 10 minutos, com duração entre 45-60s.
- ✓ A descida da apresentação deve ocorrer concomitantemente à evolução da dilatação cervical.
- ✓ No caso de bolsa rota, o líquido amniótico deve ter aspecto claro.

Pode-se lançar mão da amniotomia, ruptura da bolsa amniótica realizada propositalmente pelo profissional que está conduzindo o trabalho de parto, com uso de material apropriado e durante a contração uterina. Apesar de comprovadamente reduzir o tempo do TP em cerca de 60-120 minutos, não deve ser usada como procedimento de rotina, uma vez que pode propiciar o incremento de desacelerações da frequência cardíaca fetal, alterações plásticas sobre o polo cefálico, prolapso de cordão umbilical e/ou membros e, ainda, infecção ovular e puerperal. No entanto, pode ser aplicada para avaliar o LA perante suspeita de sofrimento fetal ou mesmo auxiliar na descida da apresentação quando suspeitada distócia de acomodação. Uma vez indicada, não há grau de dilatação cervical específico para que se faça o procedimento.

Ao realizá-la, deve-se manter o dedo dentro da cérvix até o completo esvaziamento do LA com perfeito encaixe do polo fetal no colo uterino; evitando-se, assim, o prolapso de cordão umbilical. Tal procedimento é desaconselhável em casos de polidramnia, pelo risco de descolamento prematuro de placenta e/ou prolapso de cordão.

Quando evidenciada hipocontratilidade uterina e descartada desproporção céfalo pélvica, pode-se usar ocitocina, com o objetivo de incrementar a atividade uterina e evitar resolução da gestação por via alta.

Obs: o manejo ativo do trabalho de parto eutócico, com uso de ocitócitos, deve ser evitado, uma vez que não afeta taxa de cesariana, satisfação materna e outros indicadores de morbidade materna e neonatal, sendo desnecessário e podendo ser prejudicial.

ASSISTÊNCIA NO PERÍODO EXPULSIVO (2º PERÍODO)

O período expulsivo inicia-se quando se atinge o grau máximo de dilatação cervical. A gestante começa a apresentar movimentos expulsivos involuntários e reentrantes (puxos). Observa-se o abaulamento da rima vulvar pelo polo fetal e a paciente, muitas vezes, encontra-se impaciente e ansiosa. É observado, ainda, desejo de evacuar devido à compressão da ampola retal.

Limites de tempo para a duração normal da fase ativa do segundo período		
PARIDADE	TEMPO ESPERADO	CONDUTA NA FALHA DE PROGRESSÃO
Nulíparas:	Com peridural: de 1–3 h. Sem peridural: de 0,5 –2,5 h	1. Suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas. 2. A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 2 horas. 3. Deve ser solicitada assistência adicional a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.
Múltiparas:	Com peridural: até 2 horas Sem peridural: até 1 hora	1. 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. 2. A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 1 hora 3. Deve ser solicitada assistência adicional a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.

Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período. Sua escolha dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional. Deve-se oferecer uma anestesia efetiva. Se a paciente recusar anestesia, o tempo não permitir ou se esta não estiver disponível, realizar bloqueio de pudendo combinado com anestesia local de períneo durante o parto instrumental.

É neste período que ocorre a maioria dos fenômenos mecânicos do parto, a saber:

- ✓ Descida da apresentação
- ✓ Flexão
- ✓ Rotação interna
- ✓ Extensão
- ✓ Desprendimento do polo fetal
- ✓ Rotação externa
- ✓ Restituição do polo fetal
- ✓ Liberação do ombro anterior
- ✓ Liberação do ombro posterior
- ✓ Expulsão fetal completa

Obs: nas nulíparas, geralmente, a insinuação ocorre antes do TP. Já nas múltiparas, isso pode ocorrer até no princípio do 2º período.

Ao identificar-se o início do período expulsivo, deve-se preparar a paciente para o parto, desencorajando-a a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal ou posição semi-supina, e

encorajando-a a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. A fim de favorecimento da respiração adequada, promover a atuação da força gravitacional, melhor fluxo uteroplacentário e melhorar a atividade uterina.

Puxos: deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação completa, o puxo deve ser adiado por pelo menos 1 hora ou mais, 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.

Atenção para:

- ✓ Sempre preservar a privacidade e o pudor da gestante, mantendo-se na sala somente o pessoal necessário.
- ✓ Deve-se ser cuidadoso com a conduta dentro da sala, utilizando-se uma linguagem apropriada, respeitando-se a paciente e seu acompanhante.
- ✓ É importante ainda, respeitar o princípio da autonomia da paciente, deixando que a mesma possa opinar e decidir sobre alguns aspectos, tais como: deambulação e posição durante o período expulsivo. Deve-se abolir completamente quaisquer tipos de atitudes ameaçadoras e/ou constrangedoras, a fim de conseguir a cooperação de pacientes pouco ou não cooperativas.
- ✓ Realizar assepsia da região perineal e face interna dos MMII, até o meio das coxas.
- ✓ A equipe assistencial deve estar completamente paramentada, incluindo material de proteção.
- ✓ No período expulsivo, deve-se realizar ausculta dos BCFs a cada 5 ou 15 minutos, dependendo, respectivamente, se há ou não fator de risco; sempre antes, durante e após as contrações uterinas (ausculta fetal intermitente). No momento da contração pode-se encontrar uma frequência cardíaca de até 100 bpm, sem que isso represente, necessariamente, um quadro patológico.
- ✓ É primordial preocupar-se com a proteção ao períneo quando do desprendimento do polo fetal. Recomendamos a utilização da manobra de Ritgen para controlar a deflexão da cabeça e orientar à mulher para não empurrar nesse momento.
- ✓ A realização de episiotomia de rotina NÃO é recomendada, salvo quando houver necessidade de evitar lacerações maternas extensas ou facilitar partos difíceis.
 - Uma vez necessária a realização de episiotomia, deve-se iniciá-la após anestesia local ou bloqueio de pudendo. 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.
- ✓ Após realização ou não da episiotomia, segue-se o desprendimento do polo cefálico (parto eutócico). O obstetra deve, então, pesquisar a existência de circular de cordão, reduzindo-a por sobre o polo cefálico ou clampeando-a e seccionando-a, caso haja dificuldade em realizar

tal manobra. Nos casos de rápida expulsão fetal, aonde não haja tempo hábil para se desfazer a circular de cordão, pode-se passar a mesma por sobre os ombros fetais, enquanto segura-se o feto.

- ✓ Após o nascimento, tanto em parto vaginal como abdominal, é primordial entregar o RN imediatamente à mãe, promovendo o contato pele a pele, secando-o e aquecendo-o, para que se possa, logo em seguida, dar início ao aleitamento materno (neonato com Apgar > 7 sem presença de mecônio espesso).
- ✓ Retardar o momento do clameamento do cordão umbilical, em pelo menos 2 min, está relacionado com melhores resultados neonatais, que se estendem pela infância, tais como: melhora do hematócrito e redução do risco de anemia
- ✓ O contato pele a pele precoce melhora os resultados neonatais em termo de menor choro e maior estabilidade cardiorespiratória além de aumentar o sucesso da amamentação, devendo o RN permanecer no mínimo 30 a 120 minutos sobre a sua mãe se suas condições de nascimento assim o permitir.
- ✓ Caso o RN apresente Apgar < 7 e/ou presença de mecônio espesso, deve-se entregá-lo imediatamente aos cuidados do neonatologista.

ASSISTÊNCIA A DEQUITAÇÃO (3º E 4º PERÍODOS)

Período de extrema importância devido à gravidade e complexidade de suas complicações, cujas principais são:

- ✓ Sangramento transvaginal profuso (uma das principais causas de mortalidade materna)
- ✓ Retenção de restos placentários provocando sangramento e/ou infecção puerperal
- ✓ Inversão uterina

Atualmente, a conduta ativa é recomendada no terceiro período. Após desprendimento de ombros, administra-se 10UI de ocitocina por via intramuscular, antes do clameamento e corte do cordão. Realizar manobra de verificação de descolamento da placenta e só então traciona-se delicadamente o cordão com uma das mãos, com a outra posicionada sobre o abdome materno e eleva-se o corpo uterino evitando-se assim, a inversão uterina (manobra de Brandt), segurando a placenta, ainda no momento em que a mesma transpõe a vulva, realizar a manobra de Jacob, impedindo-se que, por gravidade, caia, propiciando a permanência de membranas ovulares dentro do útero. Estas medidas são responsáveis por redução da frequência de sangramento pós-parto e da necessidade de extração manual da placenta.

Quando se evidenciar STV importante, acompanhado de atonia uterina, com ausência de formação do globo de segurança, deve-se utilizar novamente ocitócitos. Havendo suspeita de retenção de tecido placentário intraútero, a curagem deverá ser efetuada.

Depois de retirada a placenta é mandatório realizar sua revisão, evidenciando-se ausência ou não de cotilédones, assim como a integridade das membranas e cordão umbilical.

Realizar, ainda, revisão do canal de parto, procedendo-se à sutura da episiotomia, caso realizada, ou a correção de lacerações decorrentes do parto. Ambas com sutura contínua. Orienta-se utilização de fio Vycril 2-0 ou Catgut 2-0. Caso haja retenção placentar com STV importante, deve-se realizar a extração manual da placenta, seguida de curagem, realizando reposição volêmica e/ou uso de ocitocina, se necessários, previamente ao procedimento.

Na hora que se segue após a dequitação, o chamado 4º período (período de Greenberg), deve-se ainda, manter controle rigoroso dos sinais vitais, assim como observação do STV.

Nas horas seguintes, observar a loquiação, alimentar a paciente, promover seu asseio e estimular a deambulação e amamentação.

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Estímulo à preparação da cérvix e às contrações uterinas por meio de medicações ou de outros métodos, levando ao desencadeamento do trabalho de parto.

Indicações

- ✓ Pós-termo
- ✓ Óbito fetal
- ✓ Corioamnionite
- ✓ Descolamento Prematuro de Placenta
- ✓ Hipertenão Gestacional
- ✓ Pre-eclampsia/eclampsia
- ✓ Ruptura prematura de membranas ovulares
- ✓ Condições médicas maternas (ex.: Hipertensão arterial crônica, Diabetes, doenças renais, doença pulmonar crônica, Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide)
- ✓ Comprometimento fetal (ex.: Crescimento Intrauterino Restrito severo, isoimunização e oligodramnia)
- ✓ Questões sociais.

Contra-indicações:

- ✓ Placenta prévia centro-total
- ✓ Vasa prévia
- ✓ Apresentação córmica
- ✓ Prolapso de cordão umbilical com feto vivo

- ✓ Cesárea clássica anterior e outras cicatrizes uterinas prévias (miomectomias)
- ✓ Normalidade na pelve materna
- ✓ Herpes genital ativo com feto vivo
- ✓ Tumores prévios (tumor de colo ou vagina e mioma uterino em segmento inferior)
- ✓ Desproporção cefalopélvica

Relativas:

- ✓ Frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora
- ✓ Macrossomia fetal (peso fetal estimado pela ultrassonografia >4.000)
- ✓ Gestação gemelar
- ✓ Apresentação pélvica
- ✓ Doença cardíaca materna
- ✓ Polidrâmnio
- ✓ Grande multiparidade
- ✓ Oligo-hidrâmnio (ILA (ILA<5)
- ✓ Cesariana anterior (cicatriz transversa)

Maturação Cervical

A maturação cervical é um bom preditor de probabilidade de parto vaginal, quando na indução do parto. A avaliação do status cervical dá-se através do Sistema de Escore de BISHOP. Quando um Índice de BISHOP desfavorável (BISHOP < ou =6), o amadurecimento do colo torna-se prioridade frente à indução. O amadurecimento cervical é um processo complexo que resulta em apagamento (afinamento) e dilatação (distensibilidade) do colo.

ESCORE DE BISHOP

Característica do colo e apresentação/ Pontuação	Dilatação	Posição	Consistência	Plano de De Lee
0	Fechado	Posterior	Firme	-3
1	1 a 2cm	Intermediário	Médio	-2
2	3 a 4cm	Anterior	Amolecido	-1 ou 0
3	>5cm			+1 ou +2

Pontuação ≤ 06: Promover amadurecimento do colo com Misoprostol
Pontuação 07 ou 08: deve se individualizar o caso, geralmente é preferível maturação do colo ante a indução
Pontuação ≥ 09: Colo favorável para indução com ocitocina

Métodos para indução de parto

- ✓ Descolamento das membranas
- ✓ Misoprostol
- ✓ Ocitocina

ESQUEMA DE INDUÇÃO DO PARTO COM OCITOCINA			
Tipo de esquema	DOSE* - mU/min	X2 DOSE* - gts/min	X6 DOSE* - ml/h
Início	1 a 2 mU/min	2 a 4 gts/min	6 a 12 ml/h
Acréscimo	1 a 6 mU/min	2 a 12 gts/min	6 a 36 ml/h
*Diluir 05UI de Ocitocina em 500ml de SG 5% e infundir em BI Meia vida da Ocitocina é de 05min Monitorização rigorosa das condições uterinas e fetais Diminuir dose ou suspender infusão se taquissistolia uterina Dose máxima de 80ml/h			

Complicações:

- ✓ Hiperestimulação Uterina

O diagnóstico e o tratamento precoce de uma contratilidade uterina anômala podem evitar danos perinatais decorrentes da hipóxia. Assim, diante de taquissistolia uterina, o RCOG recomenda:)
diminuir ou suspender a perfusão de ocitocina;

administrar oxigênio sob cateter nasal;

hidratação venosa;

mudança de decúbito da paciente;

instituir imediatamente a monitorização eletrônica fetal intraparto.

