

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS01 Página: 01/ 38
<b>Título do Procedimento: ADMISSÃO DA PACIENTE NO PRÉ-PARTO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	Diária e de acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	- Leito arrumado; - Prontuário hospitalar, contendo: ficha do atendimento do dia, cartão de pré-natal, internação obstétrica (história clínica e obstétrica), partograma e prescrição médica.
<b>EPI</b>	- Luvas de toque e avental, em casos de precaução de contato.
<b>Equipamento</b>	- Doppler, monitor fetal, esfigmomanômetro, cardioscópio, bomba de infusão, estetoscópio.
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Receber a paciente no leito do pré-parto, após ter sido admitida pela equipe de enfermagem;</li> <li>- Identificar-se (nome e função);</li> <li>- Ler a ficha de atendimento, internação, o cartão de pré-natal e a prescrição médica e consultar prontuário.</li> <li>- Interrogar a paciente sobre eventuais antecedentes clínicos/ obstétricos ou queixas;</li> <li>- Explicar à paciente as rotinas que serão seguidas;</li> <li>- Examinar a paciente, incluindo palpação abdominal, dinâmica uterina, batimentos cardíacos fetais e, se não contraindicado, toque vaginal;</li> <li>- Fazer anotações no partograma;</li> <li>- Fazer alterações na prescrição, quando necessário;</li> <li>- Esclarecer à equipe de enfermagem sobre a conduta assumida;</li> <li>- Orientar a paciente para solicitar esclarecimentos à equipe médica sempre que precisar;</li> <li>- Encorajar a paciente a verbalizar suas necessidades durante o trabalho de parto, respeitando suas crenças e aspectos culturais;</li> <li>- Permitir a entrada de um acompanhante de sua escolha, esclarecendo-o quanto à proposta de acompanhamento médico;</li> <li>- Orientar acompanhante sobre as rotinas de acompanhamento no trabalho de parto e parto e como pode colaborar para o bem-estar da parturiente, respeitando-se as possibilidades do setor;</li> <li>- Lavar as mãos.</li> </ul>

<b>Observação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atentar para relato de perda de líquido ou sangue;</li> <li>- Orientar a equipe de enfermagem sobre a dieta assumida (CAISM/CO/OBS07);</li> <li>- Comunicar enfermeiro ou residente de plantão sobre qualquer intercorrência;</li> <li>- Comunicar enfermeiro sobre alterações na prescrição.</li> </ul>
-------------------	---

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:



<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS02 Página: 03/ 38
<b>Título do Procedimento: EVOLUÇÃO DA PACIENTE NO PRÉ-PARTO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes internadas.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partograma;</li> <li>- Prescrição;</li> <li>- Caneta;</li> <li>- Comadre;</li> <li>- Amniótomo;</li> <li>- Fita métrica;</li> <li>- Xylocaina gel.</li> </ul>
<b>EPI</b>	- Luvas de toque e avental em casos de precaução de contato.
<b>Equipamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doppler;</li> <li>- Cardiotocógrafo;</li> <li>- Bomba de infusão.</li> </ul>
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar-se (nome e função), caso já não o tenha feito na admissão;</li> <li>- Avaliação da paciente a cada trinta minutos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. queixas, incluindo avaliação de dor</li> <li>2. estado geral</li> <li>3. inspeção e palpação uterina</li> <li>4. dinâmica uterina</li> <li>5. batimentos cardíacos fetais</li> <li>6. perdas vaginais</li> <li>7. sinais vitais maternos, anotados na ficha de enfermagem</li> </ol> </li> <li>- Em casos de indução ou inibição do trabalho de parto, alterar dose da medicação conforme protocolos específicos. Estes procedimentos geralmente requerem bomba de infusão;</li> <li>- Realizar toque vaginal a cada duas horas, se a paciente estiver na fase ativa do trabalho de parto, ou conforme a necessidade. Exceção feita para casos de placenta prévia e amniorrexe prematura em que se deseja inibir o trabalho de parto. O toque vaginal é realizado com luva estéril de toque, lubrificada com Xylocaina gel;</li> <li>- Fazer amniotomia quando necessário.</li> <li>- Realizar cardiotocografia se há risco de sofrimento fetal (doença materna, diminuição de movimentos fetais, cardiotocografia anterior suspeita, pós-datismo, amniorrexe, oligoâmnio, restrição de crescimento intraútero,</li> </ul>

	<p>doença fetal, gemelaridade). Esta deverá ser feita no início e ao longo do trabalho de parto, conforme a necessidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transferir a paciente à sala de parto quando estiver indicada analgesia e/ou quando estiver com dilatação total;</li> <li>- Anotar no partograma cada avaliação feita, incluindo a conduta tomada.</li> </ul>
<b>Observação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção para queixa de perdas vaginais e dor;</li> <li>- Atentar para indicação ou contraindicação de dieta;</li> <li>- Comunicar à enfermagem ou residente se houver intercorrências.</li> </ul>

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020

Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:
---	-------

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS03 Página: 05/38
<b>Título do Procedimento: INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes internadas.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partograma;</li> <li>- Prescrição;</li> <li>- Amniótomo;</li> <li>- Comadre;</li> <li>- Xylocaína gel;</li> <li>- Caneta.</li> </ul>
<b>EPI</b>	- Luvas de toque e avental em casos de precaução de contato.
<b>Equipamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doppler;</li> <li>- Cardiotocógrafo;</li> <li>- Bomba de infusão.</li> </ul>
<b>Técnica</b>	<p style="text-align: center;"><b>Indução de Parto</b></p> <p>Opções terapêuticas: 1. Misoprostol 2. Ocitocina</p> <p>A indução de parto com ocitocina não deverá ser iniciada se o colo uterino não for favorável. O colo é considerado favorável à indução quando Bishop &gt; ou= a 6.</p> <p>Nas mulheres que iniciarem o preparo cervical com prostaglandina e obtiverem boa resposta, com modificação cervical ou aparecimento de contratilidade uterina a utilização deverá ser mantida rigorosamente nas primeiras 24 horas ou até o estabelecimento de trabalho de parto franco: posologia de 25 mcg a cada 6 horas (chegando-se à dose máxima de 150 mcg se necessário).</p> <p>Se após esse período não houver aparecimento de contratilidade uterina regular, efetuar mudança da medicação para ocitocina intravenosa 12 ml/h, dose dobrada a cada 30 minutos, até estabelecimento do trabalho de parto efetivo.</p>

	<p>Em mulheres com contraindicação para uso de prostaglandina será utilizada ocitocina como primeira opção terapêutica no mesmo esquema.</p> <p><b>CONDUTA:</b> Quando se decide pela indução do parto deve-se avaliar se há:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integridade das membranas</li> <li>2. Antecedente de uma cesárea anterior</li> <li>3. Tempo disponível até o parto conforme as condições materno-fetais <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feto com pouca reserva ou patologia materna descompensada = menor tempo disponível até o parto (2 a 3 dias)</li> <li>• Feto com boa reserva e ausência de patologia materna descompensada = maior tempo disponível até o parto (até 7 dias)</li> </ul> </li> <li>4. Condições do colo uterino favoráveis <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se bolsa rota e sem cesárea anterior:</b> Indução de parto com misoprostol.</li> <li>• <b>Se bolsa rota com cesárea anterior:</b> Iniciar indução com: ocitocina intravenosa.</li> </ul> </li> </ol> <p>Obs.: ver protocolo de amniorrexe prematura – profilaxia para o estreptococo do grupo B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se bolsa íntegra sem cesárea anterior:</b> Com colo desfavorável: misoprostol ou Sonda Foley Com colo favorável: misoprostol ou ocitocina</li> <li>• <b>Se bolsa íntegra com cesárea anterior:</b> Com colo desfavorável: Sonda Foley e internação Após preparo do colo, indução com ocitocina.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Óbito fetal</b></p> <p>Sem cicatriz uterina: prostaglandina  Altura uterina até 22 cm – 100 mcg 6/6 horas  Útero com mais de 22 cm – 50 mcg 6/6 horas</p> <p>Com 1 cesárea anterior:  Sonda Foley por 12 a 24 horas e após, indução com ocitocina. Se falha, discutir individualmente possibilidade de misoprostol 50 mcg de 6/6h.</p> <p>Com 2 ou mais cesáreas ou outro tipo de cicatriz uterina:  Discutir cada caso separadamente.</p> <p>Sugestões: Se útero até a cicatriz umbilical: preparo cervical sonda Foley e após indução com ocitocina.  Se útero acima da cicatriz umbilical: cesariana.</p>
<p><b>Observação</b></p>	<p><b>1) Quanto à admissão da gestante no Centro Obstétrico (CO):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Havendo vaga no CO, as induções de parto programadas deverão ser iniciadas às 9:00, sendo a paciente proveniente da enfermaria de Patologia Obstétrica (vaga preferencial) ou do Pronto Atendimento.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- O café da manhã deverá ser servido às 8:00, para que este horário seja cumprido.</li><li>- Recomenda-se cardiotocografia inicial para vigilância de vitalidade fetal <u>quando iniciar atividade uterina regular.</u></li></ul> <p><b>2) Quanto à segurança no uso do misoprostol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O uso de misoprostol é controlado pela vigilância sanitária, sendo seu uso monitorado;</li><li>- O serviço de Farmácia somente dispensará o misoprostol mediante prescrição médica e receituário especial, para a enfermagem;</li><li>- A medicação somente é retirada da Farmácia no momento de sua inserção, não havendo sobras de medicação.</li><li>- No momento da administração à paciente, o médico solicitará à enfermagem, devendo sofrer dupla checagem, médica e da enfermagem (anotação no prontuário do horário da inserção, com assinaturas de ambos);</li><li>- O médico deverá devolver o blister vazio à enfermagem, para posterior conferência com o serviço de Farmácia.</li></ul>
--	--

Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS04 Página: 08/ 38
<b>Título do Procedimento: INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes internadas.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	- Partograma; - Prescrição; - Comadre; - Xilocaína gel; - Caneta.
<b>EPI</b>	- Luvas de toque e avental em casos de precaução de contato.
<b>Equipamento</b>	- Doppler; - Cardiotocógrafo; - Bomba de infusão.
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Internação</li> <li>● Repouso</li> <li>● Hidratação materna endovenosa: apenas se houver indicação clínica – desidratação</li> <li>● Sedação: apenas se houver indicação clínica – ansiedade materna significativa. Utilizar levomepromazina (Neozine), 3 a 5 gotas via oral</li> <li>● Corticoterapia (vide protocolo)</li> <li>● Tratamento com drogas tocolíticas</li> <li>● Antibioticoprofilaxia para Estreptococo do grupo B, no TPP em evolução, conforme o protocolo vigente (1ª opção: Penicilina Cristalina, 2ª opção: Ampicilina, 3ª opção: Cefazolina e para as mulheres com história de anafilaxia a beta-lactâmicos, utilizar Clindamicina). Suspende o antibiótico após a tocolise, mesmo com culturas positivas (obs. TPP com membranas íntegras).</li> <li>● Neuroproteção com MgSO4, em gestações abaixo de 32 semanas, na iminência de parto prematuro, conforme protocolo específico.</li> </ul>

## **1) TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:**

**PRIMEIRA OPÇÃO:** Bloqueador de canais de cálcio.

Nifedipina (Adalat) - 1 comprimido = 10mg

Nifedipina (Adalat) - 1 cápsula sublingual = 10mg

**DOSE INICIAL:** 30 mg via oral

Reavaliar dinâmica uterina 90 minutos depois:

1 - Se positiva, administrar mais 20 mg V.O. e reavaliar 60 minutos após; se dinâmica ainda positiva considerar falha terapêutica e utilizar outro agente; se dinâmica negativa passar para a manutenção com 20 mg V.O. 8/8h por 48 horas.

2 - Se negativa, passar para dose de manutenção de 20 mg V.O. 8/8hs por 48 horas, quatro horas após a última dose.

**SEGUNDA OPÇÃO:** Inibidores da síntese e liberação de prostaglandinas (inibidores de prostaglandina-sintetase)

Indometacina (Indocid) - dose inicial de 100 mg VR duas doses a intervalos de 12 horas.

Dose de manutenção de 25mg V.O. a cada 8 horas por no máximo 48h.

\* Indometacina (Indocid) - 1 supositório 100mg

\* Indometacina (Indocid) - 1 capsula 25mg

A utilização dos inibidores de prostaglandinas está limitada até 32 semanas de gestação. O uso indiscriminado da Indometacina pode levar ao oligoâmnio, fechamento precoce do canal arterial, e hipertensão pulmonar em recém-nascidos. Deve-se tomar cuidado com casos que já apresentem oligoamnio e/ou bolsa rota. É contraindicada em casos de sangramentos e distúrbios de coagulação pelo efeito colateral de antiagregação plaquetária.

**TERCEIRA OPÇÃO:** Agonistas beta-adrenérgicos (ativação da adenilciclase). Esta classe de drogas possui eficácia no máximo similar a dos outros agentes, porém com maior frequência de efeitos colaterais maternos significativos.

Preparar a infusão endovenosa da seguinte forma:

S.F. 0,9%: 500 ml

Bricanyl (Terbutalina): 10 ampolas

Terbutalina ( Bricanyl): 1 ampola = 1ml = 0,5mg.

Velocidade de infusão da terbutalina: iniciar com quatro gotas por minuto (12ml/h), e aumentar, progressivamente duas gotas a cada 30 minutos, enquanto persistir a atividade uterina, e não houver efeitos colaterais prejudiciais, até se atingir a dose terapêutica ou “dose útil”. Atingindo a inibição uterina manter, a “dose útil” ou terapêutica por 12 horas.

**QUARTA OPÇÃO:** Sulfato de Magnésio (antagonista do cálcio): bloqueador de cálcio na placa motora.

Sulfato de Magnésio: 1 ampola a 10% = 10ml = 1g

Iniciar o tratamento com dose 4g (4 ampolas de MgSO<sub>4</sub> 10%) endovenosa em infusão lenta com monitorização da frequência cardíaca, respiratória, pressão arterial, diurese e reflexo patelar materno.

Para manutenção deve ser iniciada a infusão de um grama por hora, 30 minutos após a dose inicial, sem ultrapassar a dose de 2g por hora.

**Manutenção:**

SF 0,9%	400ml
MgSO <sub>4</sub> 10%	10 ampolas

**Obs.:** Suspender a medicação sempre que houver alterações dos parâmetros vitais maternos, desconforto respiratório, oligúria, hiporreflexia (abolição do reflexo patelar), aumento do intervalo P-R no ECG (NL= 0,4 segundos).

Em caso de complicação mais grave como parada cardiorespiratória, usar gluconato de cálcio 10% em infusão lenta.

Gluconato de cálcio a 10% - 1 ampola= 1g

**2) CONTRAINDICAÇÕES DA TERAPIA TOCOLÍTICA:**

**ABSOLUTAS:**

Óbito Fetal  
Sofrimento Fetal  
Anomalias incompatíveis com a vida  
Corioamnionite  
Eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave  
Hemorragia Materna severa de qualquer etiologia  
RCIU severa

**RELATIVAS:**

Hipertensão arterial crônica grave  
Nefropatia crônica  
Diabetes Mellitus de difícil controle  
Polidrâmnio

❖ **Dependendo da gravidade da patologia, é preferível não se promover a inibição do TPP pelo elevado risco de morbimortalidade materna.**

**2.1- CONTRAINDICAÇÕES ÀS DROGAS BETA-AGONISTAS:**

Cardiopatia (arritmia e insuficiência cardíaca congestiva)  
Hipertensão arterial moderada e grave  
Diabetes Mellitus  
Hipertireoidismo

