

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	1 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

OBJETIVO

Padronizar e normatizar um referencial para assistência ao parto no HMSH de forma a facilitar a comunicação entre a equipe multiprofissional de atendimento ao parto e a gestante e seus familiares

DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS

GESTANTE	<ol style="list-style-type: none"> 1) No caso de médico assistente particular ou conveniado que fez o pré-natal e fará também o parto: <ol style="list-style-type: none"> a. Apresenta o plano de parto (caso tenha escrito um) desejado ao médico e sua equipe previamente; b. Após apresentar ao médico e ajustar os acordos entre as partes: assina o documento e solicita assinatura do médico assistente no documento; c. Apresenta o plano de parto previamente à enfermeira para ciência e assinatura da enfermeira; d. Toma conhecimento do plano de parto assistencial possível (contido neste protocolo) e recomendado pela maternidade; e. Faz os ajustes e acordos necessários conforme a situação, assinando os termos de consentimento ou de recusa de procedimento quando necessários, assumindo responsabilidade pelas escolhas. 2) No caso de urgências ou parto com assistência pela equipe multiprofissional plantonista: <ol style="list-style-type: none"> a. seguir os passos do item c até o item e acima.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recebe e lê o plano de parto apresentado pela gestante 2. Faz os ajustes e acordos necessários conforme a situação 3. Apresenta os termos de consentimento ou de recusa de procedimento quando indicados pela situação 4. Apresenta ao médico para ciência e assinatura de aceite ou justificativa de desacordo em situações específicas onde se fizer necessário.
MÉDICO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma ciência de que a paciente apresenta plano de parto 2. Toma ciência sobre os pontos de conflito em relação ao plano de parto apresentado e o plano assistencial ao parto da CSH (protocolo) 3. Assina o documento de responsabilidade do médico (com suas indicações, justificativas e preferências) na proposta de assistência ao parto normal, quando recomendado.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxilia no processo de parto humanizado de forma ativa conforme recomendações e protocolos 2. Registra corretamente em prontuário todas as ocorrências de sala e sinais vitais/BCF em folha de partograma e sinais vitais.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Auxilia no processo de parto humanizado de forma ativa conforme recomendações e protocolos 2. Registra corretamente em prontuário todas as ocorrências de sala e sinais vitais/BCF em folha de partograma e sinais vitais.

PLANO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DE FORMA ADEQUADA

PARTE I – CONCEITOS E DEFINIÇÕES

1) QUAL A DEFINIÇÃO DE “PARTO HUMANIZADO” ?

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	2 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

Nada mais é do que um parto com respeito à gestante, digno e de qualidade (a melhor definição seria então um parto com amor). Dentro deste conceito, tanto um parto normal quanto um parto cesariano devem ser humanizados.

A palavra HUMANIZAÇÃO foi utilizada pelo Ministério da Saúde no “Programa de Pré-Natal e Nascimento” instituído em 2000, pela portaria número 569, a fim de melhorar as condições de atendimento à mulher pelo profissional de saúde.¹⁰

Mais precisamente, a definição de um parto humanizado, seria aquele **“com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis, ou então, o que respeita o tempo físico e psíquico de cada mulher para parir, em ambiente respeitoso e acolhedor e com seu consentimento informado para todo e qualquer procedimento realizado”**.¹⁰

Para efeitos deste manual de assistência ao parto, consideraremos uma assistência humanizada ao parto, o atendimento que:

- a - não comprometer a segurança do processo, nem a saúde da parturiente ou do recém-nascido;
- b - adotar somente rotinas e procedimentos cuja extensão e conteúdo tenham sido objeto de revisão e avaliação científica por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde ou de outras instituições de excelência reconhecida (NICE, ACOG, etc);
- c - garantir à gestante o direito de optar pelos procedimentos eletivos que, resguardada a segurança do parto, lhe propiciem maior conforto e bem-estar, incluindo procedimentos médicos para alívio da dor.¹¹

2) POR QUE A NECESSIDADE DE SE DEFINIR O QUE SEJA UMA ASSISTÊNCIA AO PARTO DE FORMA HUMANIZADA?

Na verdade, as orientações da OMS e do Ministério da Saúde, vieram de encontro à uma onda de denúncias por parte das gestantes de terem sido vítimas do que se foi definido como violência obstétrica. Neste ínterim, não definiremos como violência obstétrica nenhum ato obstétrico isoladamente per si. Uma episiotomia por exemplo, quando bem indicada, com o devido registro da indicação em prontuário, tendo o consentimento da gestante para a realização não pode ser considerada uma violência obstétrica.

A violência inclui uma variedade de atos intencionais ou inadvertidos que possam vir a causar sofrimento ou ferir a autonomia da paciente. Neste modelo se incluem atos intencionais de violência emocional, verbal, realização de procedimentos que não gozem de respaldo em evidências e potencialmente prejudiciais (ex.: uma episiotomia desnecessária, mal indicada e sem o consentimento da gestante). Incluem-se também o abandono ou recusa em auxiliar a gestante durante o parto, falta de empatia, discussão e não solicitação de consentimento da gestante durante a assistência. No Brasil, ainda não há legislação específica sobre o tema, mas a Constituição Federal garante nos seus Artigos 1º, 5º e 6º a dignidade da pessoa humana e a igualdade de tratamento, sem distinção, vedando tratamento semelhante a tortura, desumano ou degradante.^{12,13}

3) QUAL A DEFINIÇÃO DE “PLANO DE PARTO” ?

Plano de parto é um documento que serve de meio de comunicação entre a gestante (ou o casal) e os profissionais de saúde (incluindo equipe de enfermagem, fisioterapeutas, doulas e médicos) que irão assistir a gestante durante o trabalho de parto e parto¹.

De uma forma mais detalhada, o plano de parto é elaborado para que a assistência ao parto seja mais consensual, permitindo comunicar à equipe de cuidadores:

- a) O trabalho de parto e parto que a gestante gostaria de ter (uma carta de intenções sobre qual atendimento a gestante espera para si e para seu bebê)
- b) Situações durante o trabalho de parto e parto que a gestante gostaria de evitar (fala sobre quais os procedimentos médicos e intervenções aceita ou não se submeter)².

4) QUAIS AS ENTIDADES DE SAÚDE RECOMENDAM O USO E APLICAÇÃO DO PLANO DE PARTO NA ASSISTÊNCIA?

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	3 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HSMH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

1. A Organização Mundial de Saúde recomenda desde 1996, em suas diretrizes de cuidado intraparto com o intuito de garantir uma experiência positiva do parto por parte da gestante. A recomendação se mantém na última revisão do documento em 2018.³
2. O Ministério da Saúde referenda a recomendação, desde a criação da Rede Cegonha, com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal em 2016, por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONATEC);⁴
3. A FEBRASGO, desde 2017, de forma oficial por Dr. Juvenal Borrielo, da Comissão de Defesa e Valorização Profissional, durante apresentação de Reunião Parto Adequado, Hospital Albert Einstein.²

5) QUAL A SITUAÇÃO IDEAL DE DEFINIÇÃO CONSENSUAL DOS TERMOS DO PLANO DE PARTO?