Nas gestantes com hipercontratilidade uterina por uso de prostaglandinas, incluindo o misoprostol, a remoção da parte não absorvida do medicamento pode ajudar a reduzir o tônus e o número de contrações. A irrigação vaginal com solução fisiológica não é recomendada. Se a alteração ocorreu com a utilização da ocitocina, usualmente a redução ou suspensão da infusão resolve o problema. Caso não seja solucionado e principalmente quando ocorrer alteração na frequência cardíaca fetal, a tocólise poderá ser adotada, ministrando-se terbutalina na dose de 0,25 mg por via subcutânea.

- ✓ Rotura Uterina

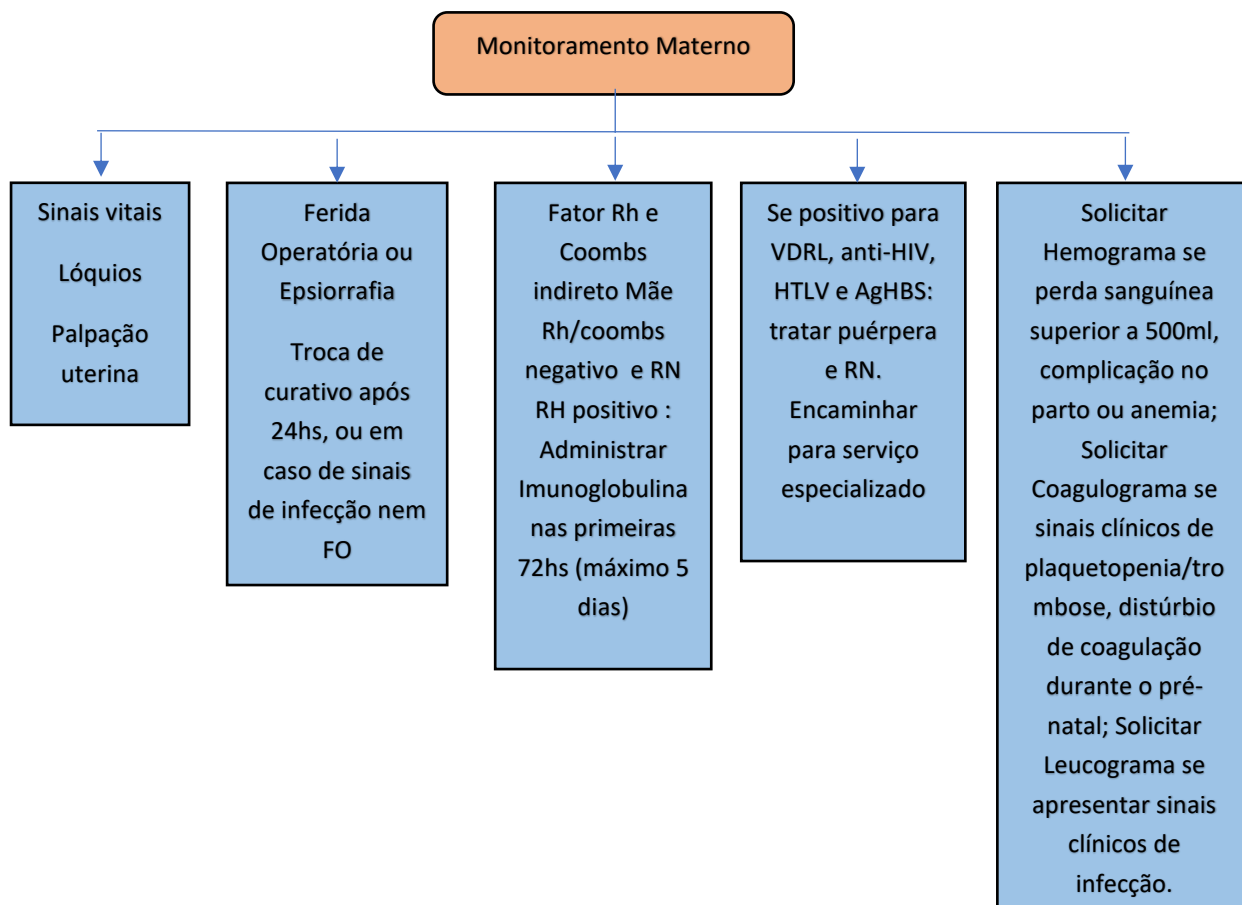
O risco é aumentado durante a indução do trabalho de parto, mas o risco absoluto é baixo e a maioria dos casos ocorrem em mulheres com cirurgias uterinas prévias.

- ✓ Prolapso de Cordão

Pode ocorrer na realização de amniotomia. Para evitar essa complicação, antes da indução deve ser avaliada a parte fetal que se apresenta e evitar o procedimento caso a apresentação fetal esteja alta.

AValiação e Cuidados Pós -CIRURGICO

CONCEITOS	
IMEDIATO	1 A 10 DIAS PÓS-PARTO
TARDIO	11 A 42 DIAS PÓS- PARTO
REMOTO	A PARTIR DE 43 DIAS PÓS PARTO



INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO – ORIENTAÇÕES

GERAIS

- ✓ A interrupção da gestação eletiva é realizada pelo médico pré-natalista por contato telefônico com Enfermeiro responsável do CC do Hospital e a data será determinada de acordo com a disponibilidade no mapa cirúrgico de cirurgias eletivas).
- ✓ A via de parto será determinada em comum acordo com GO plantonista do dia e a paciente.
- ✓ Para avaliação da vitalidade fetal dispomos de cardiocografia. A mesma deve ser solicitada em receituário comum e o exame é realizado no Hospital Municipal e o resultado é avaliado pelo GO plantonista.

Gestantes sem comorbidades:

- ✓ PRIMIGESTAS – a interrupção da gestação será agendada com 41 semanas completas de idade gestacional (conforme disponibilidade no mapa cirúrgico de cirurgias eletivas);
- ✓ GESTANTES COM 1 CESÁREA ANTERIOR – interrupção da gestação será agendada com 40 semanas completas de idade gestacional;
- ✓ GESTANTES COM 2 OU MAIS CESÁREAS ANTERIORES (ITERATIVIDADE) - interrupção da gestação será agendada com 39 semanas completas de idade gestacional;

Gestantes com comorbidades:

- ✓ Placenta prévia: entre 36 sem e 37 sem 6 dias.
- ✓ Miomectomia (múltiplos leiomiomas excisados com cavidade endometrial aberta): entre 37 sem e 38 sem 6 dias.
- ✓ Miomectomia (leiomioma subseroso pedunculado e sem comprometimento miometrial): decisão obstétrica.
- ✓ Restrição do crescimento intrauterino (RCIU) não complicado: entre 38 sem e 39 sem 6 dias.
- ✓ Oligoâmnio isolado: entre 37 sem e 38 sem.
- ✓ HAC compensada: a partir de 39 sem.
- ✓ HA gestacional compensada: a partir de 38sem.

- ✓ Pré-eclâmpsia com bom prognóstico: a partir de 37 sem.
- ✓ DMG com dieta: 39 sem.
- ✓ DMG com medicação: 38 a 39 sem.
- ✓ Gemelar dicoriônica diamniótica: entre 38 sem e 39 sem.

Atenção!

Casos que não estejam contemplados no protocolo, deverão ser discutidos com o médico obstetra de plantão.

HEMORRAGIA PÓS PARTO POR ATONIA UTERINA

Perda sanguínea maior que 500 ml no pós-parto vaginal ou maior que 1000 ml na cesariana.

No período intraparto, deve-se ter cuidados em relação ao uso da Ocitocina. Isso não significa não utilizar Ocitocina, mas sim utilizá-la de forma racional. Ela é uma droga muito importante durante a assistência ao trabalho de parto, mas seu uso excessivo traz malefícios, sendo um deles o aumento do risco da hemorragia puerperal.

Tratamento

É importante lembrar-se das causas da hemorragia pós-parto, através do mnemônico dos 4T's:

- ✓ Tônus
- ✓ Trauma
- ✓ Tecido
- ✓ Trombina

Tratar a hemorragia pós-parto sem saber a causa é inadequado. Contudo, na dúvida, inicia-se o tratamento pela atonia uterina, pois é a causa mais comum de hemorragia pós-parto, mas continua-se a investigação de outras possíveis causas.

Há também o sangramento relacionado à Doença Trofoblástica Gestacional (mola hidatiforme), especialmente para àquelas pacientes que sangram após 24 horas pós-parto, em sangramentos mais tardios.

Tônus – Atonia Uterina

Em uma paciente com atonia uterina, a primeira manobra é a compressão bimanual do útero. Não é uma massagem, mas sim uma compressão. Ela deve ser mantida até o preparo da Ocitocina.

O primeiro medicamento na atonia uterina é a Ocitocina, pois ela tem um início de ação rápido. Deve ser feita de maneira endovenosa no tratamento (De 2 a 5 minutos já se pode observar se a paciente está respondendo ao uso do medicamento). Se não há resposta com a Ocitocina, deve-se recorrer aos derivados de Ergot (Metilergometrina). Está contraindicado nos casos de hipertensão (pelo risco de acidentes vasculares cerebrais). Se a Ergometrina também não funciona deve-se utilizar o Misoprostol, via retal. O problema do uso do Misoprostol é que leva em torno de 15 minutos para fazer efeito por essa via. É importante que se mantenha a compressão uterina até que os medicamentos tenham realizado o seu efeito.

Junto com a Ocitocina, deve-se iniciar também o Ácido Tranexâmico, medicamento antifibrinolítico (1 grama a ser infundido em 10 minutos). Isso vale para qualquer tipo de hemorragia, independente da causa.

Se ocorrer falha do tratamento medicamentoso deve-se tentar o uso do balão de tamponamento intrauterino. Essa é uma tecnologia útil no controle do sangramento uterino em pacientes com atonia uterina. O balão sinaliza a necessidade de abordagem cirúrgica. Se falhar em controlar o sangramento, está indicada a laparotomia.

Quando a cirurgia está indicada, pode-se lançar mão das suturas compressivas e ligaduras de artérias uterinas. Caso, tais estratégias cirúrgicas conservadoras não funcionem, a opção final é a histerectomia.

Trauma

Pensando-se no tratamento de pacientes que apresentam trauma do canal do parto, é necessário verificar se há laceração de trajeto e se há necessidade de suturar. Normalmente as lacerações de primeiro grau não precisam ser suturadas, mas as de segundo grau, diante de um quadro de hemorragia, merecem uma hemostasia rigorosa.

Caso a mulher tenha desenvolvido um hematoma que esteja aumentando, ou que esteja muito grande, talvez seja necessário abordá-lo. Se a paciente tem uma rotura ou inversão uterina, também precisa realizar o tratamento específico, imediatamente.

Tecido

Se falarmos de retenção placentária, normalmente aguarda-se 30 minutos para que a placenta desprendam-se do útero. Caso a placenta não saia após esse período, considera-se retenção placentária, e pode-se tentar a extração manual da placenta. Deve-se, durante esse procedimento, verificar se existe plano de clivagem entre a parede uterina e a placenta. Caso não exista, não devemos insistir na sua extração, pois se pode estar diante de um quadro de acretismo placentário.

Caso esteja diante de um quadro de acretismo placentário na urgência, não há como estimar a perda sanguínea que a paciente terá, caso seja abordada nesse momento. Dessa forma, não tente remover a placenta e chame ajuda. Talvez, o ideal seja deixar a placenta in situ (dentro do útero), encaminhar a paciente para um serviço de referência de tratamento de acretismo placentário para confirmação diagnóstica e avaliação da extensão da invasão placentária. Contudo, se há suspeita de

acretismo placentário e a paciente apresentar sangramento volumoso na urgência, há que se realizar uma laparotomia imediata para controle do sangramento.

Trombina – Coagulopatias

É fundamental ter atenção às pacientes com coagulopatia (Ou àquelas em uso de medicações tais como ácido acetilsalicílico (AAS), heparina ou que tenham Síndrome HELLP na pré-eclâmpsia). É necessário tratar essas pacientes de forma específica.

Independente da causa da hemorragia deve-se lembrar de realizar o Ácido Tranexâmico (1g EV em 10 minutos) imediatamente. Os uterotônicos serão utilizados somente para os casos de atonia.