**2.2 - CONTRAINDICAÇÕES ÀS DROGAS BLOQUEADORAS DOS CANAIS DE CÁLCIO**

	<p>Distúrbios de condução átrioventricular.  Insuficiência hepática.  Uso concomitante de sulfato de magnésio (potencializa o bloqueio neuromuscular).  Estenose aórtica  Hipertensão arterial grave.</p> <p><b>2.3- CONTRAINDICAÇÕES AO SULFATO DE MAGNÉSIO:</b>  Oligúria (diurese menor que 30 ml/hora)  Bloqueio de condução cardíaca de qualquer tipo.  <i>Miastenia gravis</i> materna.</p> <p><b>2.4-CONTRAINDICAÇÕES ÀS DROGAS INIBIDORAS DAS PROSTAGLANDINAS.</b>  Distúrbios de coagulação.  Doenças renais.  Doenças gastrointestinais (úlceras pépticas).  Oligoâmnio de qualquer etiologia, incluindo ruptura de membranas.</p> <p><b>DEPENDENDO DA GRAVIDADE DA PATOLOGIA, É PREFERÍVEL NÃO SE PROMOVER A INIBIÇÃO DO TPP PELO ELEVADO RISCO DE MORBIMORTALIDADE MATERNA.</b></p>
<b>Observação</b>	- A paciente deve ser colocada preferencialmente no leito de UVI

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos (Baseado no Protocolo de TPP)	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS05 Página: 12/ 38
<b>Título do Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE SULFATO DE MAGNÉSIO – CONTROLE DA HIPERTENSÃO NO PRÉ-PARTO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes internadas.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partograma/ficha de evolução;</li> <li>- Prescrição;</li> <li>- Xylocaína gel;</li> <li>- Sonda vesical de demora;</li> <li>- Abocath</li> <li>- Scalp</li> <li>- Seringa de 20 mL.</li> </ul>
<b>EPI</b>	- Luvas de toque e avental em casos de precaução de contato.
<b>Equipamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doppler;</li> <li>- Cardiotocógrafo;</li> <li>- Monitor cardíaco;</li> <li>- Estetoscópio;</li> <li>- Martelinho;</li> <li>- Bomba de infusão.</li> </ul>
<b>Técnica</b>	<p><b>PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Internação para estabilização das condições clínicas maternas</li> <li>2. Sulfato de magnésio para prevenção da eclâmpsia no esquema de Zuspan (4g EV em 20 minutos seguidos de solução de 10 ampolas de MgSO<sub>4</sub> a 10 % em SG 5% 1 a 2 g/h)</li> <li>3. Avaliação laboratorial completa (hemograma, urina I, ácido úrico, proteinúria de 24hs, perfil renal (uréia e creatinina), AST, ALT, LDH, bilirrubinas, coagulograma) com repetição dos mesmos na dependência da evolução e gravidade.</li> </ol>

4. Tratamento da hipertensão
5. Avaliação da vitalidade fetal através de cardiotocografia e dopplerfluxometria com intervalo a depender da vitalidade fetal e estabilidade clínica materna.
6. Corticoterapia antenatal entre 24 e 34 semanas (Betametasona 12mg repetidas em 24hs – dose total 24mg) na perspectiva de interrupção precoce da gestação por indicação materna ou fetal. Possibilidade de uso entre 34 e 36 semanas de acordo com protocolo vigente, avaliando cada caso individualmente;
7. Considerar individualmente a pesquisa de SAAF (anticorpo anticardiolipina e anticoagulante lúpico) e de collagenose (FAN).

#### **TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:**

##### **Sulfato de Magnésio:**

Sulfato de magnésio 10% (1 ampola = 10 ml = 1g)

- Dose de ataque: 4g EV lento em 20 minutos
- Dose de manutenção: 1 a 2 g/hora EV
- (10 ampolas sulfato de magnésio 10% em 400 ml SF)
- Controle ao usar sulfato de magnésio
- Volume de diurese: > 25ml/hora
- Reflexo patelar presente
- Frequência respiratória normal
- (em caso de intoxicação - gluconato de cálcio 10% - 10ml EV lento)
- Manter “sulfatação” pelo tempo mínimo de 24 horas

##### **\* Sulfato de magnésio**

- Excreção renal
- Atravessa placenta, excretado no RN 36-72 horas não causa sedação no feto ou na mãe.
- Em associação com a Nifedipina -> ação sinérgica teórica-> parada respiratória.

##### **Simpaticolíticos**

##### **\* Alfa metildopa (Aldomet ®)**

- Mecanismos de ação central - metil noradrenalina.
- Atua reduzindo o tônus simpático e a resistência periférica.
- Excreção renal, nível plasmático 2-4 horas, ação farmacológica após 6-8 horas.
- Materno: sedação, esquecimento, anemia hemolítica.
- Posologia: 750mg a 2g/dia em esquemas 250-500mg 6/6hs ou 8/8hs.

##### **\* Clonidina (atensina)**

- Mesmo mecanismo de ação da metildopa.
- Não tem sido utilizada.

##### **Antagonistas Adrenérgicos**

\* **Beta bloqueador não seletivo - Pindolol (visken): atividade simpaticomimética intrínseca**

- **Atuam nos receptores cardíacos diminuindo a FC e a contratilidade do miocárdio -> redução no fluxo sanguíneo em múltiplos órgãos (exceto cérebro).**
- Ao início do tratamento pode levar ao aumento da resistência vascular.
- Ação hipotensora não esclarecida -> diminui a renina.
- Metabolização hepática, excreção renal.
- Atinge nível plasmático em 4 horas.
- *Efeitos adversos:* redução no fluxo placentário, aumenta nº PIG, bradicardia fetal ou no recém-nascido. Materno: distúrbios gastrointestinais, tontura, cefaleia, distúrbios do sono.
- *Posologia:* 15 a 30 mg/dia, dose máxima 60 mg/dia, em esquema 8/8 hs ou 12/12 hs.
  
- \* **Na emergência hipertensiva: 20mg EV lento (0,25mg/ kg peso) podendo-se administrar doses adicionais 40-80 mg a cada 10 min até PA diastólica 100mmHg (dose total 300mg).**
- Infusão contínua 2mg/ min.
- Tratamento via oral o mais breve possível.

\* **Prazosin (minipress) - Alfa1 antagonista**

- Atua reduzindo a resistência periférica e o retorno venoso, diminui a pré-carga cardíaca e não leva ao aumento de FC e DC.
- Atinge nível plasmático 1 a 3 horas após administração via oral, ação por 4 a 6 horas.
- Metabolização hepática, excreção renal.
- *Efeitos adversos:* "efeito paradoxal" hipotensão postural aos 30-90 min após a 1ª dose, principalmente em associação com outra droga.
- *Posologia:* 1 a 20 mg/dia, sempre iniciando com 1 mg e aguardando a 1ª dose.

\* **Metoprolol (seloken) - Beta 1 seletivo**

- Posologia 5mg EV podendo ser repetida a dose em 15 minutos.
- Metabolização hepática, excreção renal

Manter monitorização cardíaca

Risco gestacional: C/D avaliar necessidade conforme parâmetros maternos

**Vasodilatadores**

\* **Hidralazina (apressolina)**

- Vaso dilatador de musculatura lisa, principalmente arteriolar.
- Atua reduzindo a RP, porém aumentando a FC, VS e atividade renina plasmática.
- Absorção intestinal
- Nível plasmático após 3-4 horas após via oral.
- *Efeitos adversos:* fetal: descrição de SFA principalmente em infusão contínua. Materno: cefaleia, urticária, *S. Lupus like*.

- *Posologia:* via oral 50-300 mg/dia em esquema 25 a 50 mg 6/6 horas ou 8/8 horas.

- **Na crise hipertensiva: 5 a 10 mg em bolo a cada 20 min. até PA diastólica 100mmHg ou infusão contínua 10mg/h.**

**\* Diazóxido (pressuren) - diazóxido**

hiperpolariza as células musculares lisas ao ativar canais de K<sup>+</sup> -> relaxamento da musculatura lisa vascular. Aumento DC, aumento FC, estimula sistema nervoso simpático -> aumento NA<sup>+</sup> e água.

- Excreção: 20-50% eliminado por via renal inalterado, restante metabolismo hepático.

- Duração da resposta é variável de 4 a 20 horas.

- *Efeitos adversos:* materno: retenção de sal e água e hiperglicemia (inibe a secreção de insulina), hipotensão. Fetal: produz hiperglicemia e em estudos experimentais -> destruição das ilhotas no pâncreas.

- *Posologia:* nas crises hipertensivas uso em bolo 50 a 100 mg em intervalos de 10 a 15 minutos. Ação máxima em 3 a 5 minutos.