O ideal é que seja discutido previamente com o obstetra da paciente e que esta discussão se inicie o mais precocemente possível durante o pré-natal, devendo avançar a discussão durante o pré-natal.

A FEBRASGO recomenda que tanto a gestante, quando o obstetra, quando possível também o pediatra assinem o plano de parto após discussão de prós e contras entre os envolvidos.¹

6) COMO PROCEDER NO CASO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO POR MÉDICO PLANTONISTA?

Na prática diária, devido a imprevisibilidade do momento do parto, uma situação não ideal (diferente do que foi recomendado acima) se nos apresenta: a assistência ao trabalho de parto realizada por um médico plantonista. *Nestes casos, não existiu tempo suficiente para exercício da boa relação médico-paciente e nem a discussão prévia sobre os pormenores da assistência ao parto, de modo a alcançar um consenso no cuidado.*

Nestas situações, deve prevalecer o bom senso, amparado pelas últimas diretrizes científicas que orientam a assistência ao parto atualmente^{3,4,5}. Antes de simplesmente cumprir ou não um plano de parto desejado, uma série de considerações devem ser levadas em conta pelo médico e equipe assistencial:

- a) Avaliação do cartão de pré-natal que deve estar devidamente preenchido e com exames realizados de forma adequada, para permitir alguma avaliação do risco da paciente: habitual ou alto risco;
- b) Condições do ambiente hospitalar, como tamanho de salas (*não disponibilizamos de salas de 14 m² como seria o ideal¹⁵*), restrições específicas para barulho e materiais e equipamentos disponíveis para uso durante a assistência;
- c) Adaptação do atendimento às rotinas hospitalares, que serão pautadas nas últimas diretrizes assistenciais ao parto que tenham comprovação científica ou estejam de acordo com o estado da arte da assistência;
- d) Condições técnicas para assistência no caso de intercorrências;
- e) Respeito à autonomia da paciente, mas sempre levando em consideração os riscos para terceiros (no caso, o feto) ou para a própria gestante;
- f) Decisão do profissional para prover um atendimento que seja seguro para a parturiente e para o feto, em um ambiente hospitalar, podendo restringir algumas das solicitações iniciais da gestante⁴.

Parágrafo único: *Nenhum médico poderá se recusar a atender gestante ou recém-nascido nas seguintes situações (onde não cabe recusa médica de atendimento por ditames éticos da consciência):*

- I. Com a alegação de que não presta assistência ao “parto humanizado” ou a “gestantes com plano de parto”;
- II. Diante de um parto em curso (emergência médica).

7) TODO PLANO DE PARTO DEVE SER ACATADO CONFORME CONSTA NO DOCUMENTO?

Não há obrigatoriedade, mas sempre que possível sim. Deve-se levar em conta que o trabalho de parto e parto são eventos dinâmicos e mesmo os melhores planos de parto reconhecem que as

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	4 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

coisas podem não sair de acordo com o planejado. Deve-se entender que existem situações em que as escolhas podem não ser possíveis de serem acatadas². Nestas situações especiais, segue a premissa apresentada anteriormente, sobre o bom senso e o uso das melhores evidências científicas para um atendimento seguro para a paciente e o recém-nascido.

Sempre que não puder ser seguido é importante o registro em prontuário dos motivos para não fazê-lo.

8) A PACIENTE TEM AUTONOMIA PARA RECUSAR ALGUM TRATAMENTO?

De acordo com o Código de Ética Médica (CEM), todo paciente tem direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, desde que não implique em risco de vida para o mesmo.⁶ Quando a desistência de tratamento não implicar em risco iminente de morte e após ser informado pelo médico de maneira ampla, completa, acessível e isenta sobre os riscos, vantagens e desvantagens da alta solicitada, o paciente e / ou responsável legal deve ter garantido o princípio da autonomia e o direito quanto à decisão sobre sua saúde.^{7,9}

A recusa do tratamento representa o direito do paciente e do seu representante legal, podendo ter interferência de diversos motivos existentes que o conduza em recusar o atendimento ou procedimentos propostos após amplo esclarecimento das possíveis consequências e riscos de tal atitude.⁹ **No caso de gestantes, analisar na perspectiva do binômio mãe/feto, pois a recusa não deve ser aceita quando coloca em risco a saúde de terceiros.**⁹

O exercício, por parte do paciente ou seu representante legal, deste seu direito, isenta o médico e a instituição da responsabilidade por quaisquer consequências adversas à saúde diretamente relacionadas a esta decisão. Não tipifica infração ética de qualquer natureza, inclusive omissiva, o acolhimento, pelo médico, da recusa terapêutica prestada.

Cabe ao médico, ou enfermeiro capacitado, explicar em linguagem acessível ao paciente e/ou responsável legal, o seu diagnóstico, condições clínicas, possibilidades terapêuticas e as consequências da interrupção da assistência, especificando possíveis riscos e danos.

Toda recusa de tratamento deve estar muito bem registrada em prontuário médico: momento e justificativa da indicação de procedimento, momento e condições da recusa e solicitação de assinatura de termo de recusa para procedimentos disponível no sistema MV (junto com os documentos de procedimentos de alta e na pasta de TCLE, sob o código FORM.DT.050)

A recusa de tratamento não se constitui em impeditivo para o paciente voltar a ser atendido no Hospital e Maternidade Santa Helena, nem deve implicar em agressão psicológica à paciente, mantendo o restante do cuidado conforme padronizado.

9) QUANDO A RECUSA NÃO PODERÁ SER ATENDIDA?

ATENÇÃO: em caso de iminente risco de morte ou de risco relevante à saúde, este termo não deverá ser preenchido e o diretor técnico ou diretor clínico deverá ser comunicado para providências legais, junto às autoridades competentes (Ministério Público, Polícia, CRM, etc).

“Art. 11. Em situações de urgência e emergência que caracterizem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica”⁹

De acordo com o artigo 28 do Código de Ética Médica é direito do médico, “recusar a realização de atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”, desde que avisado previamente ao coordenador e que não se trate de emergência.

PLANO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DE FORMA ADEQUADA

PARTE II – RECOMENDAÇÕES E RESTRIÇÕES

QUAIS AS REFERÊNCIAS SERÃO UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO E REVISÃO DESTAS RECOMENDAÇÕES:

Utilizaremos as recomendações internacionais (OMS, NICE, ACOG) e nacionais (Ministério da Saúde, FEBRASGO, SBP, SBA) como balizadores de boas práticas.^{3,4,5,15,19,20}

É importante ressaltar que tais recomendações se aplicam para partos planejados com idade gestacional entre 37 – 42 semanas, com feto único, vivo e apresentação cefálica, sem complicações

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	5 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

durante o pré-natal ou no período de parto/púerperio e onde o RN esteja estável na avaliação inicial do pediatra após o parto.⁴ Nas demais situações, as práticas poderão ser adaptadas.