Classificação de Risco da Hemorragia Pós-parto

Risco	Características maternas	Recomendação
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem cicatriz uterina ▪ Gravidez única ▪ Menos que 3 partos vaginais prévios ▪ Sem distúrbios de coagulação ▪ Sem história de hemorragia pós-parto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo ativo do 3º período clínico ▪ Vigilância rigorosa por 1-2hs pós-parto ▪ Estimular presença de acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta
Médio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Histórico de hemorragia pós-parto ▪ Cicatriz uterina ▪ ≥4partos vaginais ▪ IMC> 35kg/m² ▪ Corioamnionite ▪ Indução de parto ▪ Miomatose ▪ Pré-eclâmpsia ou HAS gestacional leve ▪ Gestação múltipla ou polidrâmnio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo ativo do 3º período clínico ▪ Vigilância rigorosa por 1-2hs pós-parto ▪ Estimular a presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta ▪ Hemograma ▪ AVP (agulha 16G) ▪ Tipagem sanguínea
Alto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta previa ou de inserção baixa ▪ Acretismo placentário ▪ DPP ▪ Pré-eclâmpsia grave ▪ Coagulopatias ou anticoagulação ▪ Hematócrito <30% ▪ Plaquetas <100.000/mm³ ▪ Presença de 2 ou mais fatores de médio risco 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo ativo do 3º período clínico ▪ Vigilância rigorosa por 1-2hs pós-parto ▪ Estimular a presença de acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta ▪ Hemograma ▪ AVP (cateter agulha 16G) ▪ Tipagem Sanguínea ▪ Prova Cruzada ▪ Reserva de sangue

Profilaxia da Hemorragia Pós-parto

1. Ocitocina *	
Parto vaginal	10UI Intramuscular logo após o nascimento
Parto Cesárea	5UI infusão EV lenta em 3 minutos +solução de manutenção (20UI de ocitocina diluída em 500ml de SF 0,9% EV a 125ml/h por 4 a 12hs)
2. Ocitocina + misoprostol	
3. Ocitocina +ergometrina (contraindicado na hipertensão arterial /pré-eclampsia)	

*Não administrar ocitocina em bolus.

Não administrar doses de ataque superior a 5UI de ocitocina.

Diagnostico da Hemorragia Pós parto

Avaliação por Compressas	
Perda Sanguínea estimada (ml) = peso das compressas sujas de sangue(g) – peso estimado das compressas secas(g)	
50% da compressa suja =25ml	100% da compressa suja=75ml
75% da compressa suja = 50ml	Compressa pingando =100ml

Índice de Choque

Fórmula para cálculo

IC= FC/ PA Sistólica

Índice de Choque na Hemorragia Pós-parto					
Estimativa do sangramento	BPM	PAS (mmhg)	IC	Choque	Transfusão
500-1.000ml	60-90	>90	0,7-0,9	Compensado	Geralmente não
1.000-1.500ml	91-100	80-90	1,0-1,3	Leve	Possível
1.500-2.000ml	101-120	70-79	1,4-1,7	Moderado	Transfusão Maciça
>2.000ml	>120	<70	>1,7	Grave	

Tratamento

Controle do sítio de sangramento sempre que possível, dentro da primeira hora a partir do diagnóstico de hemorragia pós-parto, evitando a instalação da tríade letal das hemorragias: acidose, coagulopatia e hipotermia.

Parâmetros Alvo:

PAS	>80mmhg
HB	>8g/dl
Plaquetas	>50.000
Fibrinogênio	>1g/l
Temperatura	>35°C
pH	>7,2

Tratamento Farmacológico

Ocitocina (1ª escolha)	Metilergometrina	Misoprostol
5UI EV em 3min + 20UI-40UI em 500ml SF 0,9% a 250ml/h + Manutenção 125ml/h por 4hs	0,2mg IM Repetir em 20min (se necessário (não administrar em hipertensas	800mcg retal
Sangramento grave Manutenção 67,5ml/h por 24hs	Sangramento grave Realizar mais 3 doses de 0,2 mg, IM 4/4hs	
Não atrase o tratamento Mulheres em uso de ocitocina no trabalho de parto são menos responsivas ao tratamento com ocitocina na hemorragia pós-parto. Passe para a segunda dose caso a resposta seja insuficiente	Dose máxima 1mg/24h Se primeira dose falhar, é improvável que a segunda seja eficaz	Tempo para início da ação Via retal 15-20min

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A humanização do parto é o respeito à mulher como pessoa única, em um momento da sua vida em que necessita de atenção e cuidado. É o respeito, também, à família em formação e ao bebê, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso. Humanizar é:

- ✓ acreditar que o parto normal é fisiológico e que na maioria das vezes não precisa de qualquer intervenção;
- ✓ saber que a mulher é capaz de conduzir o processo e que ela é a protagonista desse evento;
- ✓ conversar, informar a mulher sobre os procedimentos e pedir sua autorização para realizá-los;
- ✓ garantir e incentivar a presença a todo o momento de um acompanhante escolhido pela mulher, para lhe passar segurança e tranquilidade;
- ✓ promover um ambiente acolhedor;
- ✓ respeitar cada mulher na sua individualidade, levando em consideração seus medos e suas necessidades;
- ✓ oferecer à mulher as melhores condições e recursos disponíveis, para que se sinta acolhida e segura nesse momento tão especial;
- ✓ prestar assistência ao parto e nascimento seguindo as evidências científicas e os mais altos padrões de qualidade, de acordo com as Normas Técnicas e recomendações do Ministério da Saúde;
- ✓ permitir o contato imediato do bebê com a mãe logo ao nascer, e garantir que permaneçam juntos durante todo o período de internação.

A humanização do parto está focada no respeito às escolhas da mulher, no direito a um atendimento digno, respeitoso e sem qualquer tipo de violência. Os conceitos da humanização do parto devem estar presentes em todos os locais de assistência à gestante: em um hospital público,

privado, em uma casa de parto e até numa residência. O que importa é que sejam adotadas práticas que garantam o direito à informação e às escolhas da mulher.

- ✓ Tricotomia: é a raspagem dos pelos pubianos. É considerada desnecessária.
- ✓ Episiotomia (episio ou pique): corte no períneo (região entre a vagina e o ânus) feito com a intenção de facilitar a saída do bebê; atualmente já se sabe que a episiotomia rotineira pode causar mais danos do que benefícios. Por isso, seu uso deve ser limitado.
- ✓ Enema: é a lavagem intestinal. É incômoda e constrangedora para muitas mulheres, seu uso não traz benefícios para o trabalho de parto. Não deve ser feita.
- ✓ Proibição de ingerir líquidos ou alimentos leves durante o trabalho de parto: segundo a OMS, “o trabalho de parto requer enormes quantidades de energia. Como não se pode prever a sua duração, é preciso repor as fontes de energia, a fim de garantir o bem-estar fetal e materno”. Em uma gestante de risco habitual, com pouca chance de precisar de anestesia geral, a ingestão de líquidos e alimentos leves deve ser permitida.
- ✓ Manobra de Kristeller: é um empurrão dado na barriga da mulher com o objetivo de levar o bebê para o canal de parto. Esta prática pode ser perigosa para o útero e o bebê, não havendo evidências de sua utilidade.
- ✓ Soro com ocitocina para acelerar o trabalho de parto: a ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher para ajudar no trabalho do parto. É também conhecido como hormônio do amor, importante para a ligação entre mãe e bebê. O uso da ocitocina artificial apenas para acelerar o parto, sem uma indicação correta, não é adequado para a saúde da mãe e do bebê, podendo trazer riscos desnecessários.
- ✓ Posição da mulher deitada de barriga para cima durante o parto: é a posição mais desconfortável para a mulher e prejudica o fluxo de sangue e oxigênio para o bebê, além de dificultar o trabalho de parto, aumentando a intensidade da dor durante as contrações e a duração do trabalho de parto. As posições verticais, como ficar em pé, de cócoras, de quatro apoios ou deitada de lado facilitam o nascimento.
- ✓ Revisão rotineira, exploração do útero ou lavagem rotineira do útero após o parto: podem causar infecção, traumatismo e choque. Deve-se primeiramente examinar a placenta, para verificar se há alguma anormalidade e só então, caso necessário, realizar a revisão do útero. Mais que isso, a mulher deve ser observada cuidadosamente na primeira hora após o parto, para acompanhar a perda de sangue e a contração uterina.

As principais práticas de humanização do parto sempre que não houver problemas clínicos, elas devem ser respeitadas:

- ✓ Privacidade para a mãe e seu acompanhante.
- ✓ Possibilidade de se movimentar, caminhar, se sentar, o que facilita o parto.
- ✓ Possibilidade de se alimentar com líquidos ou alimentos leves.

- ✓ Acesso a métodos para alívio da dor durante a evolução do parto, desde massagens até a analgesia.
- ✓ Realização da ausculta fetal (ouvir os batimentos cardíacos do bebê) e o controle dos sinais vitais da mãe, além dos outros procedimentos necessários.
- ✓ Escolha da melhor posição para o parto.
- ✓ Contato imediato do bebê com a pele da sua mãe logo após o nascimento (se ela desejar), colocando-o sobre a sua barriga ou seios, de bruços e coberto de forma seca e aquecida. O contato pele a pele deve ser garantido tanto no parto normal quanto na cesárea, na primeira hora de vida e antes de qualquer procedimento de rotina, e não significa apenas O contato pele a pele verdadeiro acontece quando a criança fica no colo da mãe pela primeira hora de vida, algumas vezes até já se iniciando a amamentação nesse momento. mostrar o bebê ou encostá-lo rapidamente no rosto da sua mãe.
- ✓ Corte do cordão umbilical apenas quando pararem as pulsações (de 1 a 3 minutos após o nascimento).
- ✓ Estímulo da amamentação na primeira hora de vida.
- ✓ Realização dos procedimentos de rotina no recém-nascido apenas após a primeira hora de vida (pesar, medir, vacinar etc.)
- ✓ Se a mãe for HIV positivo, as regras do cordão umbilical e da amamentação não valem, para evitar a transmissão do vírus para o bebê.

Após o parto:

- ✓ Alojamento conjunto da mãe com o bebê e seu acompanhante desde o nascimento, não devendo haver “período de observação” no berçário sem uma indicação clínica concreta.
- ✓ Controle da luz, da temperatura e de ruídos no ambiente.
- ✓ Início da amamentação ainda na primeira hora de vida, sendo mantida como única alimentação até o sexto mês do bebê. Depois disso, o bebê deve continuar tomando leite materno, junto a outros alimentos, até os dois anos de idade ou mais

Documentos atrelados

- ✓ O Plano de Parto é um texto contendo as escolhas da mulher para o seu pré-parto, parto e pós-parto. Pode ser feito em forma de uma carta e deve trazer suas preferências de forma clara para orientar os profissionais de saúde que acompanharão o processo. O texto deve ser elaborado durante o pré-natal e deve ser acompanhado de orientações sobre alimentação, exercícios físicos e respiratórios preparatórios (anexo III).
- ✓ A Resolução 368 da ANS determina que seja fornecido o cartão da gestante, um instrumento com os registros das consultas do pré-natal que deve ser apresentado nos estabelecimentos de saúde durante a gestação e quando entrar em trabalho de parto.

- ✓ O partograma é um documento gráfico onde o profissional de saúde registra o desenvolvimento do trabalho de parto, incluindo a justificativa de necessidade de operação cesariana e é parte integrante do processo para pagamento do parto (Anexo IV).
- ✓ O profissional assistente deverá preencher a Lista de Verificação para Parto Seguro (anexo V), estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.

ORIENTAÇÃO ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade.

Cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o processo do aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar e, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família.

TIPOS DE ALEITAMENTO MATERNO

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007a). Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

- ✓ **Aleitamento materno exclusivo:** Quando a criança recebe somente leite Aleitamento materno exclusivo materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.
- ✓ **Aleitamento materno predominante:** Quando a criança recebe, além do Aleitamento materno predominante leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas.
- ✓ **Aleitamento materno:** Quando a criança recebe leite materno (direto da mama Aleitamento materno ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos

- ✓ **Aleitamento materno complementado:** Quando a criança recebe, além Aleitamento materno complementado do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- ✓ **Aleitamento materno misto ou parcial:** Quando a criança recebe leite Aleitamento materno misto ou parcial materno e outros tipos de leite

CUIDADOS E CONDUTAS

1. Recepcionar mãe e bebê no berçário, de forma empática;
2. Verificar se a paciente possui encaminhamento por escrito (quando esta vem encaminhada da Unidade Básica de Saúde)
3. Caso a paciente venha encaminhada de outro serviço, verificar se um profissional desta unidade assistencial a acompanha para tomar conhecimento de procedimentos e técnicas necessários para proporcionar o aleitamento materno.
5. Conversar com a mãe buscando identificar as dificuldades na amamentação.
6. Posicionar a mãe de forma confortável.
7. Avaliar mamada, pega, vínculo mãe-bebê
8. Identificar dificuldades, crenças e receios maternos
9. Avaliar tipo de auréola

O tipo de auréola, na maioria dos casos não interfere na capacidade de amamentar. No entanto, podem requerer implementação de posicionamentos diferenciados para uma pega efetiva



Invertido

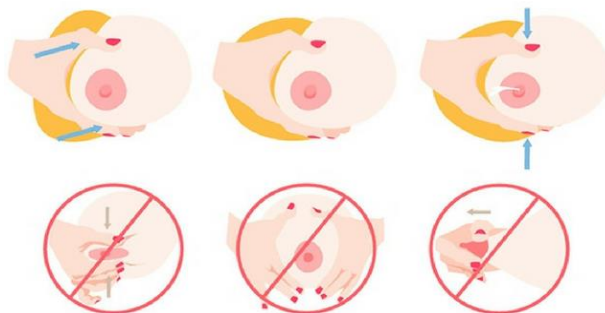


Plano



Protuso

10. Como realizar e orientar ordenha



11. Orientar pega:

- ✓ Proporcionar ambiente tranquilo;
- ✓ Posicionar a mãe de maneira confortável;
- ✓ Posicionar o bebê no colo da mãe, na mesma mama em que foi alimentado na última mamada
- ✓ Posicionar a boca do bebê de forma que abranja toda auréola, não somente o bico do peito;
- ✓ Lábios para fora;
- ✓ Boca aberta, lábios para fora;
- ✓ Sem estalo, bochecha redonda, sensação de sucção;
- ✓ Manter o bebê no peito até que se sinta saciado, solte o peito ou adormeça.
- ✓ Para retirar o bebê do peito, inserir o dedo mindinho entre a boca do bebê e auréola do peito para reduzir o vácuo provocado pela pega. Tal medida reduz a possibilidade de lesões e rachaduras na mama.