**\* Nitro-prussiato de sódio (na emergência hipertensiva)**

- Ação 3 a 5 minutos.

- NPS -> Hb -> metemoglobina -> cianeto

- Cianeto é metabolizado no fígado e excretado na urina, pode acumular-se quando em altas doses como no uso prolongado ou na insuficiência hepática.

- Atravessa placenta, metabolismo hepático no feto deficitário por imaturidade enzimática.

- *Posologia:* 0,25 mg/kg/min

**Bloqueador Canal de Cálcio**

**\* Nifedipina (adalat)**

- Bloqueia o cálcio intracelular no músculo liso, diminui RP, aumenta FC.

- Metabolismo hepático e ação farmacológica 30 a 60 min. após administração via oral.

- Duração efeito 3 a 4 horas para o comprimido com 10 mg e 24 hs para o comprimido de 20 mg (Adalat retard).

- *Efeitos adversos:* experimental diminui PH e aumenta PCO<sub>2</sub>, poucos estudos na gestação, boa opção no puerpério.

- *Posologia:* adalat retard 20 a 80 mg/dia .

**Diuréticos**

\* **Tiazídicos:** na HAC estudos recentes têm mostrado diminuição na expansão fisiológica do volume plasmático e fluxo placentário trombocitopenia fetal. Seu uso está sendo desestimulado.

\* **Furosemida:** indicado nas complicações específicas (edema pulmonar), após administração de colóide para melhorar diurese.

**ESQUEMA DE TRATAMENTO**

**1. PA diastólica 100 mmHg após 6 horas de repouso**

Assintomáticas

- Primeira opção: alfa metildopa 750 a 2000 mg/dia

- Segunda medida: hidralazina 75 a 200 mg/dia

	<p><b>2. PA diastólica <math>\geq</math> 110 mmHg</b></p> <p>Sintomáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulfato de magnésio dose de ataque 4 g EV lento dose manutenção 1 a 2 g/h.</li> </ul> <p>Na crise hipertensiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hidralazina bolo 5 a 10 mg a cada 20 min - PA d. 9.0 mmHg infusão contínua S.G.5% -500 ml 10 mg/h ou hidralazina 2 amp. 16 g/min Administração oral assim que possível</li> </ul>
<b>Observação</b>	A paciente deve ser colocada preferencialmente no leito de UVI

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos (Baseado no Protocolo de PE)	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS06 Página: 16/ 38
<b>Título do Procedimento: PROVA DE POSE</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes internadas.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	- Partograma; - Prescrição.
<b>EPI</b>	- Luvas de toque e avental em casos de precaução de contato.
<b>Equipamento</b>	- Cardiotocógrafo; - Equipo; - Bomba de infusão.
<b>Técnica</b>	- Prescrever ocitocina 05 unidades, diluída em 500 ml de soro glicosado a 5%, em bomba de infusão – 12 ml/hora; - Fazer avaliação das contrações uterinas a cada 30 minutos e aumentar (dobrar) o gotejamento até que se tenha pelo menos três contrações uterinas em 10 minutos; - Ouvir batimentos cardíacos fetais a cada 30 minutos. Quando suspeitar de bradicardia (BCF < 120 bpm) ou de taquicardia (BCF > 160 bpm), fazer cardiotocografia imediatamente; - Fazer cardiotocografia quando contrações rítmicas (3 x 10 <sup>3</sup> ) durante 10 contrações, discutindo o resultado com o obstetra responsável do plantão.
<b>Observação</b>	- Deixar as pacientes <b>sempre</b> em jejum. - Nos casos de hiperestimulação uterina (mais de 5 contrações), suspender ocitocina, prescrever Ringer 500 ml EV rápido e colocar cardiotocografia imediatamente.

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:



<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS07 Página: 17/ 38
<b>Título do Procedimento: DIETA DA PACIENTE DO PRÉ-PARTO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes internadas.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	- Prescrição; - Plaquetas com o tipo de dieta; - Caneta.
<b>EPI</b>	
<b>Equipamento</b>	
<b>Técnica</b>	<p><b>I) Tipo de dieta:</b></p> <p><u>1- Trabalho de parto espontâneo/bolsa rota:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fase latente: geral</li> <li>- fase ativa (dilatação &gt; 4 cm): leve sem resíduos (água, chá e gelatina), estimular hidratação oral.</li> </ul> <p><u>2- Indução de trabalho de parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Fase ativa do trabalho de parto: mesma conduta acima;</li> <li>b) Fase latente ou sem contrações: dieta geral.</li> </ul> <p><u>3- Inibição do trabalho de parto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Contrações presentes: leve sem resíduos (água, chá e gelatina), estimular hidratação oral;</li> <li>b) Contrações ausentes ou fracas: dieta geral.</li> </ul> <p>4- OBS: Controle de pacientes sob vigilância materna e/ou fetal (se vitalidade fetal suspeita ou parturiente com qualquer instabilidade clínica): jejum.</p> <p><b>II) Forma de prescrição:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As dietas deverão ser prescritas via eletrônica, na admissão da paciente no C.O.</li> <li>- Pacientes já internadas deverão receber ordem de dieta após a visita médica (médico contratado ou docente) das 7:30 h;</li> <li>- Deverá ser fixada no leito uma plaqueta com o tipo de dieta assumida pela equipe médica;</li> </ul>

	- Cabe à equipe de enfermagem solicitar a dieta à equipe de nutrição, conforme protocolo específico.
<b>Observação</b>	- Sempre discutir com o obstetra responsável casos particulares ou não previstos acima.

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020

Aprovação da Supervisão:  
Profª. Dra. Helaine Milanez

Data:

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b>	Doc.Nº CAISM/CO/OBS08
<b>Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico</b>	Página: 19/ 38
<b>Título do Procedimento: ADMISSÃO DA PACIENTE NA SALA DE PARTO – ANALGESIA DE PARTO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Deverá ser indicada sempre após avaliação clínica/obstétrica da paciente, sendo discutido o caso com o anestesista responsável do plantão.</li><li>- A paciente será candidata a receber analgesia nas seguintes situações:<ol style="list-style-type: none"><li>1) Fase ativa do trabalho de parto (dilatação de pelo menos 4 cm, com colo fino e contrações efetivas);</li><li>2) Estiver apresentando dor, não suportável, segundo sua própria avaliação, não controlada com outros métodos (massagem, banho morno, etc);</li><li>3) Estiver com suspeita de distócia da evolução do trabalho de parto;</li><li>4) Apresentar doença de base que possa piorar prognóstico com o estresse ou dor do trabalho de parto (cardiopatias, pneumopatias, anemia falciforme, etc.)</li><li>5) De acordo com disponibilidade de sala e equipe anestésica.</li></ol></li></ul>
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro e/ou Segundo anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Luvas de toque;</li><li>- Xylocaína gel;</li><li>- Amniótomo;</li><li>- Comadre;</li><li>- Sonda vesical de alívio;</li><li>- Partograma;</li><li>- Caneta</li><li>- Prescrição médica.</li></ul>
<b>EPI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 01 par de luvas de procedimento;</li><li>- Óculos de proteção.</li></ul>
<b>Equipamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Doppler;</li><li>- Cardiotocógrafo.</li></ul>
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atender a paciente pelo nome, explicando quanto à área física;</li><li>- Orientar sobre os procedimentos realizados, havendo a concordância e desejo da paciente referente ao procedimento;</li><li>- Realizar exame físico inicial, antes da punção anestésica:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Inspeção e palpação abdominal;</li><li>2. Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;</li><li>3. Toque vaginal.</li></ol></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar ao anestesista a avaliação da paciente;</li> <li>- Anotar em prontuário exame físico;</li> <li>- Aguardar punção anestésica;</li> <li>- Fazer cardiocotografia contínua/intermitente – iniciar imediatamente após o término da punção</li> <li>- Realizar exame físico periodicamente:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeção e palpação abdominal;</li> <li>2. Dinâmica uterina;</li> <li>3. Toque vaginal;</li> <li>4. Avaliação vesical.</li> </ol> </li> <li>- Manter a paciente em decúbito lateral e em proclive até completar a dilatação;</li> <li>- Realizar amniotomia quando oportuna;</li> <li>- Fazer sondagem vesical de alívio se houver bexigoma;</li> <li>- Anotar em prontuário toda a evolução;</li> <li>- Conversar com a paciente durante o período de dilatação, apoiando-a e tranquilizando-a, esclarecendo sobre sua evolução;</li> <li>- Seguir normatização para parto normal, fórcepe ou cesárea, conforme evolução pessoal.</li> <li>- Conversar com familiares, caso haja necessidade.</li> </ul>
<b>Observação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atentar para possível diminuição de atividade uterina, acrescentando ocitócito;</li> <li>- Atentar para perda sanguínea, sofrimento fetal, distensão de segmento uterino, bexigoma.</li> </ul>

