

## NOTA TÉCNICA Nº 008/2019

Recife, 27 de Março de 2019.

### **Assunto: Recomendações sobre as Boas Práticas no Parto e Nascimento**

Considerando que a Gerência de Atenção à Saúde da Mulher do Estado de Pernambuco realiza ações nos programas que fazem parte da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher como: a Humanização do Pré-natal e Nascimento, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Atenção Integral às Mulheres em Situação de Violência, qualificação da Assistência à Gestação de Alto Risco, implantação de Comit es Regionais de Estudos da Mortalidade Materna e do fortalecimento do Programa Estadual de Partejas Tradicionais, Controle do Câncer do Colo do útero e Mama.

Considerando a Portaria de Consolidação N  3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do Sistema  nico de Saúde (SUS) e seu Anexo II que institui a Rede Cegonha, visando implantar uma rede de cuidados assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como   crianç a, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável.

Considerando que dentre os objetivos da Rede Cegonha consta “fomentar a implementação de novo modelo de atenção   saúde da mulher e   saúde da crianç a com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da crianç a de zero aos vinte e quatro meses”.

Considerando que as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento são baseadas em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde de 2018 e que a humanização da assistência ao parto é um conjunto de normas e estratégias que garantem o nascimento seguro e sadio, com melhores resultados para a mãe e o beb .

Considerando que as boas práticas de atenção ao parto de risco habitual envolvem a es de humanização da assistência à parturiente, como, por exemplo: oferta de líquidos, orienta es em saúde, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, monitoramento fetal, estímulo às posi es verticalizadas, movimenta o durante o trabalho de parto, contato pele a

pele entre mãe e filho, amamentação precoce, entre outras ações.

Considerando o trabalho de avaliação de Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em maternidades públicas e mistas (privadas conveniadas pelo SUS) no Estado Pernambuco no âmbito da Rede Cegonha realizado pelo Ministério da Saúde em 2017 e com devolutiva em 2018 que indicou como resultado “que o conjunto de hospitais do Estado demonstrou avanços na implantação e desenvolvimento das ações necessárias para acolher as mulheres de forma respeitosa e qualificada”. No entanto, foi apontada a necessidade de fortalecimento do compromisso coletivo e da capacidade gestora para o alcance pleno desta diretriz de Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento.

Diante do exposto, esta Nota Técnica tem o objetivo de subsidiar a equipe multiprofissional das maternidades e demais serviços que compõem a Rede Materna e Infantil do Estado de Pernambuco em suas práticas assistenciais de acordo com as Diretrizes Mundiais e Nacionais de Boas Práticas no Parto e Nascimento, em consonância com os resultados avaliativos do MS e como parte integrante da Educação Permanente da Gerência de Atenção à Saúde da Mulher (GEASM), tendo sido um produto elaborado pelo Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha e convidados.

Desde já, agradecemos a atenção e colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos.

Atenciosamente,



Leticia Katz

Gerência de Atenção à Saúde da Mulher – GEASM

## **BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO**

O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho(a). O avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, no entanto viabilizou a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde. A exposição das mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, deveriam ser utilizadas de forma cautelosa e apenas em situações de necessidade, não como rotina. O excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer.

Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a do seu filho(a), está implícita também a busca por compreensão abrangente, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indelévels, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas.

Torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a assiste. O conhecimento da fisiologia do parto e das boas práticas seria um estímulo a adesão destas mulheres ao parto vaginal. Recentemente foram publicadas as recomendações dos cuidados intraparto para uma experiência positiva (*intrapartum care for a positive childbirth experience*) da Organização Mundial de Saúde em 2018, o qual apresenta diretrizes para assistência ao parto, dentre elas às boas práticas baseado em evidências científicas. Nesta nota técnica exploram-se algumas delas.

## 1. DIREITO A ACOMPANHANTE DE LIVRE ESCOLHA

### 1.1. Inclusão do acompanhante de livre escolha no parto

- Um acompanhante de escolha é recomendado para todas as mulheres no processo do parto, desde a triagem até a alta.
- Os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto de acordo com a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005. O acompanhante pode ser qualquer pessoa escolhida pela mulher para fornecer-lhe apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto. Por exemplo, alguém da família ou da rede social da mulher, como seu cônjuge/parceiro, uma amiga ou parente, ou um membro da comunidade (como uma líder comunitária, funcionária de saúde ou parteira tradicional). Se ela preferir, pode decidir não ter acompanhante.
- As unidades de saúde precisam levar em conta a possível dificuldade de mulheres marginalizadas ou vulneráveis encontrarem acompanhantes, devem portanto, considerar medidas para assegurar que o apoio esteja presente e disponível para todas as mulheres durante o trabalho de parto.
- A Lei Estadual Nº 15.880, de 17 de agosto de 2016 garantiu o direito à presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais, maternidades, casas de parto e estabelecimentos similares da rede pública e privada de saúde do Estado de Pernambuco.
- Para os efeitos desta Lei e em conformidade com a qualificação da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, Código 3221-35, doulas são profissionais escolhidas livremente pelas gestantes e parturientes, que visam prestar suporte contínuo à gestante no ciclo gravídico puerperal, favorecendo a evolução do parto e bem-estar da gestante, com certificação ocupacional em curso para essa finalidade, sem ônus e sem vínculos empregatícios com os estabelecimentos de saúde públicos e privados.
- A presença das doulas não se confunde com o acompanhante instituído pela Lei Federal

nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que alterou a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

### **1.2. Garantia de livre acesso e permanência à mãe e ao pai do recém-nascido em tempo integral na Unidade Neonatal (UTIN, UCINCo, UCINca)**

- De acordo com a Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, é garantido o livre acesso à mãe e ao pai, e permanência dos mesmos.

### **1.3. Instalações para acompanhantes no trabalho de parto, e puerpério (alojamento conjunto, PPP)**

- Instalações básicas para acompanhantes: uma cadeira, espaço para trocar de roupa, acesso a um banheiro.
- Espaço físico privativo para a mulher e seu acompanhante no momento do nascimento.

### **1.4. Garantia de acesso a refeições ao acompanhante da puérpera**

- De acordo com a Portaria nº 2.418 de 02 de Dezembro de 2005:  
Fica autorizada ao prestador de serviços a cobrança, de acordo com as tabelas do SUS, das despesas previstas com acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, cabendo ao gestor a devida formalização dessa autorização de cobrança na Autorização de Internação Hospitalar - AIH.
- No valor da diária de acompanhante, estão incluídos a acomodação adequada e o fornecimento das principais refeições.

## **2. BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO À MULHER NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO**

### **2.1. Parto normal de baixo risco assistido por enfermeiros obstetras ou obstetritz**

- A assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeiro obstétrico e obstetritz. Nos casos de partos assistidos por enfermeiros deve-se ter a garantia de

retaguarda assistencial com equipe médica para as distocias identificadas até vinte minutos do local do parto.

## **2.2. Partograma preenchido**

- Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto e deve ser iniciado o preenchimento somente na fase ativa do trabalho de parto, ou seja, quando ocorrer contrações uterinas regulares, efetivas e dilatação cervical a partir de, no mínimo, 5 cm de dilatação.
- Importante ressaltar que no partograma não há campos suficientes para o registro da ausculta dos Batimentos Cardio Fetais (BCF) como indicado nos protocolos, portanto esta informação deve ser registrada no prontuário. Recomenda-se a ausculta dos BCF de 30 em 30 min na fase ativa e de 15 em 15 min no período expulsivo no trabalho de parto de risco habitual. Nas gestações de alto risco as recomendações seriam a ausculta dos BCF de 15 em 15 min na fase ativa e de 05 em 05 min no período expulsivo.

## **2.3. Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto**

- É recomendada a ingestão de líquidos, preferencialmente soluções isotônicas em vez de somente água, e alimentos via oral para mulheres de baixo risco durante o parto, respeitando os desejos da mulher.
- Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opioides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.
- Os antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de baixo risco para anestesia geral durante o trabalho de parto.

## **2.4. Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto**

- A realização de técnicas de relaxamento, que incluem o relaxamento muscular progressivo, como massagem, aplicação de compressas, padrões ventilatórios, música e outras técnicas, são recomendadas para mulheres saudáveis que solicitem o alívio da dor

durante o trabalho de parto, a depender das preferências da gestante.

- A escolha por determinados recursos podem variar de acordo com os cenários e contextos, o que pode favorecer outras técnicas como imersão em água, hipnose, acupuntura e práticas culturais e tradicionais que tenham efeitos calmantes sobre a mulher.
- Os profissionais de saúde devem estar cientes de que o contexto, o tipo e o prestador de cuidados podem ter um forte efeito sobre a necessidade de alívio da dor no parto. Sendo seu dever comunicar às mulheres as opções disponíveis para o alívio da dor em suas instituições e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções como parte do atendimento pré-natal.

## **2.5. Estímulo à deambulação no trabalho de parto**

- Encorajar a mobilização e adoção de posturas verticalizadas durante o trabalho de parto de mulheres de baixo risco, incluindo a deambulação que é fortemente recomendada por reduzir a ocorrência de cesarianas. Sendo uma intervenção de baixo custo, benéfica e de fácil implantação.
- De acordo com o Ministério da Saúde, nas diretrizes nacionais de assistência ao trabalho de parto normal, a gestante sob analgesia peridural, quando se sentir confortável e segura, deve ser encorajada a deambular e adotar posições mais verticais.

## **2.6. Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto**

- É importante que a mulher seja encorajada a adotar qualquer posição que considere confortável.
- As evidências sugerem que posições não supinas no segundo estágio do trabalho de parto podem reduzir episiotomia e partos instrumentais vaginais, mas podem estar associados ao aumento do risco de hemorragia pós-parto.
- O posicionamento no segundo estágio para mulheres que desejam uma posição verticalizada pode ser adaptada numa posição reclinada ou em “quatro apoios”, que

podem facilitar as técnicas perineais para reduzir as lesões perineais e a perda de sangue.

- Para mulheres com analgesia epidural, recomenda-se encorajar a adoção de uma posição de nascimento de sua escolha, incluindo posições verticais.

## **2.7. Monitorização da ausculta cardíaca fetal**

A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho de sonar doppler ou com um estetoscópio fetal de Pinard é recomendada para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto. Ressalta-se que a ausculta fetal intermitente durante o trabalho de parto é essencial para o cuidado intraparto.

- Deve ser realizada por no mínimo 01 min e a cada 15 a 30 min durante a fase ativa do trabalho de parto (1º estágio) e a cada 5 a 15 min durante a fase expulsiva (2º estágio). Diante de alguma anormalidade, deve-se realizar ausculta prolongada, ou seja, durante a contração e 30 segundos após a contração, por 03 contrações consecutivas.

## **2.8. Estímulo ao contato pele a pele e aleitamento materno na 1ª hora de vida do recém-nascido**

- Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação entre outros benefícios.
- Todos os recém-nascidos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (BPN) que são capazes de amamentar, devem ser colocados no peito o mais rápido possível após o nascimento e quando a mãe e o bebê estiverem clinicamente estáveis.

## **2.9. Classificação de Robson**

- A adoção da classificação de Robson deve ser estimulada para todos os hospitais no auxílio do monitoramento das cesáreas e ajudando a identificar os grupos de mulheres que devem ser alvo para implementação de estratégias para redução de cesarianas.



### **3. ABOLIÇÃO DE INTERVENÇÕES DESNECESSÁRIAS NA MULHER**

#### **3.1. Amniotomia**

- O uso de amniotomia, isolada ou associada a ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem. Não há evidências claras de que os benefícios desta prática superam os danos potenciais.
- A amniotomia realizada no Trabalho de Parto (TP) de início espontâneo é uma prática que é verificada com frequência nas maternidades e por vezes numa fase precoce com o intuito de promover a sua evolução. Este procedimento, ao interferir nos processos fisiológicos normais do TP, pode conduzir a maior intervenção e consecutivamente à maior possibilidade de alterações do BCF, do risco de prolapso do cordão umbilical e de infecção.

#### **3.2. Venóclise durante o trabalho de parto**

- A instalação de venóclise durante o trabalho de parto só deve ser realizada quando houver indicação.
- Além de dificultar a movimentação da parturiente, a colocação da venóclise sem indicação clínica pode facilitar o uso de medicação para acelerar o trabalho de parto, trazendo novos riscos para a mãe e o concepto.

#### **3.3. Drogas uterotônicas no Trabalho de Parto**

- O uso de drogas uterotônicas de forma rotineira para acelerar o trabalho de parto não é recomendado. Essas drogas só devem ser utilizadas com indicação clínica.
- Há várias complicações maternas e fetais associadas à perfusão de drogas uterotônicas resultante da redução do fluxo placentário, tais como: hiperestimulação uterina, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina, laceração do colo, hemorragia pós-parto e desacelerações dos BCF.

### 3.4. Manobra de Kristeller

- A Manobra de Kristeller, ou seja, a aplicação de pressão manual no fundo do útero durante a expulsão fetal para facilitar o parto, não é recomendada.
- Não existe evidência da utilidade desse procedimento que, além de aumentar o desconforto materno, pode causar danos ao útero, a órgãos abdominais como fígado e baço, ao períneo e ao feto.

### 3.5. Episiotomia

- A prática rotineira da episiotomia no Trabalho de Parto não é recomendada.
- A prática rotineira da episiotomia durante o TP, em vez de prevenir, favorece as lacerações de terceiro e quarto grau, promove a dor perineal no período pós-parto, o aparecimento de incontinência fecal e urinária de esforço, o risco aumentado de hemorragia, de hematomas, de infecção e de disfunção sexual, além de contribuir para o surgimento de possíveis sofrimentos psíquicos.

## 4. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il
- Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.