Obedece ao ciclo: Sugar – Engolir – Respirar.

12. Orientar técnica do copinho

A técnica do copinho é utilizada quando há impossibilidade do RN sugar a mama da mãe por motivos clínicos ou dificuldade para mamar.

- ✓ O copinho deverá ser posicionado de forma a abranger toda a cavidade oral do paciente;
- ✓ Além disso deve ser posicionado abaixo da língua do bebê para estimular que o bebê busque o leite com a língua.



13. Orientar técnica da sondinha

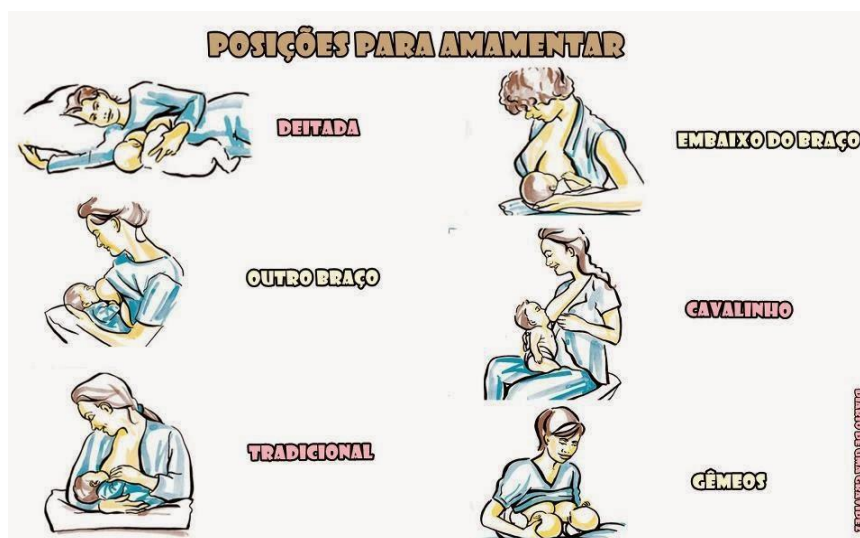
- ✓ A técnica da sondinha deve ser utilizada no processo de relactação.
- ✓ Preparar: Sonda Nasogástrica nº4 e frasco estéril



14. Dispositivos complementares

- ✓ Bico de silicone: não deve ser usado de forma rotineira. Sua indicação é prevista em casos extremos em que o bebê tem dificuldade de pega. Pode provocar confusão de bicos para o bebê
- ✓ Ordenhadeiras manuais e elétricas: podem ser usadas para auxiliar puérperas a retirarem leite, porém não devem desestimular o contato do bebê com o seio materno.
- ✓ Protetor de silicone: não deve ser utilizado pois o acúmulo de leite pode funcionar como meio de cultura de microrganismos e promover infecções.

15. Orientar posicionamento para mamada



16. Orientar benefícios da amamentação

- ✓ Alimento completo
- ✓ Proteção contra infecções e alergias
- ✓ Sempre pronto e na temperatura certa
- ✓ Bom para a dentição e a fala
- ✓ Bom para o desenvolvimento infantil
- ✓ Ele é o alimento ideal, não sendo necessário oferecer água, chá e nenhum outro alimento até os seis meses de idade.
- ✓ Desestimular uso de mamadeiras e chupetas. As mamadeiras, chucas, chupetas e bicos intermediários podem ocasionar:
 - Maior risco de contaminar o leite e provocar doenças;
 - Atrapalhar o aleitamento materno;
 - Pode modificar a posição dos dentes, prejudicar a fala e a respiração e tornar o bebê um respirador bucal;
 - É mais caro e sua preparação dá mais trabalho;
 - Diminui o contato entre mãe e filho;
 - Orientar sobre tipos de leite e tempo de mamada
- ✓ "Colostro: Amarelado, rico em proteínas, anticorpos/Imunoglobulinas.
- ✓ Começa a aparecer durante a gravidez; vem em pouca quantidade, porém suficiente até a descida do leite. "Vacina de ouro"
- ✓ Orientar e estimular rede de apoio a puérpera /mãe no processo de amamentação
- ✓ Participação do pai e dos avós desde as consultas de puerperais;
- ✓ Ajudar no cuidado com a casa e os filhos;
- ✓ Encorajar e incentivar a mãe a amamentar;
- ✓ Orientar a mãe a procurar o serviço de saúde (PSF) em casos de dúvidas sobre a amamentação;

- ✓ Não fumar perto da criança;
- ✓ NÃO trazer para a casa produtos que prejudicam a amamentação, como latas de leite, mamadeiras e chupeta.

17. Realizar avaliação clínica:

17.1. Apojadura:

- ✓ Preparação para a descida do leite;
- ✓ Mamas intumescidas, duras e volumosas;
- ✓ Acontece normalmente a partir do 3º dia após o nascimento;



17.2. Realizar exposição da mama para verificar a presença de:

- ✓ Rachaduras;
- ✓ Feridas;
- ✓ Mastite;

17.3. Em caso de mastite, ingurgitamento mamário, feridas e rachaduras:

- ✓ Realizar e Orientar ordenha;
- ✓ Orientar umedecer/hidratar a aureola da mama com leite materno, para melhorar a pele;
- ✓ Verificar temperatura e sinais de infecção;
- ✓ Solicitar avaliação médica;
- ✓ Desestimular uso de compressas frias e/ou quentes, sem acompanhamento de profissional de enfermagem, assim como ordenha imediatamente após;
- ✓ Desestimular uso de pomadas.

17.4. Candidíase mamária:

- ✓ Manter os mamilos secos e arejados;
- ✓ Mãe e bebê devem ser tratados juntos;

- ✓ Solicitar avaliação e prescrição médica de tratamento farmacológico.
- ✓ "Mamilos ao sol"

*Atribuições da
Equipe
Assistencial*

Atribuições Gerais

Profissionais da Recepção:

- ✓ Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- ✓ Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados;
- ✓ Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na emergência do centro obstétrico/maternidade, para fins estatísticos;
- ✓ Encaminhar a paciente para a Classificação de Risco;
- ✓ Dar baixa nas fichas das pacientes que não foram internadas;
- ✓ Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- ✓ Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- ✓ Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- ✓ Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- ✓ Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
- ✓ Escutar a queixa, os medos e expectativas da mulher;
- ✓ Acomodar e/ou posicionar a usuária adequadamente para que possa ser avaliada na classificação de risco;
- ✓ Aferir sinais vitais da mulher;
- ✓ Encaminhar a usuária para atendimento após classificação de risco;
- ✓ Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames e de medicação, quando for o caso;
- ✓ Estar alerta para as necessidades de reclassificação da mulher enquanto aguardam atendimento;
- ✓ Identificar e comunicar a supervisão do plantão casos de abusos, negligência e violação de direitos;
- ✓ Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Enfermeiro:

- ✓ Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável a prioridade da mulher, de acordo com a queixa apresentada;
- ✓ Chamar a mulher pelo nome, solicitando também a presença de um acompanhante;
- ✓ Acolher a mulher e acompanhante de forma cordial e responsável;
- ✓ Classificar o risco com rapidez e eficiência, seguindo o protocolo adotado;
- ✓ Estar atenta a avaliação e evolução clínica da paciente;
- ✓ Monitorar situação de liberação da vaga, em caso de gestantes aguardando transferência via SUS -fácil.
 - Quando liberada a vaga no sistema, providenciar transporte, profissionais, equipamentos e materiais para transferência segura da gestante;
 - Em caso de risco de parto no trajeto, solicitar Médico, Pediatra e técnico de enfermagem para transferência;
- ✓ Anexar a ficha de “notificação de violência”, quando houver suspeita ou confirmação de caso, comunicar órgãos responsáveis;
- ✓ Registrar dados da classificação na ficha de atendimento, sinalizando através de cores a classificação da mulher;
- ✓ Orientar a mulher de forma clara quanto à sua situação e quanto ao tempo de espera do atendimento;
- ✓ Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
- ✓ Reclassificar as usuárias quando necessário;
- ✓ Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- ✓ Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem, orientando corretamente quando necessário;
- ✓ Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- ✓ Registrar em livro próprio as ocorrências do setor.

Enfermeiros Obstetras:

- ✓ Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, de acordo com protocolo institucional e com o acesso imediato ao obstetra, quando necessário;
- ✓ Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher;
- ✓ Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da mulher;
- ✓ Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo deixá-lo sem que outro funcionário o assuma.

Médicos Obstetras:

- ✓ Atender as usuárias que a eles competem de forma acolhedora;
- ✓ Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da paciente;
- ✓ Quando necessário cadastrar paciente no SUS-Fácil, realizar contato via telefone com regulação e hospital de referência;
 - Realizar sempre que necessário contato de médico para médico;
 - Em caso de risco de parto no trajeto, solicitar Médico, Pediatra e técnico de enfermagem para transferência;
- ✓ Notificar casos de mulheres vítimas de violência e proceder ao tratamento segundo protocolo específico;
- ✓ Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária;
- ✓ Realizar passagem de plantão regularmente, não podendo abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

Doulas:

A acompanhante treinada, além do apoio emocional, deve fornecer informações a parturiente sobre todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, intervenções e procedimentos necessários, para que a mulher possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas durante este período.

São atribuições da doula no trabalho de parto e parto:

- ✓ Em posse de sua credencial, a Doula deverá se apresentar à equipe de profissionais do Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia e do Centro Obstétrico, no momento da internação da paciente que irá acompanhar durante o trabalho de parto e parto.
- ✓ A Doula deverá apresentar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II), assinado pela parturiente, para sua atuação no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, que será anexado no prontuário da paciente.
- ✓ Fica terminantemente proibida a interferência por parte da Doula na conduta médica, de Enfermagem e dos demais membros da equipe, bem como a realização de procedimentos técnicos que possam caracterizar exercício ilegal de profissão, mesmo que a Doula tenha formação profissional na área da saúde.
- ✓ Os profissionais médicos e enfermeiros obstetras são os responsáveis técnicos pelo atendimento e pela assistência à mulher, tendo autonomia e autoridade para tomar decisões clínicas cabíveis.

- ✓ A Doula deverá seguir as normas técnicas da instituição e da Maternidade. Caso contrário, poderá ser convidada a interromper o acompanhamento que está realizando à mulher.
- ✓ O Hospital Municipal de São Gotardo oferece a utilização de: bola suíça, chuveiro (banho terapêutico). Fica sob a responsabilidade da Doula (se necessário e se a parturiente desejar) o uso de: óleos e essências, massagedor e outros acessórios.
- ✓ Cabe a Doula:
 - Orientar a mulher a assumir a posição que mais lhe agrade durante as contrações;
 - Favorecer a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade;
 - Auxiliar na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos;
 - Orientar a mulher sobre métodos para alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários;
 - Estimular a participação do marido ou companheiro em todo o processo;
 - Apoiar e orientar a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada.

SUBSTÂNCIAS E SUAS CATEGORIAS DE RISCO NA GRAVIDEZ E NO ALEITAMENTO
(ANVISA,2010)

Substância - Contraindicado)	Categoria de risco na gravidez -	Aleitamento (Compatível/ Criterioso/
❖ Abacavir C Contraindicado	❖ Ácido clavulânico B Criterioso	❖ Adenosina C Criterioso
❖ Abciximabe D Criterioso	❖ Ácido clodrônico C Contraindicado	❖ Albendazol D Criterioso
❖ Acamprosato C Criterioso	❖ Ácido cromoglicólico C Criterioso	❖ Alfaepoetina C Criterioso
❖ Acarbose B Contraindicado	❖ Ácido etidrônico C Criterioso	❖ Alfafolitropina X Contraindicado
❖ Acebutolol B (D se usado no 2º ou 3º trimestres) Contraindicado	❖ Ácido fólico A (C se usado em doses acima das necessidades diárias) Compatível	❖ Alfainterferona 2a C Contraindicado
❖ Aceclofenaco C Compatível	❖ Ácido fusídico C Criterioso	❖ Alfainterferona 2b C Contraindicado
❖ Acemetacina C Compatível	❖ Ácido mefenâmico C (D se usado no 3º trimestre ou perto do parto) Criterioso	❖ Alfapeginterferona 2a C Criterioso
❖ Acenocumarol D Criterioso	❖ Ácido mefenâmico C (D se usado no 3º trimestre ou perto do parto) Criterioso	❖ Alfapeginterferona 2b C Criterioso
❖ Acetato de glatirâmer C Criterioso	❖ Ácido nalidixico C Criterioso	❖ Almitrina D Criterioso
❖ Acetazolamida C Contraindicado	❖ Ácido nicotínico C Criterioso	❖ Almotriptana C Criterioso
❖ Acetilcisteína B Criterioso	❖ Ácido pamidrônico D Criterioso	❖ Alopurinol C Criterioso
❖ Aciclovir C Compatível	❖ Ácido quenodesoxicólico C Criterioso	❖ Alprazolam D Criterioso
❖ Ácido acetilsalicílico D Criterioso	❖ Ácido tiaprofênico C (D se usado no 3º trimestre ou perto do parto) Criterioso	❖ Alprostadil X Criterioso
❖ Ácido alendrônico C Criterioso	❖ Ácido tranexâmico B Criterioso	❖ Alteplase C Criterioso
❖ Ácido aminocapróico C Criterioso	❖ Ácido ursodesoxicólico B Criterioso	❖ Amantadina C Contraindicado
❖ Ácido ascórbico A (C se usado em doses acima das necessidades diárias) Compatível em doses usuais	❖ Ácido valpróico D Criterioso	❖ Amicacina D Criterioso
❖ Ácido cítrico C Criterioso	❖ Acitretina X Criterioso	❖ Amifostina C Criterioso
	❖ Adapaleno X Criterioso	❖ Amilorida D Criterioso
		❖ Aminofilina C Compatível
		❖ Aminoglutetimida D Criterioso
		❖ Amiodarona D Contraindicado
		❖ Amisulprida C Criterioso

- | | | |
|--|---|--|
| ❖ Amitriptilina D
Criterioso | ❖ Azatadina B (D se
usado duas
semanas antes do
parto)
Contraindicado | ❖ Bicarbonato de
sódio C Criterioso |
| ❖ Amorolfina C
Criterioso | ❖ Azatioprina D
Contraindicado | ❖ Bimatoprost C
Criterioso |
| ❖ Amoxicilina B
Compatível | ❖ Azelastina C
Criterioso | ❖ Biperideno C
Criterioso |
| ❖ Ampicilina C
Compatível | ❖ Azintamida B
Criterioso | ❖ Bisoprolol C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso |
| ❖ Amprenavir C
Contraindicado | ❖ Azitromicina B
Criterioso | ❖ Bleomicina D
Contraindicado |
| ❖ Anfeparamona B
Criterioso | ❖ Aztreonam B
Criterioso | ❖ Brinzolamida C
Criterioso |
| ❖ Anfotericina B B
Contraindicado | ❖ Bacitracina C
Criterioso | ❖ Bromazepam D
Contraindicado |
| ❖ Anisindiona X
Criterioso | ❖ Baclofeno C
Criterioso | ❖ Bromelaína C
Criterioso |
| ❖ Anlodipino C
Criterioso | ❖ Beclometasona C
Criterioso | ❖ Brometo de
distigmina C
Criterioso |
| ❖ Ansacrina D
Criterioso | ❖ Bendroflumetiazida
C Criterioso | ❖ Brometo de
ipratrópio C
Criterioso |
| ❖ Antazolina C
Criterioso | ❖ Benfluorex C
Criterioso | ❖ Brometo de
piridostigmina C
Compatível |
| ❖ Apomorfina C
Contraindicado | ❖ Benserazida C
Contraindicado | ❖ Bromexina B
Criterioso |
| ❖ Apraclonidina C
Criterioso | ❖ Benzoato de benzila
C Criterioso | ❖ Bromocriptina B
Contraindicado |
| ❖ Aprotinina B
Criterioso | ❖ Benzocaína C
Criterioso | ❖ Bronfeniramina C
Contraindicado |
| ❖ Arginina B
Criterioso | ❖ Besilato de
atracúrio C
Criterioso | ❖ Brotizolam D
Criterioso |
| ❖ Articaína C
Criterioso | ❖ Betafolitropina X
Criterioso | ❖ Buclizina C (D se
usado duas
semanas antes do
parto) Criterioso |
| ❖ Asparaginase C
Contraindicado | ❖ Betainterferona 1a
D Criterioso | ❖ Budesonida
(inalatória) D
Criterioso |
| ❖ Aspartato de
arginina B Criterioso | ❖ Betainterferona 1b
D Contraindicado | ❖ Budesonida (oral) C
Criterioso |
| ❖ Atenolol D
Contraindicado | ❖ Betametasona C (D
se usado no 1º
trimestre) Criterioso | ❖ Bumetanida D
Criterioso |
| ❖ Atorvastatina X
Contraindicado | ❖ Betaxolol C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Bupivacaína C
Criterioso |
| ❖ Atracúrio C
Criterioso | ❖ Bexaroteno X
Contraindicado | ❖ Buprenorfina C
Contraindicado |
| ❖ Atropina C
Criterioso | ❖ Bezafibrato C
Contraindicado | |
| ❖ Auranofina C
Contraindicado | | |
| ❖ Aurotiomalato de
sódio C Compatível | | |
| ❖ Azapropazona C
Criterioso | | |

- | | | |
|---|---|--|
| ❖ Bupropiona C
Criterioso | ❖ Carmustina D
Contraindicado | ❖ Cetoconazol C
Criterioso |
| ❖ Buspirona B
Criterioso | ❖ Carteolol C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Cetoprofeno B (D se
usado no 3º
trimestre ou perto
do parto) Criterioso |
| ❖ Bussulfano X
Contraindicado | ❖ Carvedilol C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Cetorolaco C (D se
usado no 3º
trimestre)
Contraindicado |
| ❖ Cafeína C Criterioso | ❖ Cefaclor B Criterioso | ❖ Cetotifeno C
Criterioso |
| ❖ Calcifediol C (D se
usado em doses
acima das
necessidades
diárias) Criterioso | ❖ Cefadroxila B
Criterioso | ❖ Ciamemazina C
Criterioso |
| ❖ Calcitonina C
Criterioso | ❖ Cefalexina B
Criterioso | ❖ Cianocobalamina A
(C se usado em
doses acima das
necessidades
diárias; intranasal
ou injeção)
Compatível |
| ❖ Calcitriol C (D se
usado em doses
acima das
necessidades
diárias) Criterioso | ❖ Cefatrizina B
Compatível | ❖ Ciclandelato C
Criterioso |
| ❖ Candesartana C (D
se usado no 2º e 3º
trimestres)
Contraindicado | ❖ Cefeprozila B
Criterioso | ❖ Ciclindol C
Criterioso |
| ❖ Cânfora C Criterioso | ❖ Cefetamete B
Compatível | ❖ Ciclobenzaprina B
Criterioso |
| ❖ Captopril C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Cefixima B
Criterioso | ❖ Ciclofosfamida D
Contraindicado |
| ❖ Carbamazepina D
Criterioso | ❖ Cefodizima
dissódica B
Criterioso | ❖ Ciclopentiazida C
Criterioso |
| ❖ Carbenoxolona C
Criterioso | ❖ Cefonicida B
Criterioso | ❖ Ciclopirox olamina B
Criterioso |
| ❖ Carbidopa C
Criterioso | ❖ Cefotaxima B
Criterioso | ❖ Ciclosporina C
Contraindicado |
| ❖ Carbimazol D
Compatível | ❖ Cefoxitina B
Criterioso | ❖ Ciclosserina C
Criterioso |
| ❖ Carbocisteína C
Criterioso | ❖ Cefradina B
Criterioso | ❖ Cidofovir D
Contraindicado |
| ❖ Carbonato de cálcio
A (D se usado em
doses acima das
necessidades
diárias) Criterioso | ❖ Ceftazidima B
Criterioso | ❖ Cilastatina C
Criterioso |
| ❖ Carbonato de
magnésio A
Criterioso | ❖ Ceftibuteno B
Criterioso | ❖ Cilazapril D
Contraindicado |
| ❖ Carboplatina D
Contraindicado | ❖ Ceftriaxona B
Criterioso | ❖ Cimetidina B
Criterioso |
| ❖ Carisoprodol C
Criterioso | ❖ Cefuroxima B
Criterioso | ❖ Cinarizina C
Criterioso |
| | ❖ Celecoxibe C (até a
29ª semana de
gestação) ou D (com
30 ou mais semanas
de gestação)
Criterioso | ❖ Ciprofibrato C
Criterioso |
| | ❖ Cetirizina B
Criterioso | ❖ Ciprofloxacino C (D
se usado no 1º |

trimestre) Contraindicado	❖ Cloranfenicol C (D se usado perto do parto) Criterioso	❖ Dacarbazina D Contraindicado
❖ Ciproterona D Criterioso	❖ Clorazepato dipotássico D Criterioso	❖ Dactinomicina D Contraindicado
❖ Cisaprida C Criterioso	❖ Clordiazepóxido D Criterioso	❖ Dalteparina sódica C Criterioso
❖ Cisplatina D Contraindicado	❖ Cloreto de amônio C Criterioso	❖ Danazol X Contraindicado
❖ Citarabina D Contraindicado	❖ Cloreto de potássio C Compatível	❖ Dantroleno C Criterioso
❖ Citicolina D Criterioso	❖ Clorexidina C Criterioso	❖ Dapsona C Criterioso
❖ Citrato bismútico de ranitidina C Criterioso	❖ Clorfeniramina C Criterioso	❖ Daunorrubicina D Contraindicado
❖ Citrato de potássio B Criterioso	❖ Clorfenoxamina C Criterioso	❖ Deflazacorte D Criterioso
❖ Citrulina A Criterioso	❖ Cloroquina D Criterioso	❖ Desferroxamina C Criterioso
❖ Claritromicina D Criterioso	❖ Clorotiazida D Criterioso	❖ Desloratadina C Criterioso
❖ Clemastina C (D se usado duas semanas antes do parto) Criterioso	❖ Clorpromazina C Criterioso	❖ Desmopressina B Criterioso
❖ Clenbuterol B Criterioso	❖ Clorpromazina C (D se usado perto do parto) Criterioso	❖ Desogestrel X Contraindicado
❖ Clindamicina B Criterioso	❖ Clortalidona D Criterioso	❖ Desonida C Criterioso
❖ Clobazam D Contraindicado	❖ Clortetraciclina D Compatível	❖ Dexametasona C (D se usado na 1ª metade da gravidez) Criterioso
❖ Clobetasol C Criterioso	❖ Clotrimazol C Criterioso	❖ Dexbronfeniramina C Criterioso
❖ Clobetasona C Criterioso	❖ Clozapina C Criterioso	❖ Dexcetoprofeno C Criterioso
❖ Clofazimina C Criterioso	❖ Codeína C (D se usado por períodos longos ou em doses altas) Criterioso	❖ Dexclorfeniramina B Criterioso
❖ Clofibrato C Contraindicado	❖ Colecalciferol C (D se usado em doses acima das necessidades diárias) Criterioso	❖ Dexibuprofeno D Criterioso 503;
❖ Clomifeno X Contraindicado	❖ Colestipol C Criterioso	❖ Dextroalfatocoferol A (C se usado em doses acima das necessidades diárias) Criterioso
❖ Clomipramina C Criterioso	❖ Colestiramina C Criterioso	❖ Dextrometorfano C Criterioso
❖ Clonazepam D Criterioso	❖ Cortisona C (D se usado no 1º trimestre) Criterioso	❖ Dextropropoxifeno C (D se usada por períodos longos) Criterioso
❖ Clonidina C Criterioso		❖ Diazepam D Contraindicado
❖ Clopidogrel C Criterioso		
❖ Clorambucila D Contraindicado		

- | | | |
|---|---|--|
| ❖ Diclofenaco (tópico a 3%) B Criterioso | ❖ Diprofilina C Criterioso | ❖ Eprosartana C (D se usado no 2º e 3º trimestres) Criterioso |
| ❖ Diclofenaco (oftálmico) C Criterioso | ❖ Disopiramida C Criterioso | ❖ Eptifibatida C Criterioso |
| ❖ Diclofenaco (oral e demais) C (D se usado na 30ª semana ou mais de gravidez) Criterioso | ❖ Dissulfiram C Criterioso | ❖ Ergocalciferol C (D se usado em doses acima das necessidades diárias) Criterioso |
| ❖ Dicloxacilina B Criterioso | ❖ Dobutamina C Criterioso | ❖ Ergotamina X Contraindicado 510 518 511; 512 520 514 eritromicina B Criterioso |
| ❖ Dicumarol D Criterioso | ❖ Docetaxel D Contraindicado | ❖ Escitalopram C (D se usado na 2ª metade da gravidez) Contraindicado |
| ❖ Didanosina C Contraindicado | ❖ Domperidona C Criterioso | ❖ Esomeprazol B Criterioso |
| ❖ Didrogesterona D Criterioso | ❖ Dorzolamida D Criterioso | ❖ Espectinomomicina C Criterioso |
| ❖ Difenidramina B Contraindicado | ❖ Dosulepina D Criterioso | ❖ Espiramicina C Criterioso |
| ❖ Difenoxilato C Criterioso | ❖ Doxazosina C Criterioso | ❖ Espironolactona D Criterioso |
| ❖ Diflucortolona C Criterioso | ❖ Doxiciclina X Criterioso | ❖ Estavudina C (X se usado no 1º trimestre) Contraindicado |
| ❖ Digoxina C Criterioso | ❖ Doxorrubicina D Contraindicado | ❖ Estazolam X Contraindicado |
| ❖ Di-hidralazina C Compatível | ❖ Drospirenona + etinilestradiol X Contraindicado | ❖ Estradiol X Criterioso |
| ❖ Di-hidrocodeína B (D se usado por períodos longos ou em doses altas) Criterioso | ❖ Dutasterida X Contraindicado | ❖ Estramustina D Criterioso |
| ❖ Di-hidroergotamina X Contraindicado | ❖ Ebastina C Criterioso | ❖ Estreptomomicina D Criterioso |
| ❖ Diltiazem C Criterioso | ❖ Econazol C Criterioso | ❖ Estreptoquinase C Criterioso |
| ❖ Dimenidrinato B Criterioso | ❖ Efavirenz D Contraindicado | ❖ Estriol X Compatível |
| ❖ Dimeticona B Compatível | ❖ Efedrina C Criterioso | ❖ Estrogênios conjugados X Criterioso |
| ❖ Dimetindeno B Criterioso | ❖ Eleriptana C Criterioso | ❖ Etambutol C Criterioso |
| ❖ Dinitrato de isossorbida C Criterioso | ❖ Enalapril C (D se usado no 2º e 3º trimestres) Criterioso | ❖ Etilefrina C Criterioso |
| ❖ Dipiridamol C Criterioso | ❖ Enoxaparina sódica C Criterioso | |
| ❖ Dipirona magnésica C Criterioso | ❖ Entacaponina C Criterioso | |
| | ❖ Entricitabina B Contraindicado | |
| | ❖ Epinastina D Criterioso | |
| | ❖ Epinefrina C Criterioso | |

- | | | |
|--|---|--|
| ❖ Etinilestradiol X
Criterioso | ❖ Fentolamina C
Criterioso | ❖ Flupentixol C
Criterioso |
| ❖ Etionamida D
Criterioso | ❖ Fexofenadina C (D
se usado duas
semanas antes do
parto) Criterioso– | ❖ Flurazepam X
Criterioso |
| ❖ Etodolaco C (D se
usado no 3º
trimestre ou perto
do parto) Criterioso | ❖ Filgrastim D
Criterioso | ❖ Flurbiprofeno C (D
se usado no 3º
trimestre ou perto
do parto) Criterioso |
| ❖ Etofibrato B
Criterioso | ❖ Finasterida X
Contraindicado | ❖ Flutamida D
Criterioso |
| ❖ Etoposídeo D
Contraindicado | ❖ Fisostigmina C
Criterioso | ❖ Fluticasona C
Criterioso |
| ❖ Etoricoxibe C
Criterioso | ❖ Fitomenadiona C
Criterioso– | ❖ Fluvastatina X
Contraindicado |
| ❖ Ezetimiba C
Criterioso | ❖ Flavoxato C
Criterioso | ❖ Fluvoxamina C (D se
usado na 2ª metade
da gravidez)
Criterioso |
| ❖ Famotidina B
Criterioso | ❖ Flecainida C
Criterioso | ❖ Fondaparinux
sódico C Criterioso |
| ❖ Felbamato C
Criterioso | ❖ Flubendazol C
Criterioso | ❖ Formoterol D
Criterioso |
| ❖ Felodipino C
Criterioso | ❖ Fluconazol C (X se
usado no 1º
trimestre)
Compatível | ❖ Foscarnete sódico C
Contraindicado |
| ❖ Fembufeno C
Criterioso | ❖ Fludarabina X
Contraindicado | ❖ Fosfenitoína D
Criterioso |
| ❖ Fenilbutazona C (D
se usado no 3º
trimestre ou perto
do parto) Criterioso | ❖ Fludrocortisona C
Criterioso | ❖ Fosfomicina B
Criterioso |
| ❖ Fenilefrina C
Criterioso 503 | ❖ Flufenazina C
Criterioso | ❖ Fosinopril C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso |
| ❖ Fenitoína D
Criterioso | ❖ Flumazenil C
Criterioso | ❖ Furosemida C
Criterioso |
| ❖ Fenobarbital D
Contraindicado | ❖ Flunisolida C
Criterioso | ❖ Gabapentina C
Criterioso |
| ❖ Fenofibrato C
Criterioso | ❖ Flunitrazepam D
Criterioso | ❖ Galantamina C
Criterioso |
| ❖ Fenoterol B
Criterioso | ❖ Fluoresceína C
Contraindicado para
menores de 1 mês
de vida ou
prematuros | ❖ Gamainterferona 1b
C Criterioso |
| ❖ Fenotiazina C
Criterioso | ❖ Fluormetolona C
Criterioso | ❖ Ganciclovir D
Contraindicado |
| ❖ Fenoxibenzamina C
Criterioso | ❖ Fluoruracila X
Contraindicado | ❖ Gencitabina X
Criterioso |
| ❖ Fenoximetilpenicilin
a B Criterioso | ❖ Fluoxetina C (D se
usado na 2ª metade
da gravidez)
Criterioso | ❖ Genfibrozila X
Criterioso |
| ❖ Fentanila C (D se
usado por períodos
longos ou em doses
altas) Criterioso | ❖ Fluoximesterona X
Contraindicado | ❖ Gentamicina (oral e
demais) D
Compatível |
| ❖ Fenticonazol C
Criterioso | | |

❖ Gentamicina (oftálmico e tópico) C Compatível	❖ Hidroxicloroquina D Criterioso	perto do parto) Criterioso
❖ Gestodeno C Criterioso	❖ Hidróxido de alumínio C Criterioso	❖ Infliximabe C Criterioso
❖ Gestrinona D Criterioso	❖ Hidróxido de magnésio A Compatível	❖ Insulina B Criterioso
❖ Glibenclamida C Criterioso	❖ Hidroxiprogesterona C (D se usado antes das primeiras 16 semanas) Criterioso	❖ Iodeto de potássio D Contraindicado
❖ Glicerol C Criterioso	❖ Hidroxizina C Criterioso	❖ Iodopovidona D Criterioso
❖ Gliclazida C Contraindicado	❖ Ibuprofeno B (D se usado no 3º trimestre) Criterioso	❖ Iodopovidona (oftálmica) C Criterioso
❖ Glimepirida C Criterioso	❖ Idarrubicina D Contraindicado	❖ Irbesartana C (D se usado no 2º e 3º trimestres) Contraindicado
❖ Glipizida C Criterioso	❖ Idebenona C Criterioso	❖ Irinotecano D Contraindicado
❖ Glucagon B Criterioso	❖ Idoxuridina C Criterioso	❖ Isoniazida C Criterioso
❖ Gonadotropina coriônica X Criterioso	❖ Ifosfamida X Contraindicado	❖ Isotretinoína X Contraindicado
❖ Gossyerelina X Criterioso	❖ Imidapril D Criterioso	❖ Isradipino C Criterioso
❖ Griseofulvina D Criterioso	❖ Imipeném + cilastatina C Criterioso	❖ Itraconazol C (D se usado no 1º trimestre) Criterioso
❖ Guaifenesina C Criterioso	❖ Imipramina D Criterioso	❖ Labetalol C (D se usado no 2º e 3º trimestres) Criterioso
❖ Halazepam D Criterioso	❖ Imiquimode C Criterioso	❖ Lactitol C Criterioso
❖ Halofantrina C Criterioso	❖ Imunoglobulina humana C Criterioso	❖ Lactobacillus acidophilus A Criterioso
❖ Halometasona C Criterioso	❖ Indapamida D Criterioso	❖ Lactulose B Criterioso
❖ Haloperidol C Criterioso	❖ Indapamida D Criterioso	❖ Lamivudina C Contraindicado
❖ Heparina sódica C Compatível	❖ Indinavir C Contraindicado	❖ Lamotrigina C Criterioso
❖ Hesperidina C Criterioso	❖ Indobufeno C Criterioso	❖ Lanreotida C Criterioso
❖ Hidroclorotiazida D Criterioso	❖ Indometacina B (D se usado durante mais de 48 horas ou após a 34ª semana de gestação ou	❖ Lansoprazol C Criterioso
❖ Hidrocortisona C (D se usado no 1º trimestre) Criterioso		❖ Latanoprostá C Criterioso
❖ Hidroflumetiazida C Criterioso		❖ Leflunomida X Criterioso
❖ Hidromorfona B (D se usado por períodos longos ou em doses altas) Criterioso		

- | | | |
|---|--|---|
| ❖ Lenograstim C
Criterioso | ❖ Loratadina B
Criterioso | ❖ Metadona B (D se
usado por períodos
longos ou em doses
altas) Criterioso |
| ❖ Letrozol X Criterioso | ❖ Lorazepam D
Criterioso | ❖ Metformina C
Criterioso |
| ❖ Leuprorrelina X
Contraindicado | ❖ Lormetazepam D
Criterioso | ❖ Metildopa C
Criterioso |
| ❖ Levetiracetam C
Criterioso | ❖ Losartana C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Metilfenidato C
Criterioso |
| ❖ Levocabastina C
Criterioso | ❖ Lovastatina X
Contraindicado | ❖ Metilprednisolona
D Criterioso |
| ❖ Levocarnitina C
Criterioso | ❖ Macrogol C
Criterioso | ❖ Metiltestosterona X
Contraindicado |
| ❖ Levocetirizina C
Criterioso | ❖ Manitol C Criterioso | ❖ Metoclopramida C
Criterioso |
| ❖ Levodopa C
Criterioso | ❖ Maprotilina B
Criterioso | ❖ Metolazona D
Criterioso |
| ❖ Levofloxacino C
Criterioso | ❖ Mebendazol C
Criterioso | ❖ Metoprolol C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Contraindicado |
| ❖ Levomepromazina C
Criterioso | ❖ Mebeverina C
Criterioso | ❖ Metotrexato X
Contraindicado |
| ❖ Levonorgestrel X
Criterioso | ❖ Meclozina B
Criterioso | ❖ Metronidazol B (X
se usado no 1º
trimestre) Criterioso
(Pode ser
contraindicado no
1º trimestre) |
| ❖ Levotiroxina A
Compatível | ❖ Medroxiprogestero
na X Compatível | ❖ Mianserina C
Criterioso |
| ❖ Levotiroxina sódica
A Compatível | ❖ Mefloquina C
Criterioso | ❖ Mibefradil C
Criterioso |
| ❖ Lidocaína C
Criterioso | ❖ Megestrol X
Criterioso | ❖ Micofenolato de
mofetila D
Contraindicado |
| ❖ Lincomicina C
Criterioso | ❖ Melfalana D
Contraindicado | ❖ Miconazol C
Criterioso |
| ❖ Lindano D
Contraindicado | ❖ Meloxicam C (D se
usado no 3º
trimestre) Criterioso | ❖ Midazolam D
Criterioso |
| ❖ Linestrenol X
Criterioso | ❖ Memantina D
Criterioso | ❖ Milnaciprana C
Criterioso |
| ❖ Lisado de
Escherichia coli C
Criterioso | ❖ Mepivacaína C
Criterioso | ❖ Minociclina X
Criterioso |
| ❖ Lisinopril C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Mequitazina C
Criterioso | ❖ Minoxidil C
Criterioso |
| ❖ Lítio D
Contraindicado | ❖ Mercaptopurina D
Contraindicado | ❖ Mirtazapina C
Criterioso |
| ❖ Lomustina D
Criterioso | ❖ Meropeném C
Criterioso | ❖ Misoprostol X
Contraindicado |
| ❖ Loperamida C
Criterioso | ❖ Mesalazina C
Criterioso | |
| ❖ Lopinavir C
Contraindicado | ❖ Mesilato de
dihidroergotamina
X Contraindicado | |
| ❖ Loprazolam X
Contraindicado | ❖ Mesterolona X
Criterioso | |

- | | | |
|--|--|---|
| ❖ Mitomicina D
Contraindicado | ❖ Naratriptana C
Criterioso | ❖ Nonoxinol C
Criterioso |
| ❖ Mitoxantrona D
Contraindicado | ❖ Nateglinida C
Criterioso | ❖ Nordazepam D
Criterioso |
| ❖ Mizolastina C
Criterioso | ❖ Nebivolol C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Noretisterona X
Criterioso |
| ❖ Moclobemida C
Criterioso | ❖ Nedocromila
dissódica C
Criterioso | ❖ Norfloxacino C
Criterioso |
| ❖ Modafinila D
Criterioso | ❖ Nelfinavir C
Contraindicado | ❖ Norgestrel X
Compatível |
| ❖ Molgramostim D
Criterioso | ❖ Neomicina D
Criterioso | ❖ Nortriptilina D
Criterioso |
| ❖ Mononitrato de
isossorbida C
Criterioso | ❖ Neostigmina C
Criterioso | ❖ Octreotida C
Criterioso |
| ❖ Montelucaste C
Criterioso | ❖ Netilmicina D
Compatível | ❖ Ofloxacino C
Criterioso |
| ❖ Morfina C (D se
usado por períodos
longos ou em doses
altas) Criterioso | ❖ Nevirapina C
Contraindicado | ❖ Olanzapina C
Criterioso |
| ❖ Moxifloxacino D
Criterioso | ❖ Nicardipino C
Criterioso | ❖ Olmesartana C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Contraindicado |
| ❖ Moxonidina C
Criterioso | ❖ Nicorandil C
Criterioso | ❖ Olopatadina C
Criterioso |
| ❖ Mupirocina C
Criterioso | ❖ Nicotina D
Contraindicado | ❖ Omeprazol C
Criterioso |
| ❖ Mustina D
Contraindicado | ❖ Nicotinamida A (C
se usado em doses
acima das
necessidades
diárias) Criterioso | ❖ Omoconazol D
Criterioso |
| ❖ Nabumetona C (D
se usado no 3º
trimestre ou perto
do parto) Criterioso | ❖ Nifedipino C
Criterioso | ❖ Ondansetrona C
Criterioso |
| ❖ Nadolol C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Nimesulida C
Criterioso | ❖ Orfenadrina C
Criterioso |
| ❖ Nadroparina cálcica
C Criterioso | ❖ Nimodipino C
Criterioso | ❖ Orlistate C
Criterioso |
| ❖ Nafazolina C
Criterioso | ❖ Nistatina (vaginal) A
Criterioso | ❖ Oseltamivir C
Criterioso |
| ❖ Naloxona C
Criterioso | ❖ Nistatina (oral e
demais) C Criterioso | ❖ Ouro, sais de C
Criterioso |
| ❖ Naltrexona C
Criterioso | ❖ Nitrofurantoína B
Criterioso | ❖ Oxatomida C
Criterioso |
| ❖ Nandrolona X
Criterioso | ❖ Nitroglicerina C
Criterioso | ❖ Oxazepam D
Criterioso |
| ❖ Naproxeno C (D se
usado no 3º
trimestre ou perto
do parto) Criterioso | ❖ Nitroprusseto de
sódio C Criterioso | ❖ Oxibutinina C
Criterioso |
| | ❖ Nizatidina B
Criterioso | ❖ Oxiconona B (D se
usado por períodos
longos ou em doses
altas)
Contraindicado |
| | | ❖ Oximetazolina C
Criterioso |

- | | | |
|--|--|--|
| ❖ Oxitetraciclina X
Criterioso | ❖ Pimecrolimo D
Criterioso | ❖ Prednisolona C (D
se usado no 1º
trimestre) Criterioso |
| ❖ Oxitriptana C
Criterioso | ❖ Pimozida C
Criterioso | ❖ Pregabalina C
Criterioso |
| ❖ Paclitaxel D
Contraindicado | ❖ Pioglitazona C
Criterioso | ❖ Prilocaína C
Criterioso |
| ❖ Pancreatina C
Criterioso | ❖ Piperacilina C (se
usado no 1º e 2º
trimestres) ou B (se
usado no 3º
trimestre) Criterioso | ❖ Primidona D
Criterioso |
| ❖ Pancurônio C
Criterioso | ❖ Piperazina B
Criterioso | ❖ Procaína D
Criterioso |
| ❖ Pantoprazol D
Criterioso | ❖ Piracetam C
Criterioso | ❖ Procarbazina D
Contraindicado |
| ❖ Papaverina C
Criterioso | ❖ Pirantel C Criterioso | ❖ Procaterol C
Criterioso |
| ❖ Paracetamol B (D se
usado em doses
elevadas)
Compatível | ❖ Pirazinamida C
Criterioso | ❖ Progesterona D
Criterioso |
| ❖ Paroxetina D
Criterioso | ❖ Pirenzepina C
Criterioso | ❖ Proglumetacina C
Criterioso |
| ❖ Pegvisomanto D
Criterioso | ❖ Piridoxina A (C se
usado em doses
acima das
necessidades
diárias) Criterioso | ❖ Proglumida C
Criterioso |
| ❖ Penicilamina X
Contraindicado | ❖ Pirimetamina C
Criterioso | ❖ Proguanil B
Criterioso |
| ❖ Penicilina B
Compatível | ❖ Piritinol C Criterioso | ❖ Promestrieno B
Criterioso |
| ❖ Pentamidina C
Contraindicado— | ❖ Piroxicam C (D se
usado no 3º
trimestre ou perto
do parto) Criterioso | ❖ Prometazina C
Criterioso |
| ❖ Pentazocina C (D se
usado por períodos
longos ou em doses
altas perto do
parto) Criterioso | ❖ Podofilotoxina C
Contraindicado | ❖ Propafenona C
Criterioso |
| ❖ Pentoxifilina C
Criterioso | ❖ Policresuleno C
Criterioso | ❖ Propiltiouracila D
Contraindicado |
| ❖ Pepsina C Criterioso | ❖ Polimixina B B
Criterioso | ❖ Propranolol C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso |
| ❖ Perfenazina C
Criterioso | ❖ Politiazida C
Criterioso | ❖ Pseudoefedrina C
Criterioso |
| ❖ Pergolida D
Contraindicado | ❖ Pramipexol C
Criterioso | ❖ Quazepam X
Criterioso |
| ❖ Perindopril C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Pravastatina X
Contraindicado | ❖ Quetiapina C
Criterioso |
| ❖ Permetrina C
Criterioso | ❖ Prazepam D
Criterioso | ❖ Quinapril C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso |
| ❖ Picetopofeno C
Criterioso | ❖ Praziquantel C (D se
usado no 1º
trimestre) Criterioso | ❖ Quinidina C
Criterioso |
| ❖ Pilocarpina C
Criterioso | | ❖ Quinina X Criterioso |
| | | ❖ Rabeprazol C
Criterioso |

- | | | |
|---|--|---|
| ❖ Racecadotril C
Criterioso | ❖ Rosiglitazona C
Criterioso | ❖ Sucralfato B
Criterioso |
| ❖ Raloxifeno X
Contraindicado | ❖ Rosuvastatina X
Contraindicado | ❖ Sulfadiazina C
Contraindicado |
| ❖ Ramipril C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso | ❖ Roxitromicina C
Criterioso | ❖ Sulfametoxazol +
trimetoprima C
Contraindicado |
| ❖ Ranitidina B
Criterioso | ❖ Rupatadina C
Criterioso | ❖ Sulfassalazina B (D
se usado perto do
parto)
Contraindicado em
menores de 1 mês
de vida ou
prematuros |
| ❖ Reboxetina C
Criterioso | ❖ Salbutamol C
Criterioso | ❖ Sulfato de magnésio
C Compatível |
| ❖ Reteplase C
Criterioso | ❖ Salmeterol C
Criterioso | ❖ Sulfato de
protamina C
Criterioso |
| ❖ Retinol X Criterioso | ❖ Saquinavir B
Contraindicado | ❖ Sulfeto de selênio C
Criterioso |
| ❖ Reviparina sódica C
Criterioso | ❖ Secnidazol C (D se
usado no 1º
trimestre)
Contraindicado | ❖ Sulindaco C (D se
usado no 3º
trimestre ou perto
do parto) Criterioso |
| ❖ Ribavirina X
Criterioso | ❖ Selegilina C
Criterioso | ❖ Sulpirida C
Criterioso |
| ❖ Riboflavina A (C se
usado em doses
acima das
necessidades
diárias) Criterioso | ❖ Sertaconazol C
Criterioso | ❖ Sumatriptana C
Criterioso |
| ❖ Rifampicina C
Criterioso | ❖ Sertralina C (D se
usado na 2ª metade
da gravidez)
Criterioso | ❖ Tacalcitol C
Criterioso |
| ❖ Rilmenidina C
Criterioso | ❖ Sevelâmer C
Criterioso | ❖ Tacrolimo C
Criterioso |
| ❖ Rimexolona C
Criterioso | ❖ Sibutramina D
Criterioso | ❖ Tamoxifeno D
Contraindicado |
| ❖ Risedronato sódico
C Criterioso | ❖ Sildenafil B
Criterioso | ❖ Tartarato de
ergotamina X
Criterioso |
| ❖ Risperidona C
Criterioso | ❖ Silimarina C
Criterioso | ❖ Tazobactam C
Criterioso |
| ❖ Ritodrina C
Criterioso | ❖ Simeticona C
Criterioso | ❖ Teicoplanina C
Criterioso |
| ❖ Ritonavir B
Contraindicado | ❖ Sinvastatina X
Contraindicado | ❖ Telitromicina D
Criterioso |
| ❖ Rivastigmina C
Criterioso | ❖ Sirolimo D
Criterioso | ❖ Telmisartana C (D se
usado no 2º e 3º
trimestres)
Criterioso |
| ❖ Rizatriptana C
Criterioso | ❖ Solifenacina C
Criterioso | ❖ Temazepam X
Criterioso |
| ❖ Rofecoxibe C (D se
usado no 3º
trimestre ou perto
do parto)
Contraindicado | ❖ Somatostatina B
Criterioso | |
| ❖ Ropinirol D
Criterioso | ❖ Somatropina D
Criterioso | |
| ❖ Ropivacaína C
Criterioso | ❖ Sotalol C (D se
usado no 1º e 3º
trimestres)
Criterioso | |

❖ Temozolomida X Contraindicado	ou 517 506 ou 507 519 –	❖ Triexifenidil C Criterioso
❖ Tenecteplase C Criterioso	❖ Tiocolchicosídeo C Criterioso	❖ Triflusal C Criterioso
❖ Teniposídeo D Contraindicado	❖ Tioconazol C Criterioso	❖ Trimebutina X Criterioso
❖ Tenofovir B Contraindicado	❖ Tioguanina D Contraindicado	❖ Trimeperidina C Criterioso
❖ Tenoxicam C (D se usado no 3º trimestre) Criterioso	❖ Tioridazina C Criterioso	❖ Trimetadona X Criterioso
❖ Teofilina C Compatível	❖ Tiotepa D Criterioso	❖ Trimetoprima C (D se usado no 1º trimestre) Criterioso
❖ Terazosina C Criterioso	❖ Tirofibana C Contraindicado	❖ Trimipramina C Contraindicado
❖ Terbinafina C Criterioso	❖ Tiopramida C Criterioso	❖ Triprolidina C Criterioso
❖ Terbutalina B Criterioso	❖ Tizanidina C Criterioso	❖ Tromantadina C Criterioso
❖ Terfenadina D Criterioso	❖ Tobramicina D Criterioso	❖ Tropisetrona C Criterioso
❖ Teriparatida C Criterioso	❖ Tobramicina (oftálmica) B Criterioso	❖ Tulobuterol C Criterioso
❖ Testosterona X Contraindicado	❖ Tolterodina D Criterioso	❖ Urofolitropina X Criterioso
❖ Tetraciclina X Criterioso	❖ Topiramato D Criterioso	❖ Uroquinase B Criterioso
❖ Tetracosactida D Criterioso	❖ Topotecana D Contraindicado	❖ Vacina contra difteria e tétano C Criterioso
❖ Tetrizolina C Criterioso	❖ Tramadol C Criterioso	❖ Vacina contra Haemophilus influenzae tipo b C Compatível
❖ Tiagabina D Criterioso	❖ Tramazolina B Criterioso	❖ Vacina contra hepatite A C Criterioso–
❖ Tiamazol D Contraindicado	❖ Trandolapril C (D se usado no 2º e 3º trimestres) Criterioso	❖ Vacina contra hepatite B C Criterioso
❖ Tiamina A (C se usado em doses acima das necessidades diárias) Criterioso	❖ Trazodona C Criterioso	❖ Vacina contra hepatite B C Criterioso
❖ Tiaprida C Criterioso	❖ Tretinoína X Contraindicado	❖ Vacina contra hepatite B C Criterioso
❖ Ticlopidina C Criterioso	❖ Tretinoína (tópica) D Criterioso	❖ Vacina contra pneumococos C Criterioso
❖ Timolol C (D se usado no 2º e 3º trimestres) Criterioso	❖ Triancinolona C (D se usado no 1º trimestre) Criterioso	❖ Vacina contra rubéola, sarampo e caxumba X Criterioso
❖ Tinidazol C Contraindicado	❖ Triantereno C (D se usado no 1º e 3º trimestres) Criterioso	❖ Vacina contra varicela X Criterioso
❖ Tinzaparina sódica C Criterioso 503 516	❖ Triazolam X Criterioso	

- | | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| ❖ Valaciclovir C
Contraindicado | ❖ Verapamil C
Criterioso | ❖ Zidovudina C
Contraindicado |
| ❖ Valdecoxibe C (D se
usado no 3º
trimestre) Criterioso | ❖ Vigabatrina D
Criterioso | ❖ Ziprasidona C
Criterioso |
| ❖ Valsartana D
Criterioso | ❖ Vincristina D
Contraindicado | ❖ Zofenopril D
Criterioso |
| ❖ Vancomicina (oral)
B Criterioso | ❖ Vindesina D
Criterioso | ❖ Zolmitriptana C
Criterioso |
| ❖ Vancomicina
(parenteral) C
Criterioso | ❖ Vinorelbina D
Contraindicado | ❖ Zolpidem C
Criterioso |
| ❖ Varfarina X
Contraindicado | ❖ Ximelagatrana D
Criterioso | ❖ Zopiclona C
Criterioso |
| ❖ Vecurônio C
Criterioso | ❖ Xipamida D
Criterioso | ❖ Zotepina C
Criterioso |
| ❖ Venlafaxina C (D se
usado na 2ª metade
da gravidez)
Criterioso | ❖ Zafirlucaste C
Contraindicado | ❖ zuclopentixol C
Criterioso |
| | ❖ Zalcitabina D
Contraindicado | |
| | ❖ Zanamivir C
Criterioso | |



HOSPITAL MUNICIPAL DE
SÃO GOTARDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____
 (nome completo da gestante/parturiente), _____
 (nacionalidade), RG nº _____, CPF nº _____,
 residente e domiciliada à _____
 (endereço completo; rua, nº, bairro, cidade, estado), declaro que desejo receber,
quando disponível, o acompanhamento da doula durante o período de minha
 internação no Hospital Municipal de São Gotardo, incluindo as fases de pré-parto,
 trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Declaro ainda estar ciente de que a doula
 não substitui o acompanhante de minha livre escolha, a que legalmente tenho direito.

Declaro, por fim, ter sido informada, que o Hospital Municipal de São Gotardo é
 uma instituição pública e gratuita, que presta atendimento exclusivamente ao Sistema
 Único de Saúde (SUS), e que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

São Gotardo, ____ de _____ de _____

 Assinatura da gestante/parturiente

Assinatura da doula: _____

Recebido por: _____ Data: _____

Nome: _____

Nome do bebê: _____

Nome do Acompanhante: _____

Serviço de referência para parto: _____

DATA PROVÁVEL DO PARTO: ____/____/____

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listamos nossas preferências em relação ao nascimento do nosso filho. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

TRABALHO DE PARTO

- Presença de um acompanhante da minha escolha.
- Sem tricotomia (raspagem dos pubíacos) e enema (lavagem intestinal).
- Sem perfusão



- contínua de soro e/ou ocitocina. Assim como acesso venoso somente se necessário.
- Liberdade para caminhar e escolher a posição que quero ficar.
- Eu gostaria de receber acompanhamento da Doula e ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor (podem ser realizadas pelo acompanhante ou pela doula), tais como massagens, técnicas de respiração, movimentar e/ou andar caso eu queira, exercícios com bola, banho de chuveiro, entre outros.
- Eu gostaria de receber medicação para alívio da dor assim que possível.
- Pego que não sejam oferecidos anestésicos ou analgésicos. Eu pedirei quando necessário.
- Sem rompimento artificial de bolsa, se possível.
- Ingesta de líquidos e alimentos leves.
- Desejo que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, e



se necessário o toque com maior frequência, que seja conversado comigo e meu acompanhante.

- Não ter meu trabalho de parto acelerado desde que eu e meu bebê estejamos bem.

PARTO

- Escolher a posição mais confortável e eficiente para a expulsão.
- Gostaria de um ambiente especialmente calmo nessa hora.
- Não vou tolerar que minha barriga seja empurrada para baixo.
- Episiotomia: só se for realmente necessário. Desejo ter uma episiotomia como último recurso. Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina.
- Gostaria, quando possível, que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar-condicionado desligado.
- Que o bebê seja colocado imediatamente em contato pela pele, com liberdade para amamentar se as condições forem favoráveis.
- Quanto ao corte do cordão umbilical, desejo eu seja feito em tempo oportuno por: _____

APÓS O PARTO

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, sem manobras, tração ou massagens.
- Quero exercer o direito de decidir sobre o destino da minha placenta, comunicando a equipe assistencial minha decisão logo após parto.
- Gostaria que todos os cuidados com meu bebê sejam realizados após a 1ª hora de vida, conforme diretrizes da OMS e Ministério da Saúde. (Atenção!

Se houver necessidade ele será assistido pela equipe).

- Desejo, se possível, a inserção do DIU de cobre no pós-parto imediato, para aproveitar a internação e garantir minha contracepção.

CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

- Administração de nitrato de prata ou antibióticos oftálmicos apenas se necessário.
- Quero fazer a amamentação sob livre demanda.
- Não oferecer água
- glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê, sem orientação médica.
- Alojamento conjunto o tempo todo. Pedirei para levar o bebê caso necessite de ajuda.
- Gostaria de dar o banho no meu bebê e fazer as trocas (eu ou meu acompanhante).



CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA

- Esperar o início do trabalho de parto antes de efetuar a cesárea.
- Manter a presença do acompanhante de escolha na sala de parto.

IMPORTANTE SABER

Para a maioria das mulheres, o trabalho de parto acontece de forma natural e espontânea e o colo uterino dilata até 10 cm para a saída do bebê. Mas existem algumas situações especiais em que pode ser necessária a intervenção medicamentosa para ajudar na indução do parto. Isso pode ser feito por meio de comprimidos via vaginal, soro com ocitocina ou inserção de sonda. Nesses casos, a equipe deve conversar com você para explicar a real necessidade de algum desses procedimentos.

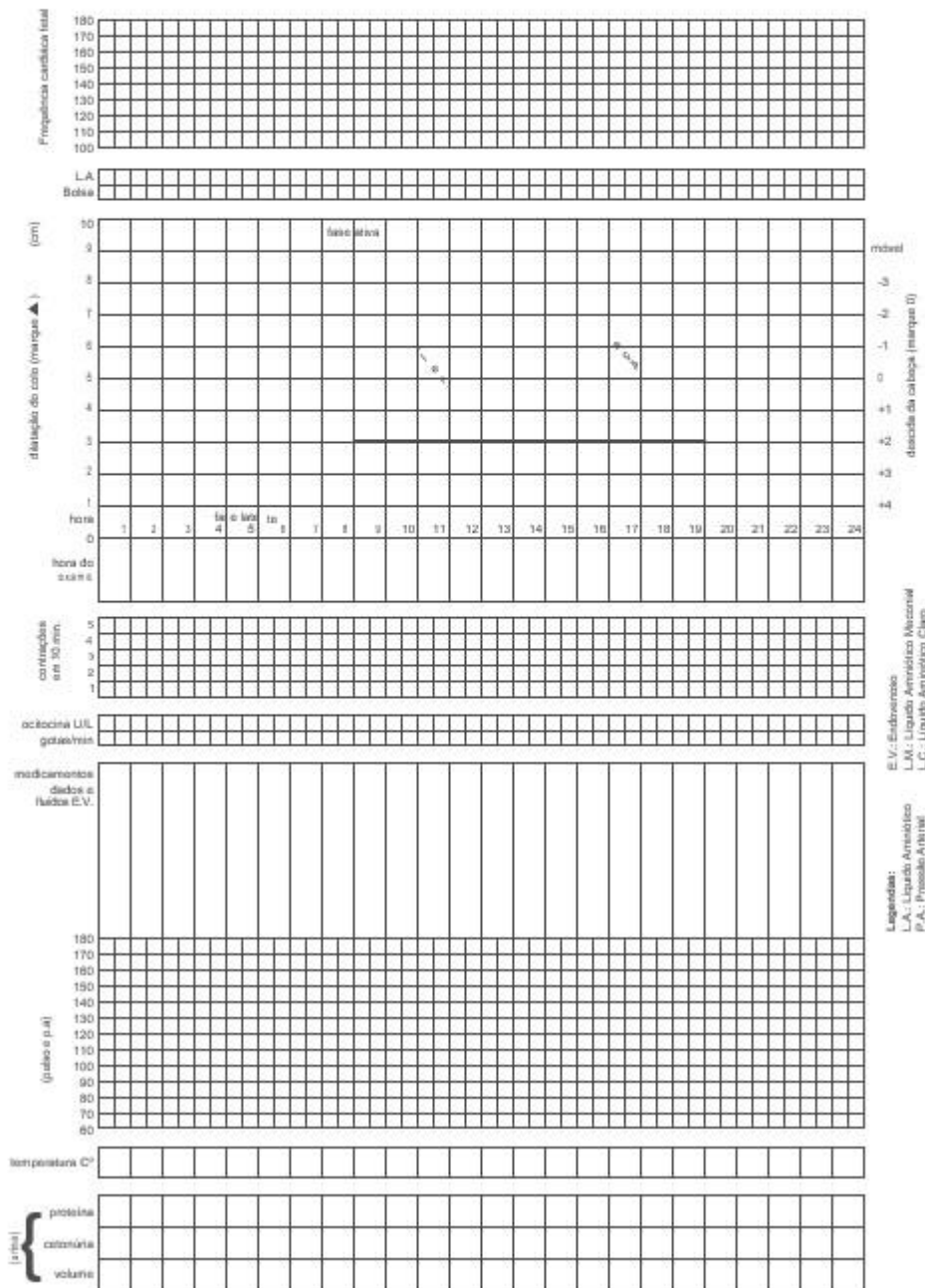


Assinatura Paciente _____

Data: ____/____/____

PARTOGRAMA

Nome: _____ G: _____ A: _____ P: _____ C: _____ n° Pront: _____
 Data de admissão: ____ / ____ / ____ Hora de admissão: _____ Ruptura das membranas: _____ horas.





LISTA DE VERIFICAÇÃO DA OMS PARA PARTO SEGURO

Nome Gestante _____

NA ADMISSÃO

- A mãe tem de ser transferida?
() Não () Sim, organizada
- Partograma iniciado?
() Não, inicia a partir de 24cm () Sim
- A mãe precisa de tomar: Antibióticos?
() Não () Sim, administrados

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- () Não
- () Sim, sulfato de magnésio administrado
- () Sim, anti-hipertensivo administrado

- Confirmar se existe material para limpar as mãos e usar luvas em cada exame vaginal
- Encorajar a presença do acompanhante no parto.
- Confirmar que a mãe ou o acompanhante pedirão ajuda durante o parto, se necessário

ANTES DA EXPULSÃO (OU ANTES DA CESARIANA)

- A mãe precisa de tomar: Antibióticos?
() Não
() Sim, administrados

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- () Não
- () Sim, sulfato de magnésio administrado
- () Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

- Confirmar que existe o material necessário ao lado da cama e preparar o parto:
Para a mãe

Data: _____

- Amamentação e contacto pele com pele iniciados (se a mãe e o bebé estiverem bem).
- Confirmar que a mãe / acompanhante pedirão ajuda, se houver sinais de perigo.

ANTES DA ALTA

- Confirmar a permanência na unidade de saúde durante 24 horas após o parto.

- A mãe precisa de tomar antibióticos?
() Não
() Sim, administrar e adiar a alta

- A tensão arterial da mãe é normal?
() Não, tratar e adiar a alta
() Sim

- A mãe tem sangramento anormal?
() Não
() Sim, tratar e adiar a alta

- O bebé precisa de tomar antibióticos?
() Não
() Sim, dar antibióticos, adiar a alta, prestar cuidados especiais

- O bebé come bem?
() Não, estabelecer boas práticas de amamentação e adiar a alta
() Sim

- Discutir e informar a mãe sobre as opções de planeamento familiar.

- Marcar consulta de seguimento e confirmar que a mãe/accompanhante procurarão ajuda, se surgirem sinais de perigo após a alta

() Sim, luvas

() Desinfetante de mãos à base de álcool ou água limpa e sabão Oxitocina 10 unidades na seringa Para o bebé

() Toalha limpa

() Lâmina/tesoura esterilizada para cortar o cordão umbilical

() Dispositivo de aspiração Balão e máscara

Assistente identificado e pronto para ajudar no parto, caso seja necessário.

LOGO APÓS O PARTO (NO ESPAÇO DE 1 HORA)

- A mãe tem sangramento anormal?
() Não
() Sim, pedir ajuda
- A mãe precisa de tomar: Antibióticos?
() Não
() Sim, administrados

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- () Não
- () Sim, sulfato de magnésio administrado
- () Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

- A mãe precisa de tomar: Antibióticos?
() Não
() Sim, administrados

Sulfato de magnésio e tratamento anti-hipertensivo?

- () Não
- () Sim, sulfato de magnésio administrado
- () Sim, fármaco anti-hipertensivo administrado

Assinatura e carimbo

Referências:

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014
- TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense. **Caderno 1: Protocolo de Atenção à Mulher no Pré-natal e Puerpério**. Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 169p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Promovendo o Aleitamento Materno** . 2ª edição, revisada. Brasília: 2007
- Ebserh . SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE Tipo do Documento: **Protocolo Clínico ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO** Emissão: 03/10/2017 Revisão Nº: 01
- Ebserh . Maternidade Climério Oliveira. Tipo do Documento: **Indução do Trabalho de Parto** Emissão: 03/09/2017 Capítulo 9
- CEDRO, Marina May (9Org.). Yellowbook **Fluxos e Condutas: ginecologia e obstetrícia**.1ed. Salvador: Editora Sanar, 2019.
- CABRAL, Antônio Carlos Vieira. **Guia de bolso de obstetrícia**. 2ed. Rio de Janeiro. Atheneu,2017
- RENZO, Gian Carlo Di. **Manual Prático de ginecologia e obstetrícia: para clínica e emergência on the road**. 1ed .Rio de Janeiro: Elsevier,2015
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

- Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF, 2017.
- ZUGAIB. **Obstetrícia**. 3 ed. Barueri: Manole, 2016.
- IFF. Principais questões sobre Manejo da Hemorragia no Pós-Parto. 2019 Disponível em : <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-manejo-da-hemorragia-no-pos-parto/>>
- Atualização terapêutica 25ª Edição- Patologias do 3º e 4º períodos. Capítulo 129, pagina 611
- Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica – Zero Morte Materna. Brasília:OPAS:2018
- CAMPANHARO.F.F; FRANCISCO, A.A. Profilaxia de Tratamento da Hemorragia Pós- parto por Atonia Uterina . HEBRON. Alhandra-PB.2022
- Humanização do parto. Nasce o respeito : informações práticas sobre seus direitos / Organização, Assessoria Ministerial de Comunicação ; Coordenação, Máisa Silva de Melo de Oliveira ; Redação, Andréa Corradini Rego Costa e Máisa Melo de Oliveira ; Revisão Técnica, Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna de Pernambuco. -- Recife : Procuradoria Geral de Justiça, 2015. 34 p. ; il.