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020

Aprovação da Supervisão:  
Profª. Dra. Helaine Milanez

Data:

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS09 Página: 21/ 38
<b>Título do Procedimento: ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Partograma;</li><li>- Prescrição médica;</li><li>- 1 pacote de avental de 2;</li><li>- Luvas estéreis – número conforme obstetras e internos de plantão;</li><li>- 01 pacote para parto normal;</li><li>- 01 impermeável;</li><li>- 01 caixa de parto normal;</li><li>- 01 agulha 40 x 12;</li><li>- 01 agulha 30 x 8;</li><li>- 01 agulha de raqui nº 25 – cor preta;</li><li>- 01 frasco de xilocaína 1 % sem vasoconstritor;</li><li>- Clorexidine tópico;</li><li>- 01 kit de fio de sutura de obstetrícia;</li><li>- 01 frasco de aspiração;</li><li>- 01 pacote de gaze;</li><li>- 01 extensão de látex;</li><li>- 01 sonda vesical de alívio;</li><li>- Compressas esterilizadas.</li></ul>
<b>EPI</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Luvas estéreis;</li><li>- Óculos de proteção;</li><li>- Avental plástico.</li></ul>
<b>Equipamento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Doppler;</li><li>- Cardiotocógrafo.</li></ul>
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atender a paciente pelo nome, explicando quanto à área física;</li><li>- Dar orientações e esclarecimentos ao acompanhante;</li><li>- Orientar sobre os procedimentos realizados;</li><li>- Realizar exame físico periodicamente (a cada 15 minutos):<ol style="list-style-type: none"><li>1. Inspeção e palpação abdominal;</li></ol></li></ul>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;</li> <li>3. Dinâmica uterina;</li> <li>4. Toque vaginal (intervalos variáveis);</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazer cardiotocografia intermitente ou contínua nos casos de risco para sofrimento fetal;</li> <li>- Manter a paciente em decúbito lateral esquerdo e em proclive de 45° até se completar a dilatação, ou em posição de escolha da parturiente, caso não haja risco ou distócia;</li> <li>- Colocar a paciente em posição ginecológica (ou em posição de escolha da parturiente, caso não haja risco ou distócia) quando a apresentação estiver no plano +2 de De Lee, com posicionamento do osso sacro fora da mesa cirúrgica ou cama de parto;</li> <li>- Paramentação da equipe médica: degermação das mãos, colocação de avental impermeável, avental de tecido, luvas estéreis duplas e óculos de proteção, visando a proteção individual da equipe médica;</li> <li>- Montar mesa cirúrgica;</li> <li>- Realizar antisepsia e colocação de campos estéreis;</li> <li>- Fazer sondagem vesical de alívio apenas quando necessário;</li> <li>- Avaliar o períneo e pólo cefálico para definir se a episiotomia será necessária;</li> <li>- Fazer bloqueio podendo se for indicada episiotomia e se a paciente não estiver sob analgesia de condução;</li> <li>- Se necessário, fazer episiotomia médio-lateral direita, quando o períneo for solicitado pela apresentação, com o consentimento verbal da paciente após explicar a indicação da mesma;</li> <li>- Realizar o parto, conforme protocolo do serviço (ANEXO 01);</li> <li>- Solicitar exame anatomopatológico da placenta se houver necessidade;</li> <li>- Zelar pela organização e tranquilidade da sala;</li> <li>- Após o procedimento, auxiliar a equipe de enfermagem a retirar a paciente da posição ginecológica, fazendo massagem nas panturrilhas;</li> <li>- Desparamentação da equipe;</li> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Equipe de Enfermagem encaminha a puérpera até a RPA (recuperação pós-anestésica), caso não esteja na sala de PPP ;</li> <li>- Preencher dados no Sistema Obstétrico e finalizar partograma;</li> <li>- Fazer prescrição pós-parto (ANEXO 01);</li> <li>- Conversar com familiares, se houver necessidade.</li> </ul>
<b>Observação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção para os casos em que houver hemorragia, retenção placentária, lacerações perineais. Nestas ocasiões, serão seguidos protocolos específicos do serviço;</li> <li>- Nos casos em que houver mudança na indicação do parto (fórcipe ou cesárea), seguir protocolo específico.</li> </ul>

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
-------------------------------------	---------------------

Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profa. Dra. Helaine Milanez	Data:

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> <b>Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico</b>	Doc.Nº CAISM/CO/OBS10 Página: 23/ 38
<b>Título do Procedimento: PARTO CESÁREA</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 pacote de avental de 2;</li> <li>- 01 pacote de avental de 1;</li> <li>- luvas estéreis – número conforme médico e aluno de plantão, 2 pares por médico;</li> <li>- 01 pacote para parto cesárea;</li> <li>- 01 impermeável de mesa;</li> <li>- 01 caixa de parto cesárea;</li> <li>- Clorexidine alcoólico;</li> <li>- frasco de aspiração;</li> <li>- 02 extensões de látex;</li> <li>- compressas esterilizadas;</li> <li>- 02 catgut 0 simples;</li> <li>- 02 vicryl 0;</li> <li>- 02 cromado 1-0;</li> <li>- 02 mononylon 4-0;</li> <li>- 01 lâmina de bisturi 23;</li> <li>- esparadrapo;</li> <li>- compressas de gaze;</li> <li>- eletrodos;</li> <li>- monitor cardíaco, oxímetro de pulso, monitor de PA não invasiva;</li> <li>- sonda vesical de demora.</li> </ul>
<b>EPI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas estéreis;</li> <li>- Óculos de proteção;</li> <li>- Avental plástico.</li> </ul>
<b>Equipamento</b>	- eletrocautério
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender a paciente pelo nome, explicando quanto à área física;</li> <li>- Receber o orientar acompanhante;</li> <li>- Conferir idade gestacional e indicação de cesárea com médico responsável pelo plantão;</li> <li>- Orientar sobre o procedimento;</li> <li>- Aguardar punção anestésica;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paramentação da equipe;</li> <li>- Montar mesa cirúrgica;</li> <li>- Orientar equipe de enfermagem a fazer sondagem vesical de demora e degermação da paciente;</li> <li>- Após liberação do anestesista, iniciar cesárea, conforme protocolo do serviço (ANEXO 02);</li> <li>- Ao término da cirurgia, contar instrumentais, auxiliar a passagem da paciente da mesa cirúrgica para a maca;</li> <li>- Desparamentação da equipe;</li> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Técnico de enfermagem e anestesista devem encaminhar a puérpera até a RPA;</li> <li>- Preencher dados no Sistema Obstétrico e completar partograma;</li> <li>- Descrever procedimento no Sistema Cirúrgico e imprimir;</li> <li>- Fazer e imprimir prescrição pós-parto;</li> <li>- Conversar com familiares, se houver necessidade</li> </ul>
<b>Observação</b>	- Sempre checar exames pertinentes e se há carta ou indicação de laqueadura antes da anestesia da paciente.