1) QUAL A DATA É RECOMENDADA PARA MARCAÇÃO E REALIZAÇÃO DE PARTO NORMAL OU CESARIANA?

A definição da via de parto é prerrogativa do obstetra assistente (ou plantonista), que atuará em conformidade com as recomendações e guias terapêuticos da área ou protocolos da instituição, conforme as mais diversas situações clínicas que se apresentarem, podendo variar conforme idade gestacional, condições clínicas da paciente e risco-benefício para o feto e para a gestante.

A opção pela via de parto vaginal deve ser oferecida a toda gestante classificada como de risco habitual durante o pré-natal.

Todo parto espontâneo, seja por manifestação autônoma da paciente ou mais comumente por indicação médica, pode ser interrompido e realizado cirurgia cesariana. Geralmente isto acontecerá quando aparecerem intercorrências que coloquem em risco a vida da mãe ou da criança. Podemos citar como exemplo: mãe evoluindo com complicações de alto risco relacionadas a diabetes, hipertensão ou hemorragias; desproporção entre o canal de parto e tamanho do bebê; trabalho de parto parado por falha no processo natural; caso seja identificado placenta prévia (placenta se posiciona na frente do canal do parto); quando a placenta descola antes do nascimento do bebê; se o feto estiver em posição de risco para parto normal (deitado ou sentado por exemplo); parto de risco com dois ou mais fetos (gemelares); ou ainda em situações onde o feto apresente sinais de sofrimento, indicando redução da oxigenação cerebral; quando o cordão umbilical sai antes do bebê; e quando haja risco de transmissão de doenças para o feto durante o trabalho de parto normal.

Para realização do parto normal de risco habitual, não há uma data específica, desde que entre espontaneamente em trabalho de parto.

Para parto cesariano eletivo, conforme Resolução CFM nº 2.284/2020, a gestante tem direito, *“nas situações eletivas, de optar por realização de cesariana, garantida por sua autonomia”*. Para garantir a segurança do feto, a cesariana a pedido da gestante, nas situações de risco habitual, somente poderá ser realizada a partir de 39 semanas completas de gestação (273 dias), devendo ter registro em prontuário.

2) A GESTANTE PODERÁ ESTAR COM ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO/PARTO?

Por direito garantido pela Lei Federal nº 11.108, de 07/05/2005, a paciente pode indicar **uma pessoa** para acompanhá-la durante o procedimento.

No HMSH, com a intenção de humanizar o momento, oferecemos também em caráter opcional, em condições habituais (fora do período de restrições da pandemia) que além do acompanhante referido na legislação, que a gestante poderá convidar mais duas pessoas, com final total de 3 pessoas. Os dois acompanhantes adicionais, devem ser escolhidos dentre os habilitados nas categorias abaixo:

1. Acompanhante profissional de saúde dentre as categorias autorizadas como acompanhantes de parto: doula, enfermeiro obstétrico, médico, fisioterapeuta obstétrico ou graduando (médico ou enfermeiro), convidado pela família.
2. Acompanhante profissional técnico: fotógrafo, cinegrafista (cadastrados e treinados previamente para atuação em ambiente hospitalar)

Para os acompanhantes extra, além do acompanhante legal, deverá ser realizado um aviso prévio para setor de cadastros: (orçamento@clnicasantahelena.com.br) com pelo menos 5 dias úteis de antecedência.

Dúvidas e detalhamento das normas podem ser dirimidos consultando o PROP.DT.018.00.

OBSERVAÇÕES:

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	6 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

1. *Não contam como acompanhantes extra Enfermeira obstétrica/fisioterapeuta obstétrico cadastrados em equipe de parto normal humanizado sob o gerenciamento de médico responsável (conforme consta em comunicado interno 04/2020 do Diretor Técnico)*

Obs.: as normas podem mudar conforme vigência de surtos ou pandemias, por orientação da SCIH e/ou direção

3) ONDE SERÁ CONDUZIDO O PARTO NO HMSH?

Devido à questões relacionadas à segurança dos ambientes hospitalares para a paciente e para o recém-nascido, ambientes preparados para o momento do parto, bem como resolução de intercorrências (equipamentos, equipe anestésica e pediátrica disponíveis no ambiente fechado de centro cirúrgico), os partos serão conduzidos conforme o nível de adequação do internamento, a saber:

3.1 – enfermarias: por não contar com ambiente privativo, assim que a paciente entrar em trabalho de parto, deverá ser conduzida à sala de pré-parto;

3.2 – apartamentos: assim que chegar aos 7 cm de dilatação deverá ser conduzida para a sala de pré-parto para continuidade da assistência e evitar nascimento nos quartos sem assistência nos casos de partos precipitados;

3.3 – suíte 105: parto pode ser conduzido até o final na suíte, desde que não seja convertido em cesariana. Detalhamento dos cuidados da suíte 105 disponíveis em regulamento próprio: PROT.DT.069 - ATENDIMENTO AO PARTO NA SUITE 105

4) QUANDO DEVERÁ SE PROCEDER RESTRIÇÕES TÉCNICO/SANITÁRIAS À PERMANÊNCIA DO ACOMPANHANTE DURANTE O PERÍODO DE PARTO?^{23,24,25}

O HMSH se esforça em preparar seus ambientes para permitir a presença de um acompanhante durante todo o período de parto, mas: a) devido à dificuldades na execução de amplas reformas em sua estrutura por questões que envolvem arquitetura e reforma hospitalar; b) diante da necessidade da Comissão de Infecção e da Direção Técnica em zelar pelo controle das taxas de infecção relacionadas aos procedimentos; c) diante da necessidade de facilitação e não obstrução da ação da equipe de anestesia diante de alguma complicação relacionada à anestesia loco regional ou geral, informamos que a presença do acompanhante (legal, doula ou outro) deverá estar restrita: a) durante o momento da aplicação da anestesia (momento de alto risco de complicações como hipotensão e redução da função do coração, com necessidade de atuação rápida do anestesista e movimentação da equipe), sendo a entrada permitida assim que o anestesista garantir a segurança do ambiente; b) durante o período de cerca de uma a duas horas em que a paciente estará na sala de recuperação pós-anestésica (espaço físico insuficiente, podendo levar a risco de transmissão de infecções e exposição a outros pacientes), período ao qual a presença do acompanhante não é permitida. Nestes momentos, uma técnica de enfermagem de nossa equipe estará presente e preparada para auxiliar a paciente dando o suporte necessário para o atendimento.

5) QUAIS A ORIENTAÇÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DE DOULA DURANTE O PROCEDIMENTO?