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos (Baseado no Protocolo de Cesárea)	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão:	Data:

Profá. Dra. Helaine Milanez	
-----------------------------	--

<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> <b>Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico</b>	Doc.Nº CAISM/CO/OBS11 Página: 25/ 38
<b>Título do Procedimento: PARTO FÓRCIPE</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partograma;</li> <li>- Prescrição médica;</li> <li>- 01 pacote de avental de 2;</li> <li>- luvas estéreis – número conforme obstetra e interno de plantão;</li> <li>- 01 pacote para parto normal;</li> <li>- 01 impermeável;</li> <li>- 01 caixa de parto normal;</li> <li>- Clorexidine tópico;</li> <li>- 01 Kit de fios de sutura de obstetrícia;</li> <li>- frasco de aspiração;</li> <li>- 01 pacote de gaze;</li> <li>- 02 extensões de látex;</li> <li>- Compressas esterilizadas grandes e pequenas;</li> <li>- Eletrodos;</li> <li>- Monitor cardíaco, oxímetro de pulso, monitor de PA não invasiva;</li> <li>- Sonda vesical de alívio;</li> <li>- Xylocaína gel;</li> <li>- 01 fórcepe de Simpson e/ou 01 fórcepe de Kielland;</li> <li>- 01 caixa para revisão de canal de parto.</li> </ul>
<b>EPI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas estéreis;</li> <li>- Avental plástico;</li> <li>- Óculos de proteção.</li> </ul>
<b>Equipamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doppler;</li> <li>- Cardiotocógrafo.</li> </ul>
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender a paciente pelo nome, explicando quanto à área física;</li> <li>- Orientar sobre os procedimentos realizados, devendo haver consentimento verbal da paciente;</li> <li>- Realizar exame físico inicial, antes da punção anestésica: <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeção e palpação abdominal;</li> <li>2. Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;</li> <li>3. Toque vaginal;</li> </ul> </li> <li>- Comunicar ao anestesista a avaliação da paciente;</li> <li>- Anotar em prontuário exame físico;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aguardar punção anestésica;</li> <li>- Realizar exame físico periodicamente (a cada 15 minutos):             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inspeção e palpação abdominal;</li> <li>2. Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;</li> <li>3. Dinâmica uterina;</li> <li>4. Toque vaginal.</li> </ol> </li> <li>- Fazer cardiocotografia intermitente ou contínua nos casos de risco para sofrimento fetal;</li> <li>- Manter a paciente em decúbito lateral esquerdo e em proclive de 45° até se completar a dilatação;</li> <li>- Colocar a paciente em posição ginecológica quando a apresentação estiver pelo menos no plano +1 de De Lee (quanto mais baixo, melhor), mantendo o sacro fora da mesa cirúrgica ou de parto;</li> <li>- Paramentação da equipe médica: degermação das mãos, colocação de avental e luvas estéreis, óculos e avental plástico;</li> <li>- Montar mesa cirúrgica;</li> <li>- Realizar antisepsia e colocação de campos estéreis;</li> <li>- Fazer sondagem vesical de alívio;</li> <li>- Realizar o parto fórcepe, conforme protocolo do serviço;</li> <li>- Solicitar exame anatomopatológico da placenta se houver necessidade;</li> <li>- Zelar pela organização e tranquilidade da sala;</li> <li>- Após o procedimento, auxiliar a equipe de enfermagem a retirar a paciente da posição ginecológica, fazendo massagem nas panturrilhas;</li> <li>- Desparamentação da equipe;</li> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Técnico de enfermagem e anestesista encaminham a puérpera até a RPA;</li> <li>- Preencher dados no Sistema Obstétrico e completar partograma;</li> <li>- Descrever procedimento no Sistema Cirúrgico e imprimir;</li> <li>- Fazer e imprimir prescrição pós-parto;</li> <li>- Conversar com familiares, se houver necessidade.</li> </ul>
<b>Observação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenção para os casos em que houver hemorragia, retenção placentária, lacerações perineais. Nestas ocasiões, serão seguidos protocolos específicos.</li> </ul>

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:



<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS12 Página: 27/ 38
<b>Título do Procedimento: CONTROLE DA PACIENTE NO PUERPÉRIO IMEDIATO</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com o número de procedimentos realizados.
<b>Agente</b>	Técnico de enfermagem e médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro ano da Ginecologia e Obstetrícia (GO) e da Anestesiologia, ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	- Roupas; - Macas; - Medicamentos, conforme prescrição médica.
<b>EPI</b>	- Luvas de procedimento.
<b>Equipamento</b>	- monitor cardíaco; - oxímetro de pulso;
<b>Técnica</b>	- Técnico de enfermagem recebe a paciente e faz os controles de dados vitais, de perdas vaginais, exame físico e faz medicamentos, conforme prescrição médica; - É comunicada à equipe médica qualquer alteração; - Quando solicitado, o médico deve comparecer à RPA ou leito de PPP, identificar-se à paciente e realizar a avaliação clínica; - Avaliar: queixas e estado geral da paciente, mucosas, pressão arterial, frequência cardíaca, palpação abdominal, especialmente uterina, cicatriz cirúrgica (se houver) e perdas vaginais; - Acrescentar medicamentos conforme necessidade; - Discutir as alterações e condutas com médico responsável pelo plantão e com a equipe anestésica; - Se não houver intercorrências, reavaliar a puérpera com 2 horas após o parto (conforme acima descrito), anotando em partograma e no sistema eletrônico.
<b>Observação</b>	Casos de alto risco para complicação no puerpério imediato, por doença materna ou por intercorrência no parto, deverão ser conduzidos à Unidade de Terapia Intensiva do serviço.

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profa. Dra. Helaine Milanez	Data:



<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> <b>Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico</b>	Doc.Nº CAISM/CO/OBS13 Página: 28/ 38
<b>Título do Procedimento: CERCLAGEM</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 pacote de avental de 2;</li> <li>- 1 avental individual;</li> <li>- Luvas estéreis – número conforme médicos e alunos de plantão;</li> <li>- 01 pacote de campos para parto normal;</li> <li>- 01 impermeável;</li> <li>- 01 caixa de cerclagem;</li> <li>- Clorexidina tópico;</li> <li>- 01 fita cardíaca + 01 Kit de agulhas para cerclagem ou Ethibond;</li> <li>- 02 pacotes de gaze;</li> <li>- 01 sonda vesical de alívio;</li> <li>- Compressas esterilizadas.</li> </ul>
<b>EPI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas estéreis;</li> <li>- Óculos de proteção.</li> </ul>
<b>Equipamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor cardíaco, oxímetro de pulso, monitor de PA não invasiva;</li> <li>- Doppler.</li> </ul>
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender a paciente pelo nome, explicando quanto à área física;</li> <li>- Orientar sobre o procedimento que será realizado;</li> <li>- Esclarecer ao anestesista o diagnóstico e o procedimento que será realizado;</li> <li>- Paramentação da equipe médica: degermação das mãos, colocação de avental e luvas estéreis;</li> <li>- Montar mesa cirúrgica;</li> <li>- Realizar antisepsia e colocação de campos estéreis;</li> <li>- Fazer sondagem vesical de alívio;</li> <li>- Realizar cerclagem, conforme técnica recomendada;</li> <li>- Após o procedimento, auxiliar a equipe de enfermagem a retirar a paciente da posição ginecológica, fazendo massagem nas panturrilhas;</li> <li>- Desparamentação da equipe;</li> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Técnico de enfermagem e anestesista encaminham a paciente até a RPA (recuperação pós-anestésica);</li> <li>- Preencher prontuário;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazer e imprimir prescrição;</li> <li>- Descrever procedimento no Sistema Cirúrgico e imprimir;</li> <li>- Conversar com familiares, se houver necessidade.</li> </ul>
<b>Observação</b>	- Ouvir batimentos cardíacos fetais antes e após o procedimento.

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:



<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> <b>Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico</b>	Doc.Nº CAISM/CO/OBS14 Página: 30/ 38
<b>Título do Procedimento: LAQUEADURA PUERPERAL</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 pacote de avental de 2;</li> <li>- Luvas estéreis – número conforme médico e aluno de plantão;</li> <li>- 01 pacote para parto cesárea;</li> <li>- 01 impermeável;</li> <li>- 01 caixa de parto cesárea;</li> <li>- Clorexidina alcoólico;</li> <li>- Frasco de aspiração;</li> <li>- Compressas esterilizadas;</li> <li>- 01 catgut 0 simples;</li> <li>- 01 vicryl 0;</li> <li>- 01 algodão 0 sem agulha;</li> <li>- 01 catgut cromado 0;</li> <li>- 01 mononylon 4-0;</li> <li>- 01 lâmina de bisturi 23;</li> <li>- esparadrapo;</li> <li>- compressas de gaze;</li> <li>- eletrodos.</li> </ul>
<b>EPI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas estéreis;</li> <li>- Óculos de proteção.</li> </ul>
<b>Equipamento</b>	- Monitor cardíaco, oxímetro de pulso, monitor de PA não invasiva.
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender a paciente pelo nome, explicando quanto à área física;</li> <li>- <b>Checar carta de laqueadura aprovada e assinada;</b></li> <li>- Examinar paciente, verificando altura uterina e tecido subcutâneo;</li> <li>- Discutir caso com médico responsável pelo plantão;</li> <li>- Orientar sobre o procedimento;</li> <li>- Aguardar procedimento anestésico;</li> <li>- Paramentação da equipe;</li> <li>- Preparar mesa cirúrgica;</li> <li>- Orientar equipe de enfermagem a fazer degermação da paciente;</li> <li>- Após liberação do anestesista, iniciar laqueadura, conforme técnica escolhida pelo obstetra;</li> <li>- Ao término da cirurgia, auxiliar a passagem da paciente da mesa cirúrgica para a maca;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desparamentação da equipe;</li> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Técnico de enfermagem e anestesista devem encaminhar a puérpera até a RPA;</li> <li>- Preencher prontuário;</li> <li>- Fazer e imprimir prescrição;</li> <li>- Fazer e imprimir descrição no Sistema Cirúrgico;</li> <li>- Conversar com familiares, se houver necessidade.</li> </ul>
<b>Observação</b>	Anotar o número da carta de laqueadura na descrição cirúrgica

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:



<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> <b>Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico</b>	Doc.Nº CAISM/CO/OBS15 Página: 32/ 38
<b>Título do Procedimento: CURETAGEM PUERPERAL</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 01 pacote de avental de 2;</li> <li>- Luvas estéreis – número conforme médico de plantão;</li> <li>- 01 pacote de campos de parto normal;</li> <li>- 01 impermeável;</li> <li>- 01 bandeja de curetagem puerperal;</li> <li>- Clorexidina tópico;</li> <li>- Compressas esterilizadas;</li> <li>- Compressas de gaze;</li> <li>- Sonda vesical de alívio;</li> <li>- Eletrodos.</li> </ul>
<b>EPI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Luvas estéreis;</li> <li>- Óculos de proteção.</li> </ul>
<b>Equipamento</b>	Monitor cardíaco, oxímetro de pulso, monitor de PA não invasiva.
<b>Técnica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atender a paciente pelo nome, explicando quanto à área física;</li> <li>- Orientar sobre o procedimento;</li> <li>- Aguardar procedimento anestésico;</li> <li>- Paramentação da equipe;</li> <li>- Montar mesa cirúrgica;</li> <li>- Após liberação do anestesista, solicitar à enfermagem a colocação da paciente em posição ginecológica;</li> <li>- Realizar antisepsia e colocação de campos estéreis;</li> <li>- Sondagem vesical de alívio;</li> <li>- Realizar curagem e curetagem, conforme técnica descrita na literatura;</li> <li>- Ao término da cirurgia, auxiliar a retirada da paciente da posição ginecológica, massageando panturrilhas;</li> <li>- Desparamentação da equipe;</li> <li>- Lavar as mãos;</li> <li>- Técnico de enfermagem e anestesista devem encaminhar a puérpera até a RPA;</li> <li>- Preencher prontuário;</li> <li>- Fazer prescrição;</li> <li>- Fazer descrição cirúrgica no sistema eletrônico;</li> <li>- Conversar com familiares, se houver necessidade.</li> </ul>

<b>Observação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atentar para hemorragia vaginal;</li><li>- Solicitar exames, como hemograma e coagulograma se necessário;</li><li>- Solicitar anatomopatológico do conteúdo curetado se julgar necessário.</li></ul>
-------------------	--

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:



<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS16 Página: 34/ 38
<b>Título do Procedimento: ATONIA UTERINA / HEMORRAGIA PUERPERAL</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	De acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	- Prescrição; - Balão de Bakri; - Caixa de laparotomia exploradora e fios cirúrgicos.
<b>EPI</b>	- Luvas estéreis; - Óculos de proteção.
<b>Equipamento</b>	Monitor cardíaco, oxímetro de pulso, monitor de PA não invasiva.
<b>Técnica</b>	- Garantir acesso venoso e controle rigoroso de dados vitais; - Examinar paciente, revendo a descrição de seu parto: avaliar se útero está contraído e se há lesões no canal de parto (em partos vaginais) ou alterações de cicatriz ou abdominais (em caso de cesárea); - Após descartar sangramentos extrauterinos, iniciar com ocitocina 20 unidades, diluídas em 500 ml de Ringer EV rápido, associado à massagem uterina e ácido tranexâmico EV. Se não melhorar, administrar ergotamina IM (quando não for hipertensa). Seguir com 800 mcg de misoprostol via retal e gelo e/ou peso sobre o útero. Em falha aos métodos farmacológicos, avaliar necessidade de outras intervenções (balão de Bakri, cirurgia B-Linch, histerectomia, ligadura de hipogástrica, etc.); - Sempre monitorizar níveis de Hb, plaquetas, coagulograma e fibrinogênio, avaliando necessidade de reposição volêmica, com cristaloides, sangue, PFC; Reservar vaga na UTI nos casos mais graves (necessidade de grande reposição volêmica e/ou intervenção cirúrgica)
<b>Observação</b>	- Nos casos de sangramento do canal de parto ou de parede abdominal, proceder reexploração e hemostasia cirúrgica; - Conversar com familiares.

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos (Baseado em Protocolo de HPP)	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data:



<b>CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER</b> Divisão de Obstetrícia   Centro Obstétrico	Doc.Nº CAISM/CO/OBS17 Página: 35/ 38
<b>Título do Procedimento: ASSISTÊNCIA AO PARTO NA SALA DE PPP (Pré-parto/ Parto/ Puerpério)</b>	Data de Emissão: 08/09/20 Revisão nº 07

<b>Frequência</b>	Diária e de acordo com a demanda de pacientes.
<b>Agente</b>	Médicos residentes do primeiro, segundo e/ou terceiro anos da Ginecologia e Obstetrícia (GO), ou médicos do Curso de Especialização em Obstetrícia Clínico e Cirúrgica, acompanhados por alunos-internos do quinto ano médico e supervisionados por médicos contratados ou docentes da Obstetrícia.
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prontuário hospitalar, contendo: ficha do atendimento do dia, cartão de pré-natal, internação obstétrica (história clínica e obstétrica), partograma e prescrição médica, prontuário médico;</li> <li>- Amniótomo, xylocaína gel, comadre;</li> <li>- Material utilizado na assistência ao parto, conforme descrito em procedimento específico neste manual.</li> </ul>
<b>EPI</b>	- Luvas de toque, óculos de proteção, avental plástico, propés.
<b>Equipamento</b>	- Doppler, monitor fetal, esfigmomanômetro, cardioscópio, bomba de infusão, estetoscópio.
<b>Técnica</b>	<p><b>1) Seleção de parturientes para assistência ao parto no PPP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Deverão ser candidatas à assistência no PPP gestantes em <b>fase ativa</b> do trabalho de parto a termo (contrações regulares e dilatação maior ou igual a 4 cm), sem suspeita de comprometimento de vitalidade fetal e com boa perspectiva de parto por via vaginal espontâneo;</li> <li>● Poderão ser provenientes do Pronto Atendimento, das Salas de Indução, ou da enfermaria de Patologia Obstétrica;</li> <li>● Esta seleção deverá ser feita pelo <b>médico obstetra</b> responsável pelo plantão, procurando utilizar preferencialmente esta sala se o caso preencher os critérios acima.</li> <li>● Se houver mais de uma parturiente candidata à sala de PPP, deverá ser primeiramente encaminhada a que tiver com maior dilatação cervical, e o segundo critério de encaminhamento será ordem de chegada no CO.</li> </ul> <p><b>2) Assistência médica obstétrica ao longo do período de dilatação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A admissão da parturiente segue os passos do procedimento CAISM/CO/OBS01 e OBS02 deste manual;</li> <li>● O médico responsável deve fazer avaliações regulares, com no máximo 30 minutos de intervalo entre elas;</li> </ul>

- A avaliação de dinâmica uterina a cada hora e o toque vaginal, segundo a evolução clínica, deverão ser registrados em partograma, assim como as intervenções indicadas;
- A ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF) deverá ocorrer a cada 30 minutos, sendo feita durante e após a contração e registrado em partograma;
- Deverá ser feita cardiotocografia quando houver ruptura de membranas amnióticas, se houver distócia ou quando o BCF apresentar padrões anormais. Os intervalos das cardiotocografias serão determinados pelas condições do caso. Durante a cardiotocografia o obstetra deverá permanecer ao lado da parturiente;
- Deverá ser solicitada analgesia quando a parturiente apresentar dor que não melhore com medidas não farmacológicas (massagem, banho quente, etc.) ou quando houver distócia do trabalho de parto.