A participação da doula, devidamente cadastrada previamente no HMSH e munida de crachá será permitida desde que preenchidos os critérios de número de acompanhantes na sala conforme orientado na norma sobre acompanhantes e também desde que preenchidos os critérios de sua atuação (esfera psicológica), conforme regimento interno, construído em conjunto com o sindicato de doulas (REG.DT.002).

6) ENFERMEIRA OBSTETRIZ PODERÁ PARTICIPAR DO PROCEDIMENTO?

Sim, desde que previamente tenha realizado cadastro para atuação em equipe de parto normal adequado específica (modalidade enfermeiro obstétrico atuante), com assinatura do médico assistente que será o responsável legal pela atuação da equipe. Fora este contexto, uma enfermeira obstetriz não poderá atuar independentemente, se não vinculada a uma equipe de parto, devido à questão jurídica e de responsabilidade profissional, assim como questões de cobertura por convênio, conforme comunicado interno emitido pelo Diretor Técnico (CI 04/2020 DT).

OBS.: uma enfermeira obstetra poderá participar como acompanhante (modalidade acompanhante) como profissional de saúde, mas nesta situação, não poderá atuar profissionalmente na sua área.

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	7 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

7) FISIOTERAPIA OBSTETRA PODERÁ TAMBÉM PARTICIPAR?
<p>Sim, desde que previamente cadastrada como fisioterapeuta obstétrica, apenas para procedimentos do tipo parto normal, respeitando a quantidade de acompanhantes (modalidade acompanhante) conforme consta na parte de acompanhantes ou atuando dentro de uma equipe de parto adequado (modalidade fisioterapeuta obstétrico). Tanto na primeira quanto na segunda situação poderá atuar dentro da sua área (condução de exercícios), sem contudo, interferir nas condutas dos outros profissionais.</p>
8) QUAIS AS ORIENTAÇÕES DE PREPARO DA GESTANTE NÃO FAZEM MAIS PARTE DA ROTINA NA CSH?
<p>a) <u>TRICOTOMIA</u>: não é realizado de rotina em todos os partos, sendo que a decisão será compartilhada entre a gestante (preferência pessoal) e o obstetra (preferências por motivos técnicos relacionados a necessidade de sutura, como na cesária)</p> <p>b) <u>ENEMA OU ENTEROCLISMA</u> (lavagem intestinal): não é realizado na rotina, sendo que a decisão poderá ser compartilhada, participando a gestante e o obstetra</p>
9) QUAIS AS POSIÇÕES SÃO PERMITIDAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO? POSSO CAMINHAR DURANTE O PERÍODO DE PRÉ-PARTO?
<p>Até momentos antes do período expulsivo, qualquer posição que se mostrar mais confortável e sem riscos para o feto poderá ser adotada⁴. Podem auxiliar para o correto posicionamento qualquer profissional de saúde presente. A gestante poderá caminhar à vontade, desde que respeitado o espaço da sala de pré-parto, devido a questões logísticas e operacionais.</p> <p>No segundo período (expulsivo), a gestante deverá ser estimulada a adotar a posição que achar mais confortável (incluindo cócoras, lateral ou quatro apoios)⁴, estando as posições mais eretas associadas a uma menor taxa de bradicardia fetal⁵. Porém não há evidências científicas de qual seria a melhor posição para o momento final do parto. As novas revisões Cochrane recentes apontam que para as pacientes onde foi feita anestesia regional previamente, as posições em decúbito são preferenciais, pois reduzem a taxa de parto instrumental (fórceps)⁵.</p> <p>Como em algumas posições desejadas pela gestante no período expulsivo, haverá a necessidade de o médico adotar posição que o mesmo possa considerar desconfortável ou por motivo de saúde, fora do padrão da posição tradicional em litotomia (decúbito dorsal), o mesmo poderá solicitar a gestante, por escolha pessoal do médico a adotar a posição em decúbito dorsal horizontal ou semi-supina (posições que favorecem a atuação médica, principalmente quando necessário procedimentos como episiotomia e parto instrumental). A opção do médico deve estar registrada em documento próprio e apresentada à gestante assim que possível ao internar para ciência.</p>
10) POSSO TOMAR BANHO NO PRÉ-PARTO? E TRAZER PISCINA INFLÁVEL?
<p>Temos um chuveiro disponível para uso das gestantes, que poderá ser utilizado. Como o chuveiro não se encontra dentro da sala de pré-parto, por questões logísticas, o deslocamento precisa ser autorizado enquanto a gestante puder ser transportada sem risco.</p> <p>Não é permitido o uso de piscina inflável neste momento, por questão logística e de espaçamento físico. <i>OBS.: A CSH disponibiliza um quarto com banheira para as pacientes que desejarem um parto diferenciado, porém há um custo adicional financeiro que deverá ser consultado previamente.</i></p>
11) QUAIS AS SOLICITAÇÕES SOBRE O AMBIENTE PODERÃO SER ATENDIDAS?
<p>A sala de pré-parto fica localizada estrategicamente de modo a permitir um local mais calmo e acolhedor.</p> <p><u>MÚSICA</u>: é permitido à gestante trazer caixinha de som e por meio de celular da mesma, gerenciar as músicas em volume baixo durante o trabalho de parto (por meio de playlist escolhida previamente pela mesma);</p> <p><u>LUZES</u>: as salas de pré-parto e parto possuem <i>dimer</i> que permite manter redução da luminosidade. No CC, pode-se manter um ambiente de penumbra (apenas a luz do foco cirúrgico), mas não é permitido o desligamento de todas as luzes em nenhum momento por questão de segurança.</p>

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	8 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

AR CONDICIONADO: a temperatura poderá ser reduzida ou aumentada conforme protocolos internos (mantendo sempre $\geq 23^{\circ}\text{C}$, conforme protocolo de prevenção de hipotermia, DT.020) para maior conforto para a gestante. No momento do parto é rotina o desligamento do ar condicionado para evitar hipotermia no recém-nascido.

12) A GESTANTE PODERÁ SE ALIMENTAR DURANTE O PERÍODO DE PARTO?

Devido à possibilidade de necessitar de procedimento cirúrgico de urgência ou medicações nauseantes, o estômago não deverá estar com alimentos pelo risco de aspiração caso apresente vômitos. Desta forma, conforme recomendações^{4,15} e orientação da equipe de coordenação de anestesia (pautado nas recomendações do Colégio Americano de Obstetrícia e da Sociedade Americana de Anestesiologia)¹⁵, na CSH será permitida apenas a ingestão de líquidos claros/gelatina/picolé de limão/sucos não coloridos sem resíduo (preferência soluções isotônicas, sem resíduos).

13) QUAL A ROTINA MÍNIMA DE AVALIAÇÃO DA GESTANTE E DO BEM-ESTAR FETAL RECOMENDADA?

Conforme recomendação das diretrizes atuais⁴, durante o trabalho de parto os sinais vitais e contração (tempo necessário de 10 minutos para avaliação), serão aferidos de 1/1 hora durante o trabalho de parto, assim como BCF que na fase ativa precisa ser auscultado a cada 30 minutos na fase inicial e até a cada 5 minutos no período expulsivo, conforme recomendações^{3,4} e protocolo interno (POP.DT.004.01 – sobre partograma). O toque vaginal poderá ser repetido pelo médico com intervalo de 2 a 4 horas diante de uma evolução habitual do trabalho de parto, podendo ser necessários intervalos menores em caso de evolução desfavorável para melhor definição de conduta. Após analgesia farmacológica o controle da pressão arterial e oximetria poderá ser realizado em intervalos mais curtos.⁴

OBS.: I) Não é permitido que acompanhantes (mesmos os profissionais de saúde na modalidade acompanhante) realizem nenhum tipo de monitoramento, seja da gestante ou do feto;

II) Pode ser indicado pelo obstetra em situações de suspeita de situação de risco (materno ou fetal), além de líquido meconial uma monitorização contínua ou intermitente com cardiocografia^{3,15}.

2) QUAIS OS PROCEDIMENTOS PODERÃO SER UTILIZADOS EM CIRCUNSTÂNCIAS APROPRIADAS, PARA FACILITAR A PROGRESSÃO DO PARTO, SEM DEIXAR DE CONFIGURAR UM PARTO NORMAL?⁴

- * Estimulação do trabalho de parto com ocitocina
- * Ruptura artificial das membranas
- * Alívio farmacológico da dor (peridural, opióides, óxido nitroso)
- * Manobra ativa no terceiro período.⁴

3) QUAIS OS PROCEDIMENTOS NÃO FARMACOLÓGICOS SÃO PERMITIDOS PARA ALÍVIO DA DOR?

Revisão sistemática mais recente^{16,15}, classificou os métodos de analgesia em três categorias: a) o que “funciona”: epidural ou inalatória; b) o que “pode funcionar”: hidroterapia (banhos), relaxamento, acupuntura, massagem e bloqueio de nervo periférico; c) os que não possuem dados suficientes para julgamento: hipnose, biofeedback, aromaterapia, opióides via parenteral.

Como os efeitos colaterais das técnicas não farmacológicas são praticamente inexistentes e além do mais, os estudos têm demonstrado maior satisfação da gestante com seu uso, serão permitidos todo tipo de tratamento não farmacológico para controle da dor, incluindo musicoterapia.

Apenas não será permitido para alívio da dor: injeção de água estéril, estimulação elétrica.

4) ANALGESIA FARMACOLÓGICA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O alívio da dor por métodos farmacológicos já foi amplamente estudado e hoje é recomendado em todas as diretrizes^{3,4,5,15}. Entretanto, como para qualquer anestesia, será necessária uma autorização da gestante para realização do procedimento, assinando o termo de consentimento próprio.

É importante que a gestante seja informada que a analgesia regional (peri ou raqui-peri): é mais eficaz, não está associada a aumento de dor lombar, não prolonga o parto na sua fase inicial (apesar de poder aumentar a duração do período final do parto e conforme últimas revisões^{5,15} não

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	9 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

aumenta a chance de parto instrumental/fórceps. Ainda: não aumenta taxa de cesarianas, mas pode reduzir a mobilidade, facilitar a hipotensão e aumentar a necessidade do uso de ocitocina⁵. A analgesia farmacológica pode ser administrada em qualquer fase do parto nas parturientes com dor intensa que solicitarem, após esgotados os métodos farmacológicos.⁴

5) O MÉDICO PODERÁ INDICAR OCITOCINA?

A ocitocina é o hormônio que a gestante produz naturalmente e que é responsável pela estimulação da contração uterina, criação de laços afetivos mãe-feto e também responsável pela ejeção do leite materno. As indicações médicas para seu uso durante o trabalho de parto incluem:

- a) indução do trabalho de parto (ex.: ruptura das membranas por mais de 24 horas, sem entrar em trabalho de parto;
- b) para reduzir o tempo de parto nos casos de falha na progressão do primeiro estágio, após realizada amniotomia;
- c) na falha de progressão no período expulsivo⁴.

Nestes casos de uso durante o trabalho de parto, a gestante deverá autorizar. Assinando o TCLE para indução.

Após o parto, devido o alto risco de hemorragia materna por hipotonia uterina, as recomendações das diretrizes⁴ e da CSH é de que ocitocina seja administrada rotineiramente em dose única de forma a aumentar a segurança para a gestante, agindo como uterotônico e reduzindo risco para hemorragias. Optamos pela conduta ativa do terceiro período (com uso de ocitocina, preferencialmente venosa⁵ ou muscular como segunda opção de forma rotineira)⁴, pois está associada a menor risco de hemorragia (29 x 13 para cada 1.000) e transfusão sanguínea (40 x 14 para cada 1.000), além de encurtar o terceiro período, apesar de aumentar o risco de náuseas. Caso exista recusa na conduta ativa após o parto, será necessário assinatura de termo de recusa de tratamento.

6) ACESSO VENOSO E O USO DE SORO DURANTE O PARTO. QUANDO SERÁ UTILIZADO?

O acesso para um parto normal somente será realizado após solicitação médica. Para parto cesariano será realizado como rotina. Um parto sem acesso só será permitido com autorização escrita do médico assistente. O acesso venoso é essencial em casos de hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer preocupação com o bem estar da mulher, bem como em toda paciente anestesiada⁴

A perda de sangue prevista em um parto habitual é de 500 ml para um parto normal e até 1 litro para uma cesariana. A reposição deste volume de líquidos é importante e geralmente é realizada como forma de prevenção de hipotensão e quedas após a cirurgia. Na rotina da CSH, um acesso venoso é providenciado no início do trabalho de parto e mantido hidrolisado, conforme solicitação médica, podendo ser acessado para administração de medicamentos, soro ou em casos de emergência, ficando a conduta e prescrição de soro e medicamentos a critério médico.

A contenção dos braços (fixação por meio de faixas ajustáveis) durante o parto não é obrigatória. Sempre que possível, a parturiente será mantida sem contenção no momento do parto. É de autonomia do anestesista, conforme avaliação clínica e uso de fármacos, definir se em algum momento será mais seguro optar pela contenção dos braços (riscos relacionados à contaminação do campo cirúrgico ou de perda de acesso, como nos casos de movimentação involuntária da paciente, risco de convulsão, etc).

7) O MÉDICO PODERÁ REALIZAR A AMNIOTOMIA?

A amniotomia rotineira e precoce, associada ou não a ocitocina não é realizada em mulheres em trabalho de parto que estejam evoluindo bem.⁴ A amniotomia deve ser considerada:

- a) diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio. O procedimento diminui o tempo de trabalho de parto em cerca de 1 hora e pode aumentar a intensidade e dor das contrações.⁴
- b) considerar ainda amniotomia para correção de contrações não efetivas¹⁵
- c) quando há necessidade de se avaliar o líquido amniótico.¹⁵

8) QUAIS AS RECOMENDAÇÕES ATUAIS SOBRE EPISIOTOMIA?

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	10 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

A episiotomia é um pequeno corte realizado pelo obstetra na região lateral da vagina, com uso de tesoura ou bisturi, após aplicação de anestesia local, no momento final do parto (expulsivo). Requer ao final que seja suturado. Este procedimento já foi muito utilizado em obstetrícia de forma rotineira, como uma boa prática médica. O objetivo da episiotomia sempre foi principalmente prevenir severos danos na região do períneo (retocle, ruptura do esfíncter dos anus, prolapso genital, incontinência urinária) das mulheres durante o parto normal, bem como era indicada com a intenção de reduzir o período final do parto (expulsivo), reduzindo riscos de anóxia (paralisia cerebral) e lesão de ombro nos RN macrossômico. Contudo, vários estudos clínicos recentes, bem conduzidos, randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises, contestaram estas verdades, permitindo um novo entendimento sobre a episiotomia com alto grau de evidência científica (nível I de evidência).

Com base nestes novos estudos, não há mais recomendação de realização de episiotomia de forma rotineira^{4,18}, sem aumento de lesões graves em períneo e ainda com a vantagem de reduzir as complicações pós-operatórias: dor, sangramento e disfunções sexuais.

Desta forma, a episiotomia pode ser indicada pelo obstetra de forma SELETIVA¹⁴, em casos específicos onde o benefício possa superar os riscos e desconfortos do procedimento. A OMS considera uma taxa ideal de episiotomia nos diversos serviços ao redor de 10% dos procedimentos³.

Com os novos estudos de segurança e visando não causar o mal, sem visar um bem (como proteger a paciente ou recém-nascido) e diante das novas premissas de autonomia dos pacientes e gestantes, como citado na parte I deste documento, a realização da episiotomia SELETIVA estará indicada nas seguintes situações:

- I. Iminência de laceração perineal (lesões de terceiro ou quarto grau, que são aqueles que comprometem a contração do músculo esfíncter do ânus)^{14,15,21}. Estudos são conflitantes nesta afirmação, mas a série histórica no Reino Unido apontou por triplicar as lesões graves sem episiotomia, quando devidamente indicada^{5,21}.

OBS.: As lesões de terceiro e quarto grau são mais comuns em nulíparas (primeira gestação), RN macrossômicos, etnia asiática, distócia de ombro, variedade de posição occipito posterior, período expulsivo prolongado, parto com fórceps

- II. Aceleração do desprendimento da cabeça fetal (em situação fetal não tranquilizadora que sugira sofrimento fetal)^{15,18}
- III. Progresso insuficiente (prolongamento) do parto no segundo estágio, com cansaço materno^{14,15,18,21}
- IV. Distócia de ombro⁴
- V. Quando for necessário ampliar o canal para uso de fórceps ou vácuo-extrator⁴

Ainda será necessário que as seguintes condicionais sejam atendidas:

- a) Autorização por escrito da gestante em termo próprio¹⁷
- b) Indicação médica (justificativa) e horário de indicação por escrito

OBS.: nas situações emergenciais onde não for possível a apresentação de termo e autorização da gestante para o procedimento, o médico deve descrever em prontuário a justificativa para realização do procedimento e apresentar à paciente o consentimento verbal pós informado.

9) O MÉDICO PODERÁ UTILIZAR MANOBRAS PARA MUDAR A POSIÇÃO (VIRAR) O RN ANTES DO PARTO? E MANOBRAS PARA FACILITAR O EXPULSIVO (APOIAR O FUNDO DO ÚTERO MANUALMENTE, NA MANOBRA DE KRISTELLER) OU ORIENTAR OS PUXOS (FAZER FORÇA)?

Manobra para “virar” o RN não é mais recomendada e não será utilizada.

Não recomendamos que a equipe insista em puxos dirigidos, antes do início espontâneo dos puxos fisiológicos⁴ no período expulsivo, que podem demorar até uma hora após dilatação completa para se iniciarem.

A manobra de Kristeller (compressão forte do fundo do útero com uso do braço ou da mão) não é mais recomendada no período expulsivo⁴ e somente poderia ser realizada por

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	11 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

profissional muito experiente em situação extrema registrada em prontuário¹⁵. Manobras de apoio ao fundo de útero (suporte), sem compressão podem ser utilizadas diante de puxos ineficazes pela gestante⁴. Recomendamos que seja solicitado autorização à gestante para realização de manobras de apoio.

Estudos recentes apontam benefícios da realização da massagem perineal no período expulsivo, relacionados a menor taxa de lesão de terceiro e quarto grau e maior taxa de manutenção de períneo íntegro.⁵

10) QUANDO ESTARÁ INDICADO USO DE PARTO CHAMADO INSTRUMENTAL?

O parto instrumental (ou operatório) é aquele onde se utiliza algum instrumento (fórceps ou vácuo-extrator), conforme escolha do obstetra para situações onde exista um risco para o bem-estar fetal ou prolongamento excessivo do período expulsivo⁴. Por se tratar de medida emergencial e em fase de estresse materno intenso, não será obrigatório a autorização imediata, bastando o registro médico em prontuário quanto a indicação. No TCLE sobre parto normal, consta sobre a necessidade eventual do uso de instrumental.

11) SE O PARTO NORMAL FOR CONVERTIDO EM CESARIANA, TODOS OS ACOMPANHANTES PODERÃO SEGUIR PARA O CENTRO CIRÚRGICO?^{23,24}

Sim, desde que a paciente esteja estável clinicamente e o risco de vida e o risco de infecções relacionados ao procedimento para gestante e RN sejam baixos. Nas situações emergenciais (hemorragia grave, PCR, choque hemodinâmico, necessidade de intubação) ou quando os riscos para infecção se tornarem elevados, os acompanhantes podem ser convidados a não participar do procedimento, à critério do obstetra que está como chefe da cirurgia ou do anestesiológico que deve garantir a segurança do ambiente para a prestação adequada do cuidado ou ainda da enfermeira chefe do centro cirúrgico, para não correr o risco de reduzir o devido atendimento ao paciente (risco para desmaio de acompanhantes, dificultando a assistência ao paciente).

12) A GESTANTE PODERÁ ASSISTIR O NASCIMENTO NO CASO DE PARTO CESARIANA?

Sim, disponibilizamos campo transparente para uso durante o parto, mas deverá ser solicitado previamente pelo médico assistente.

13) POSSO DECIDIR SOBRE A FORMA DE EXTRAÇÃO DA PLACENTA NO MOMENTO DA DEQUITADURA?

A melhor forma de extrair a placenta, deve ser definida pelo médico assistente, podendo para isto utilizar tração controlada do cordão por meio de manobras que facilitem a extração, para reduzir restos placentários^{4,15}.

14) POSSO REQUERER A PLACENTA PARA USO ESPECÍFICO, COMO IMPRINTING OU ALGUM RITUAL?

Sim, desde que solicitado e assinado o termo de responsabilidade por transporte de peça cirúrgica (o mesmo termo utilizado para transporte de peças de anatomopatológico). Nestas situações, a paciente deverá trazer recipiente plástico com tampa para transporte. Ficará guardada na geladeira do CC até que possa ser entregue a algum familiar. Não poderá ficar guardada na geladeira do quarto.

No HMSH uma folha de papel especial será oferecida quando a gestante tiver interesse no “imprinting” ou carimbo da placenta.

15) O RECÉM-NASCIDO SERÁ COLOCADO EM CONTATO COM A MÃE IMEDIATAMENTE APÓS O NASCIMENTO?

Não necessariamente. A recomendação de colocar o RN na barriga ou tórax materno após o nascer somente se aplica nas situações ideais onde o parto tenha evoluído sem intercorrências, onde o RN esteja em excelente vitalidade, onde o pediatra não entenda ser necessário algum cuidado específico (aspiração de vias aéreas, estímulo, reanimação, secagem mais cuidadosa, má-formação, etc) e nos RN acima de 34 semanas. Quando foi possível, informamos que cientificamente não há consenso sobre um tempo mínimo necessário para que os benefícios do contato sejam acessados, de forma que pode variar conforme cada caso. Nas demais situações, o pediatra irá conduzir o RN ao berço aquecido, prestar os primeiros cuidados (Golden Minute) que devem acontecer de modo sincronizado ainda no primeiro minuto de vida, quando então será conduzido até os pais pelo mesmo.¹⁹

 SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	12 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

16) UM ACOMPANHANTE PODERÁ CORTAR O CORDÃO UMBILICAL DO RN APÓS O NASCIMENTO?
<p>Nos partos vaginais é permitido. O clampeamento deve ser realizado após pelo menos 1 minuto do parto.</p> <p>Para cesariana não é permitido ao obstetra oferecer ao pai ou acompanhante para cortar o cordão EM CAMPO, conforme comunicado por Diretor Técnico em 24/08/2020. No caso de cesariana, aguardar o pediatra trazer o RN após a recepção e avaliação inicial de condições de nascimento (Golden Minute). O risco de contaminação do campo cirúrgico pelos acompanhantes em movimentação é alto.</p>
17) O ACOMPANHANTE PODERÁ SE DESLOCAR EM SALA CIRÚRGICA ATÉ O BERÇO DO RN PARA VER OS CUIDADOS INICIAIS DO PEDIATRA?
<p>Infelizmente, na sala operatória, o deslocamento de pessoas não ambientadas a um centro cirúrgico aumenta o risco de acidentes e também de contaminação do campo cirúrgico de forma não intencional. Por orientação do diretor técnico em CI de 13/10/2020, este deslocamento até o berço não é permitido.</p> <p>A recomendação é que aguarde a apresentação do RN pelo pediatra logo após os primeiros cuidados. A avaliação inicial do pediatra será essencial para definir se o RN nasceu bem (em cerca de 1% dos partos os RN não nascem bem e precisarão de auxílio na transição entre a vida intra para extrauterina) e tem condições de ir para o lado dos familiares ou se necessitará transferência imediata para ambiente de cuidados específicos dos RN que não nasceram bem (UTI neonatal)¹⁹. Os cuidados de reanimação oferecidos pelo pediatra (aspiração, ventilação, etc) seguirão as recomendações da SBP.¹⁹</p>
18) O RN FICARÁ AO LADO DA MÃE DURANTE TODO O INTERNAMENTO?
<p>Logo após o nascimento, após avaliadas as condições ideais pelo pediatra: RN estiver em boas condições clínicas, ter nascido acima de 34 semanas, condições do ambiente favoráveis, sendo do desejo da parturiente e estando a mesma em condições clínicas adequadas após o nascimento o RN será apresentado para a gestante e ainda em sala deverá ser colocado em contato pele-a-pele com a mesma, durante o maior tempo possível, sem aumento de riscos.</p> <p>As vantagens do contato pele-a-pele e tentativa de amamentar na primeira hora já foram comprovadas em estudos clínicos randomizados (colonização por microbiota materna e não hospitalar, promove vínculo materno pela liberação de ocitocina, e aumenta amamentação, aproveitando o momento de alerta e comportamento inato do RN em abocanhar e sugar na primeira hora, com maior efetividade na amamentação²⁰).</p> <p>Por questões logísticas, os cuidados iniciais (vitamina K, PVPI ocular) e manutenção da normotermia (visto que a hipotermia está associado a aumento da mortalidade do RN) e registro de sinais vitais conforme recomendado⁴, será realizado no berçário e não em sala cirúrgica.</p> <p>Assim que a puérpera estiver em condições de receber o RN, ao ser liberada da SRPA, o RN será encaminhado juntamente para o quarto.</p> <p>Na CSH, utilizamos a internação do tipo ALOJAMENTO CONJUNTO, onde o berço do RN ficará no quarto da gestante durante todo o tempo de internamento.</p>
19) PODEREI AMAMENTAR O RN A VONTADE (SOB LIVRE DEMANDA)? SERÁ UTILIZADO FÓRMULA (LEITE ARTIFICIAL) PARA O RECÉM-NASCIDO?
<p>No HMSH a amamentação sob livre demanda é recomendada e estimulada. Uma colaboradora treinada em amamentação é disponibilizada para atendimento às gestantes e uma equipe de técnicos preparados poderá auxiliar as gestantes. Contamos ainda com uma equipe de apoio avançado à amamentação que poderá ser contratada para auxiliar nos casos mais complexos. Sempre que possível (condições favoráveis da mãe e do RN), o RN será colocado ao seio para sugar ainda nas primeiras horas de vida.</p> <p>Fórmulas (leite artificial) somente serão oferecidas ao RN em casos emergenciais (conforme protocolo de hipoglicemia por exemplo: PROT.DT.025.00) ou em caso de solicitação materna, apenas após autorização materna, por meio de assinatura do TCLE específico para uso de fórmulas em RN.</p>

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	13 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

20) O BANHO AO RECÉM-NASCIDO SERÁ DADO LOGO APÓS O NASCIMENTO?
<p>Conforme recomendações³ será adiado nas primeiras 24 horas, exceto quando necessário por protocolo de prevenção de infecções. No quarto poderá ser contratado pela gestante o serviço de banho educativo.</p>
21) A APLICAÇÃO DE VITAMINA K INJETÁVEL E PREVENÇÃO DE OFTALMIA NEONATAL É FEITA ROTINEIRAMENTE NO RN?
<p>Sim. O benefício de prevenção hemorragia cerebral ou outra hemorragia (doença hemorrágico do RN), que é grave, podendo deixar o mesmo com sequelas pelo resto da vida supera o risco da aplicação de uma medicação injetável^{3,4,19}. Caso haja recusa dos pais em usar medicação injetável, devem assinar o termo de recusa e o pediatra deverá prescrever vitamina K oral em três doses de 2 mg (ao nascimento, com 4 dias de vida e depois com 4 semanas de vida).</p> <p>Da mesma forma, o benefício da prevenção de uma seqüela visual por infecção ocular neonatal por clamídia ou gonococo supera o risco da aplicação de uma gota de PVPI (iodopovidina, não irritante) via ocular no RN e deverá ser realizada rotineiramente^{4,19}.</p>
22) QUAIS OS PROCEDIMENTOS REQUEREM APLICAÇÃO DE TCLE NA GESTANTE ANTES DA REALIZAÇÃO?
<p>a) TCLE para parto vaginal ou cesariana</p> <p>b) TCLE para consenso na assistência ao parto normal/plano de parto:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Assinar termo de autorização/recusa de episiotomia b. Assinar termo de autorização/recusa para amniotomia c. Assinar termo de autorização/recusa de ocitocina (quando indicado durante o parto) <p>c) TCLE para anestesia: nestesia regional (raqui ou peridural) ou venosa (opióides como morfina ou dolantina) para alívio farmacológico da dor</p> <p>d) TCLE para Indução do Parto: quando o parto for induzido (misoprostol/ocitocina)</p> <p>e) Termo de Anatomopatológico: para levar Placenta (peça cirúrgica)</p> <p>f) TCLE para uso de Fórmula (leite artificial) para RN</p> <p>Qualquer outro procedimento não especificado que for recusado deve ser assinado no TERMO DE RECUSA de TRATAMENTO.</p>
23) QUAIS AS OPÇÕES DA GESTANTE DEVERÃO TER ASSINATURA DO PLANTONISTA PARA SEREM ACATADAS NA INSTITUIÇÃO?
<p>a) Indicação de episiotomia</p> <p>b) Restrição para posição da gestante no momento do parto (expulsivo final)</p> <p>c) Parto sem acesso venoso</p> <p>d) Proibição para fotos do médico</p> <p>e) Restrição para parto pélvico via vaginal²²</p>

Referências bibliográficas

1. Definição oficial da FEBRASGO 2017 – por Dr. Juvenal Borrielo, da Comissão de Defesa e Valorização Profissional, disponível online em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/175-plano-de-parto-e-essencial-a-boa-relacao-medico-gestante>
2. FEBRASGO, 2017 - por Dr. Juvenal Borrielo, da Comissão de Defesa e Valorização Profissional, durante apresentação de Reunião Parto Adequado, Hospital Albert Einstein, disponível online em http://www.ans.gov.br/images/stories/gestao_em_saude/parto_adequado/projeto-parto-adequado-sap-plano-de-parto.pdf
3. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório. Brasília. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC; 2022.
5. Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical guideline. London. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014 – últimas atualizações em 2019 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/2019->

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	14 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

surveillance-of-intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-nice-guideline-cg190-6713845021/chapter/surveillance-decision#pain-relief-in-labour-regional-analgesia)

6. Código de Ética Médica no capítulo V, art 31: “É vedado ao médico: Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, **salvo em caso de iminente risco de morte.**”
7. Portaria do MS/GM 1.820 de 13 de agosto de 2009, em seu artigo 4o , inciso XI: “o direito à escolha de alternativa de tratamento, quando houver, e à consideração da recusa de tratamento proposto”.
8. Parecer CREMESP no 20589/00: “O paciente que, devidamente esclarecido e sem risco de vida iminente, assume o não cumprimento da determinação médica de permanecer sob tratamento intra-hospitalar, desobrigando o profissional de dar continuidade ao tratamento, bem como de emitir receita.”
9. Resolução CFM no 2.232/2019, que estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes.
10. Incott, AAF. Parto humanizado no Brasil.2019. Texto disponível online em: <https://audrika.jusbrasil.com.br/artigos/689283372/parto-humanizado-no-brasil>
11. LEI Nº 15.759, de 25 DE MARÇO DE 2015 do Governo do Estado de São Paulo
12. d’Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(9318):1681–5.
13. Violência obstétrica no âmbito jurídico, 2020, disponível online: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/violencia-obstetrica-uma-analise-juridica-acerca-do-instituto-no-estado-do-tocantins/#:~:text=2%C2%B0da%20Lei%20n, no%20per%C3%ADodo%20de%20estado%20puerperal.%E2%80%9D>
14. Carvalho CCM et al. Revisão sistemática: Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *FEMINA*, 2010; vol 38 (5):265-270.
15. Elsevier Editora, 2019. TRATADO de Obstetrícia – FEBRASGO
16. Jones L et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(3):CD009234
17. Malvasi A. et al. Episiotomia: uma proposta de consentimento informado. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(6):948-951
18. Amorim M.M. et al. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive Health*, 2017 (14):55-65
19. Diretrizes de reanimação neonatal da SBP, versão revisada 2021
20. Ministério da Saúde, 2013. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e saúde de mães e crianças.
21. Recomendações Febrasgo sobre episiotomia, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>
22. Aquino MMA et al. Conduta obstétrica na apresentação pélvica. *RBGO* 2000, 22(8):519-523
23. ANVISA, Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (disponível no caderno 4 da série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde), página 91;
24. Carvalho RLR, Campos CC, Franco LMC, Rocha AM, Ercole FF. Incidence and risk factors for surgical site infection in general surgeries. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 Dec 4;25:e2848. doi: 10.1590/1518-8345.1502.2848. PMID: 29211190; PMCID: PMC5738868.
25. Parnass SM, Schmidt KI. Adverse effects of spinal and epidural anaesthesia. *Drug Saf*. 1990 May-Jun;5(3):179-94. doi: 10.2165/00002018-199005030-00003. PMID: 2190594.

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.052	15 / 15
	ATENDIMENTO AO PARTO E PLANO DE PARTO NO HMSH	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	3

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	MATHEUS KUMMER Coord. Obstetrícia ALEY NEWTON Coord. Anestésio PATRICIA ISHI Coord. Pediatria	ULLY MARIANE F. LEMOS Coord. da Qualidade
Data: 16/06/2021	Data: 16/05/2024	Data: 16/05/2024	Data: 20/05/2024
Assinaturas:			
 Clínica Santa Helena Ltda. Dr. Marcos Alves Pavione Diretor Técnico CRM 3683		 Dr. Aley Newton, Marinho Andrade Anestesiologista CRM-SE 3211	 Uly Mariane F. Lemos COREN-SE - 487.101 - Enfermeira

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.	Cronograma de gestão de documentos.	18/06/2023
2.	Ajuste na parte de procedimento em anestesiologia e atualização conforme Diretriz Nacional de Parto 2022	24/10/2023
2.	Ajuste no item sobre condução final do parto, levando para CC após 7 cm	16/05/2024