### **3) Assistência médica obstétrica no período expulsivo e dequitação:**

- Segue as recomendações do procedimento CASIM/CO/OBS09, do respectivo manual;
- A paramentação da equipe deverá ocorrer na própria sala de PPP, com ênfase na proteção do profissional em contato com secreções.

### **4) Quanto à presença da equipe de enfermagem na sala:**

- A técnica de enfermagem que ficará responsável pela sala deverá se apresentar à equipe médica;
- Não é necessária a presença contínua da técnica de enfermagem no quarto PPP durante o trabalho de parto, sempre que houver acompanhante com a parturiente. Esta deverá comparecer à sala para controles de dados vitais, conforme protocolo de enfermagem, e sempre que a equipe médica, paciente ou acompanhante solicitarem;
- Quando a parturiente estiver sob analgesia e/ou em período expulsivo do trabalho de parto, a técnica de enfermagem deverá permanecer em sala continuamente.
- No período expulsivo, deverá trazer à sala mesa cirúrgica, foco e berço (disponíveis nos corredores do CO) e fará a assistência para paramentação da equipe e abertura de materiais, conforme rotinas já estabelecidas;
- Em horário de descanso ou troca de plantão, só poderá se retirar se for prontamente substituída.

### **5) Quanto à assistência do médico anestesista:**

- O médico anestesista fará a analgesia quando houver indicação da equipe de obstetrícia, uma vez que tenha disponibilidade;
- A punção deverá ser feita na própria sala de PPP, com a gestante sobre lençóis limpos (enfermagem deverá trocar se estiver com secreções). A degermação das mãos deverá ocorrer no local;
- As técnicas de punção seguem os procedimentos padronizados pela equipe de anestesiologia, ficando a critério do anestesista responsável a escolha do método e das drogas utilizadas;

- Durante a dilatação, o médico anesthesiologista não necessita permanecer continuamente na sala, devendo avaliar a parturiente com intervalos de 30 minutos e quando solicitado pela enfermagem ou obstetrícia. No período expulsivo, deverá permanecer em sala até a dequitação ou até que se complete o possível reparo perineal (episiorrafia e/ou sutura de lacerações);
- Os controles de sinais vitais deverão ser feitos pela equipe de enfermagem e anotados em ficha própria a cada 15 minutos;
- Nos casos de complicações que necessitem do “carrinho de anestesia” (ventilador pulmonar), fica disponível um equipamento móvel (localizado na RPA), sendo este transportado ao PPP quando necessário.

**6) Quanto à assistência do médico neonatologista:**

- O médico neonatologista deverá estar presente em sala na fase expulsiva do trabalho de parto (chamado pela enfermagem);
- A recepção do RN deverá ser feita conforme protocolo específico da Neonatologia, salientando a importância da humanização da assistência;
- A temperatura da sala deverá permanecer por volta de 24° C, não sendo necessário desligar o ar condicionado;
- Nos casos em que houver necessidade de reanimação neonatal ou algum suporte específico, serão realizados na Sala de Reanimação de RN e, quando houver condição, o neonato será levado novamente para o contato materno na sala de PPP, permanecendo nesta até a alta de ambos para a enfermaria de Alojamento Conjunto;
- Todos os procedimentos eletivos como vacina, colírio, pesagem, etc., deverão ser realizados na sala de PPP.

**7) Assistência ao quarto período de parto:**

- Esta assistência terá caráter multidisciplinar;
- A enfermagem deverá permanecer em sala e fazer avaliações rotineiras, conforme normas específicas, ou conforme a solicitação da equipe médica, da puerpera e/ou de seu acompanhante;
- O anestesista responsável deverá fazer avaliações periódicas, até que haja condições de alta do procedimento;
- O obstetra responsável fará avaliação rotineira após duas horas do nascimento, efetuando a alta para o alojamento conjunto quando a evolução puerperal for fisiológica. Os parâmetros a serem avaliados são: fâcies, sinais vitais, tonicidade uterina, lóquio, cicatriz cirúrgica (quando houver);
- Nos casos de intercorrências durante o quarto período, o obstetra responsável deverá ser comunicado prontamente, assim como o anestesista (em caso de parto com analgesia), sendo particularizadas as condutas conforme os protocolos assistenciais.

**8) Quanto à presença de acompanhante:**

- A parturiente poderá ser acompanhada por uma pessoa de sua escolha, durante todo o período que permanecer no PPP;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Este acompanhante receberá um folheto de orientações sobre o trabalho de parto e algumas sugestões de participação no apoio à parturiente. A sua entrada e permanência será de responsabilidade da enfermagem;</li> <li>● Durante o procedimento anestésico, o acompanhante deverá aguardar do lado de fora da sala de PPP, se assim for solicitado;</li> <li>● Não se faz necessária a saída rotineira do acompanhante da sala nos momentos de exame ginecológico, devendo permanecer sentado do lado esquerdo da parturiente;</li> <li>● O acompanhante poderá receber dieta, que será realizada no refeitório do CAISM (andar térreo);</li> <li>● A não ser em condições excepcionais, não se recomenda a substituição de acompanhante no PPP;</li> <li>● Será permitido o registro fotográfico do parto e das primeiras horas com o RN. A máquina fotográfica deverá ser entregue a um profissional da instituição disponível e apenas este poderá tirar as fotos, respeitando-se as limitações referentes ao pudor das parturientes e o direito de imagem da equipe e instituição. É proibida a filmagem do parto. É proibido o uso de celulares no PPP.</li> </ul> <p><b>9) Situações de saída da parturiente do PPP:</b></p> <p>a) Parto que evolui para cesárea: paciente deverá ser encaminhada à sala específica para cesárea), de maca. Nestes casos, o acompanhante aguardará na sala de PPP, sendo chamado na sala de cesárea quando houver condições;</p> <p>b) Intercorrências durante o parto no período expulsivo, de dequitação ou no quarto período, que indiquem vigilância contínua da parturiente (será encaminhada à sala de RPA), ou que necessitem de intervenção cirúrgica como curetagem, histerectomia, laqueadura, etc. (será encaminhada à sala cirúrgica 1 ou 2);</p> <p>c) Alta médica Obstétrica, Neonatal e Anestésica, <b>em conjunto</b>, do Centro Obstétrico. O binômio mãe-filho deverá ser encaminhado à enfermaria de Alojamento Conjunto, no máximo duas horas após o nascimento, se não houver complicações. Quando RN necessitar de internação em UTI ou Unidade Semi-intensiva, a mãe deverá ser encaminhada à enfermaria de Patologia Obstétrica no mesmo intervalo máximo.</p> <p><b>10) Limpeza e reposição das salas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Após o parto, a técnica de enfermagem deverá retirar o material cirúrgico e campos, colocando a puérpera em lençóis limpos e secos, conforme as rotinas já estabelecidas;</li> <li>● A governança será chamada para uma limpeza inicial do chão da sala;</li> <li>● Por ocasião da alta e desocupação da sala, deverá ser feita a limpeza concorrente e reposição do material, conforme a rotina já estabelecida.</li> </ul>
<b>Observação</b>	- A dieta da parturiente deverá seguir o procedimento CAISM/CO/OBS07 deste manual.

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 07/10/2004
Revisado por: Giuliane Jesus Lajos	Data: 08/09/2020
Aprovação da Supervisão: Profª. Dra. Helaine Milanez	Data: