

---

# Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto

---

## Protocolos Clínicos

---

SECRETARIA DE ESTADO DE  
SAÚDE DE MINAS GERAIS

---



**Belo Horizonte, fevereiro de 2011**

## REALIZAÇÃO

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG); Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp

## SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE

Antônio Jorge de Souza Marques

## COORDENADOR DE NORMATIZAÇÃO E PROTOCOLOS CLÍNICOS DA SES-MG

Marco Antônio Bragança de Matos

## COORDENADOR GERAL DO PROHOSP

Tiago Lucas da Cunha Silva

## AUTORES

Karla Adriana Caldeira

Márcia Rovena de Oliveira

Roberto Márcio Fonseca Vianna

Marina Carvalho Paschoini – UFTM de Uberaba

Camila Ferraz Quaresma

Profissionais de Saúde da UFTM

## COORDENAÇÃO TÉCNICA

Marina Carvalho Paschoini – UFTM de Uberaba

## CONSULTORA RESPONSÁVEL

Maria Emi Shimazaki

## REVISOR

Bruno Reis de Oliveira

## COORDENAÇÃO DA SES-MG

Bruno Reis de Oliveira

Camila Ferraz Quaresma

Regina Abdala Bittencourt

Stefânia Ferreira da Cunha

## CORRESPONDÊNCIA

E-mail: [prohosp@saude.mg.gov.br](mailto:prohosp@saude.mg.gov.br)

## INTRODUÇÃO

Depois de quase oito anos de implantação no Estado, o Pro-Hosp é um programa que vem trazendo um grande impacto na melhoria e fortalecimento da qualidade da atenção hospitalar mineira por meio da reestruturação do parque de hospitais classificados como socialmente necessários no contexto do SUS em Minas Gerais.

O foco do programa até o ano de 2009 havia se concentrado na readequação das instalações físicas e na ampliação do adensamento tecnológico das instituições, em resposta ao diagnóstico da rede hospitalar apontada em 2003 quando ele surgiu.

Entretanto, a fim de melhorar a resposta às principais causas de morbimortalidade que afligem a população mineira, em 2010 a estratégia passou a ser de integrar os hospitais às redes de atenção à saúde prioritárias do Estado, como importantes pontos de atenção de nível secundário e terciário que são na atenção à Urgência e Emergência e à Rede de Atenção à Saúde da Gestante e da Criança. Com isso, houve uma revisão no elenco de pactuações dos hospitais, priorizando metas e compromissos assistenciais voltados para a melhoria e padronização do processo de trabalho que pudessem repercutir, de acordo com a literatura médica especializada, em resultados satisfatórios de morbimortalidade nessas redes citadas.

Nesse sentido, a pactuação da elaboração e implantação de determinados Protocolos Clínicos no Contrato Único, apresentados nessa publicação, é uma importante alteração no modelo de contratualização porque, além de contribuir com o processo de acreditação hospitalar por meio da organização dos processos de trabalho nas instituições a partir de práticas que padronizam a conduta e reduzem o risco ao paciente, visa melhorar a qualidade da assistência prestada, ao se trabalhar com diretrizes e procedimentos clínicos cuja literatura evidencia resultados de saúde bastante favoráveis ao paciente.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

**Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**  
**Protocolos Clínicos**

Tema: Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto (Risco Habitual, Alto Risco, Normal e Cesárea)	Data: 14/02/2011
Responsáveis: Karla Adriana Caldeira, Márcia Rovená de Oliveira, Roberto Márcio Fonseca Vianna, Marina Carvalho Paschoini, Profissionais de Saúde da UFTM Coordenação: Marina Carvalho Paschoini	Revisão:

<b>Revisão nº: 01</b>	<b>Data:</b>	<b>Nº página:</b>
<b>Elaboração</b>		
<b>Verificação</b>		
<b>Aprovação</b>		

<b>SIGLAS</b>	
UI	unidade
ml	Mililitro
mUI	Miliunidade internacional
min	Minuto
h	Horas
HCP	História Clínica Perinatal
mg	Miligramas
mcg	Microgramas
MS	Membro superior
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
s/n	Se necessário

## CONFLITOS DE INTERESSE

1. Inserção do enfermeiro obstetra na equipe assistencial para acompanhamento e realização do trabalho de parto (O parto de risco habitual pode ser acompanhado e realizado tanto pelo médico obstetra, quanto pelo enfermeiro obstetra).
2. Realização de parto cesárea por: solicitação da parturiente, escalas incompletas de profissionais para acompanhamento e monitoramento do trabalho de parto (médico obstetra e enfermeira obstétrica), questões de remuneração de profissionais e indicações de cesariana não respaldada por indicações técnicas e clínicas precisas e baseadas em boas práticas e/ou evidências.

## NÍVEIS DE EVIDÊNCIA E GRAUS DE RECOMENDAÇÃO

### GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA\*

**A** - evidência baseada em ensaios clínicos randomizados ou metanálise de ensaios clínicos - *Ação fortemente recomendada.*

**B** - evidência baseada em estudos prospectivos não randomizados - *Ação recomendada.*

**C** - evidência baseada em relatos de casos ou opinião de especialistas - *Ação pouco recomendada.*

**D** – publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas – *Ação não recomendada*

**\*baseado na metodologia adotada pelo Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina**

## INTRODUÇÃO

O parto (também chamado nascimento) é a saída do feto do útero materno. Pode ser visto como o oposto da morte, dado que é o início da vida de um indivíduo fora do útero. A idade de um indivíduo é definida em relação a este acontecimento na maior parte das culturas (10). “O parto é considerado como a expulsão ou extração completa do produto da concepção do corpo da mãe”, sem, entretanto perder de vista os aspectos afetivos e sócio-culturais que também estão presentes e influenciam neste momento importante do início de uma família.

Estudos antropológicos demonstram que em nenhuma sociedade o parto é tratado apenas de forma exclusivamente fisiológica, é também um acontecimento biopsicossocial, rodeado de

fatores sócio-culturais, emocionais e afetivos.

Pretende-se com a elaboração deste protocolo sistematizar a prática da assistência ao parto, com participação de todos os envolvidos (parturiente, acompanhante, família e equipe de saúde multiprofissional). Trata-se de um subsídio à mudança dos modelos de assistência ao parto, na busca de um atendimento humanizado, conforme preconizado pelo Programa de Humanização no Parto e Nascimento do Ministério da Saúde.

#### **PUBLICO ALVO**

Gestantes admitidas em Maternidades e/ou Pronto Atendimento na rede hospitalar do Estado de Minas Gerais, independente da idade e etnia.

#### **METODOLOGIA**

- Criação de equipe multidisciplinar sobre o assunto envolvendo profissionais médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais da UFTM;
- Revisão sistemática de publicações sobre o tema em base de dados *online*: Cochrane Library, PubMed, protocolos nacionais ( Febrasgo, Atenção ao pré-natal, parto e puerpério da SOGIMIG, Manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde) e Protocolo de Manchester;
- Opinião de especialistas sobre o tema;
- Realização de oficinas de trabalho sobre estruturação e elaboração dos protocolos clínicos;
- Avaliação do custo-efetividade das evidências.

#### **OBJETIVO GERAL**

Redução da morbimortalidade materna e neonatal no Estado de Minas Gerais, através da sistematização do atendimento à gestante em trabalho de parto nos Hospitais da Rede SUS MG.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS / OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Padronizar acolhimento à gestante em trabalho de parto;
2. Identificar/diagnosticar o risco gestacional para identificação do nível de complexidade assistencial requerido para esta gestante, com vistas à sua admissão na própria Unidade ou encaminhamento responsável para outra Unidade de maior complexidade;
3. Realizar avaliação clínico-obstétrica com diagnóstico do trabalho de parto;
4. Sistematizar rotina de admissão de parturientes, com elaboração de plano de cuidados, de acordo com perfil e necessidade da gestante/parturiente;
5. Implantar e/ou implementar assistência humanizada multiprofissional ao parto;
6. Orientar conduta terapêutica, com bases científicas para atendimento às parturientes;
7. Auxiliar na organização da rede de assistência micro e macrorregional;
8. Verificar e acompanhar a implementação de práticas baseadas em evidências;
9. Facilitar o treinamento do pessoal de saúde;
10. Facilitar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

## PESSOAS / MATERIAIS NECESSÁRIOS

### 1. Recursos humanos:

- Equipe de Médicos: Médico obstetra; Médico pediatra; Médico anestesista
- Equipe de enfermagem: Enfermeiro obstetra; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem
- Assistente social
- Fisioterapeuta especializado em Ginecologia e Obstetrícia
- Farmacêutico
- Nutricionista, Técnico de nutrição
- Psicólogo
- Doula

### 2. Recursos Materiais: Equipamentos próprios, além de materiais permanentes e de consumo em qualidade e quantidade pertinentes a cada ambiente.

- Laboratório
- Regulação – SUS Fácil
- Farmácia
- Centro Obstétrico

## POTENCIAIS UTILIZADORES

Equipe médica

Equipe de enfermagem

Assistente social

Fisioterapeuta

Farmacêutico

Psicólogo

Nutricionista

## CONCEITO

O trabalho de parto é o processo fisiológico que tem por objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas. Pode ser pré-termo, se iniciado de 20 a 36 semanas e 6 dias de gestação, a termo se gestação de 37 a 41 semanas e 6 dias e pós termo nas gestantes com idade gestacional superior a 42 semanas. Neste protocolo abordar-se-ão gestantes com trabalho de parto a termo. Ressalta-se que didaticamente o parto pode ser dividido em 4 períodos: 1º período: Dilatação: Inicia-se com as primeiras contrações uterinas dolorosas que modificam a cérvix e termina com dilatação completa (divido em fase latente e ativa); 2º período: Expulsão: Inicia-se com dilatação completa e se encerra com a saída do feto; 3º período: Dequitação: inicia-se após o nascimento e termina com expulsão completa da placenta e 4º período: 1 hora após o parto.

## ETIOLOGIA

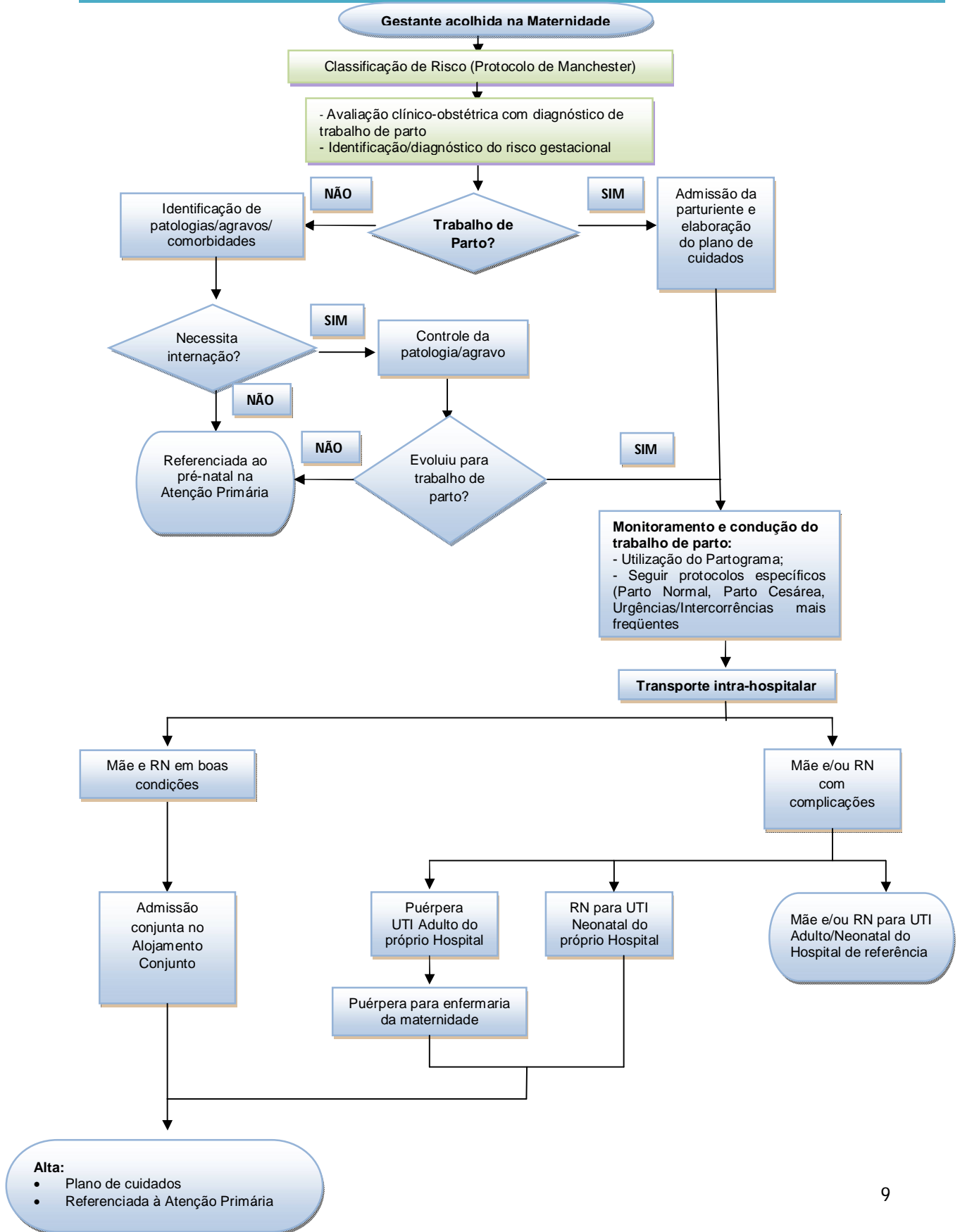
O determinismo do parto não é completamente esclarecido.

## INCIDÊNCIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde o ideal de partos vaginais seria ao redor de 85% de todas as gestações. A incidência é de 65% no estado de Minas Gerais.








# FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À GESTANTE/PARTURIENTE



## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO / ANÁLISE DE PRIORIDADE

Procedimento realizado na chegada da gestante ao Serviço de Saúde, pela enfermeira da triagem, com adesão ao Protocolo de Manchester, utilizando tecnologia de averiguação de sinais e sintomas para definir nível de gravidade e prazos de atendimento.

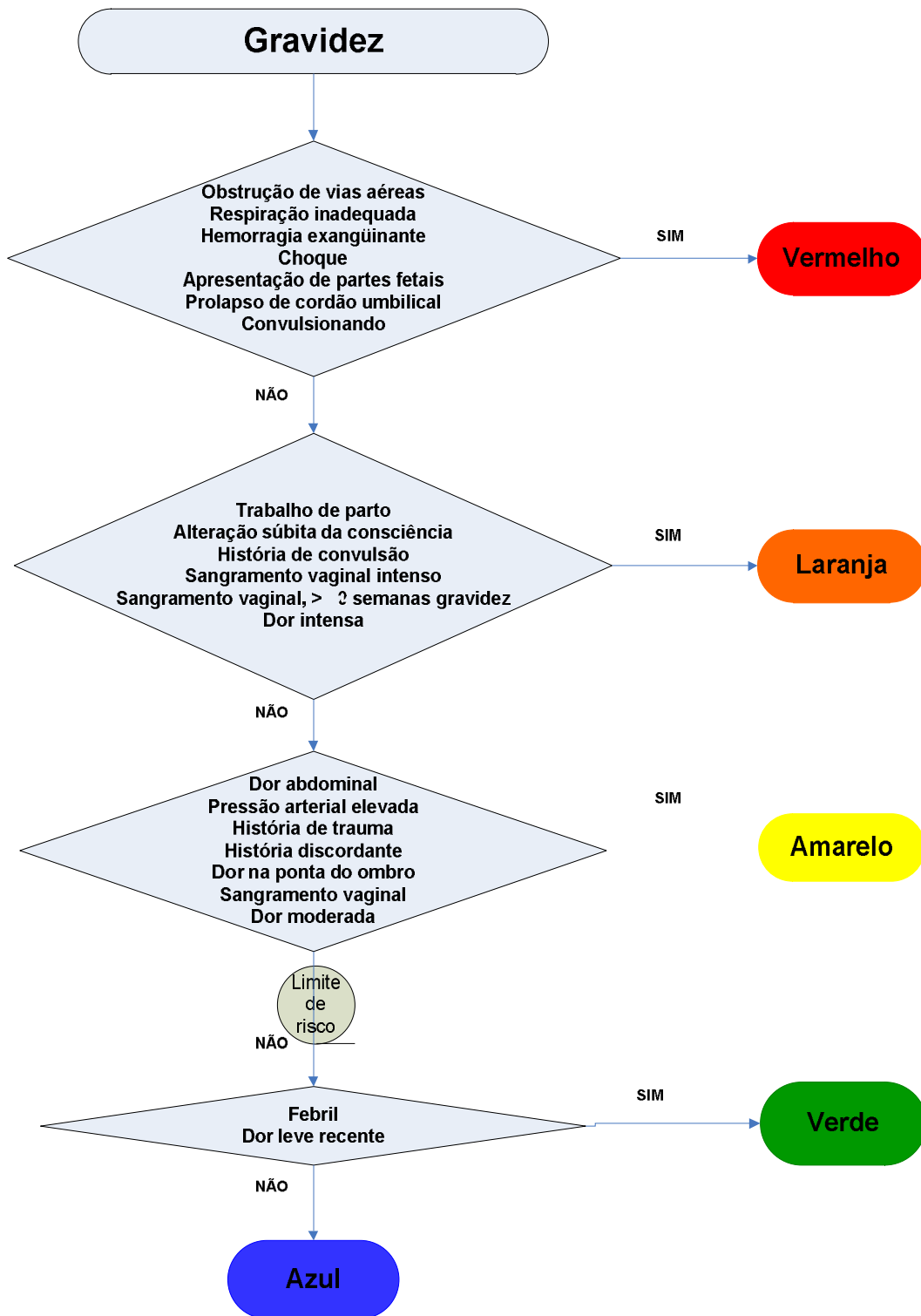
A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato. Tem como finalidade identificar a prioridade clínica com que o paciente deve ser atendido e o respectivo tempo alvo recomendado até a observação médica. Os critérios incluem agravos à saúde ou grau de sofrimento. Não se trata de estabelecer diagnósticos. A escala de classificação, segundo o Protocolo de Manchester, é a seguinte:

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO ALVO
1	Emergência	 Vermelha	0 min.
2	Muito urgente	 Laranja	10 min.
3	Urgente	 Amarelo	1h
4	Pouco urgente	 Verde	2 h
5	Não urgente	 Azul	4 h

Fonte: MAFRA, 2010.

Entre os 50 fluxogramas do Protocolo de Manchester, foram selecionados 3 deles (Gravidez; Dor Abdominal em Adulto; Sangramento Vaginal), que representam as principais queixas da gestante/mulher no serviço de urgência hospitalar.

**FLUXOGRAMA 30**



## Notas: Gravidez

**Veja também**

**Notas do fluxograma**

**Sangramento Vaginal**

**Discriminadores específicos**

**Explicação**

**Apresentação de partes fetais**

Apresentação da cabeça (coroamento) ou qualquer parte fetal pela vagina.

**Prolapso de cordão umbilical**

Prolapso de qualquer parte do cordão umbilical pelo cérvix uterino.

**Trabalho de parto**

Grávida que tem contrações dolorosas frequentes e regulares.

**História de convulsão**

Qualquer convulsão observada ou relatada que ocorreu durante um período de doença ou após trauma.

**Sangramento vaginal, > 20 semanas de gravidez**

Qualquer perda de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez.

**Sangramento vaginal intenso**

Sangramento vaginal é muito difícil de quantificação. Grandes coágulos ou fluxo constante preenchem este critério. O uso de grande número de absorventes higiênicos sugere perda intensa.

**Pressão arterial elevada**

História de níveis tensóricos elevados ou níveis elevados no exame.

**História de trauma**

História recente de trauma físico

**História discordante**

Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso.

**Dor na ponta do ombro**

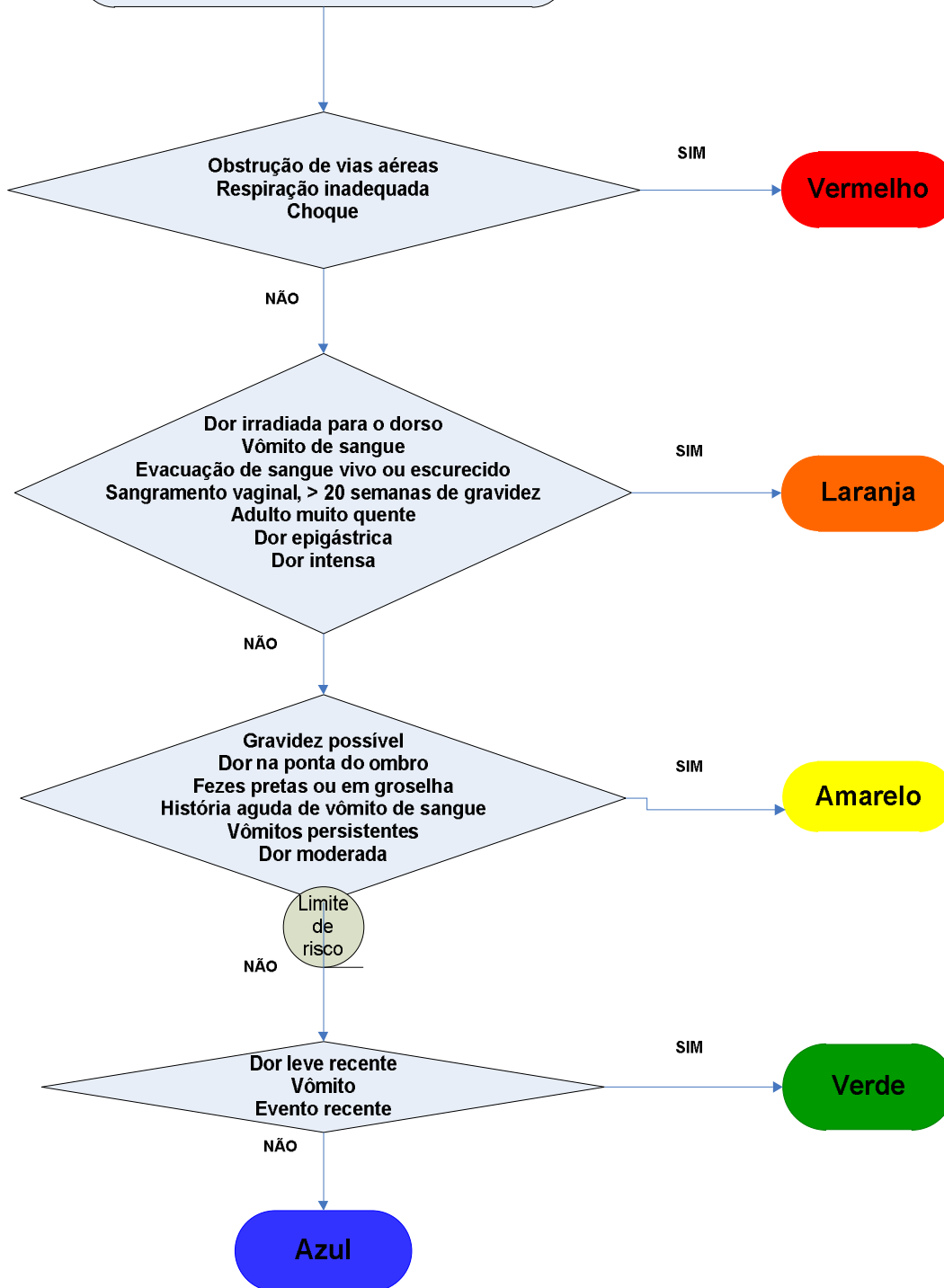
Dor sentida na ponta do ombro. Geralmente indica irritação diafragmática.

**Sangramento vaginal**

Qualquer perda de sangue pela vagina.

## FLUXOGRAMA 19

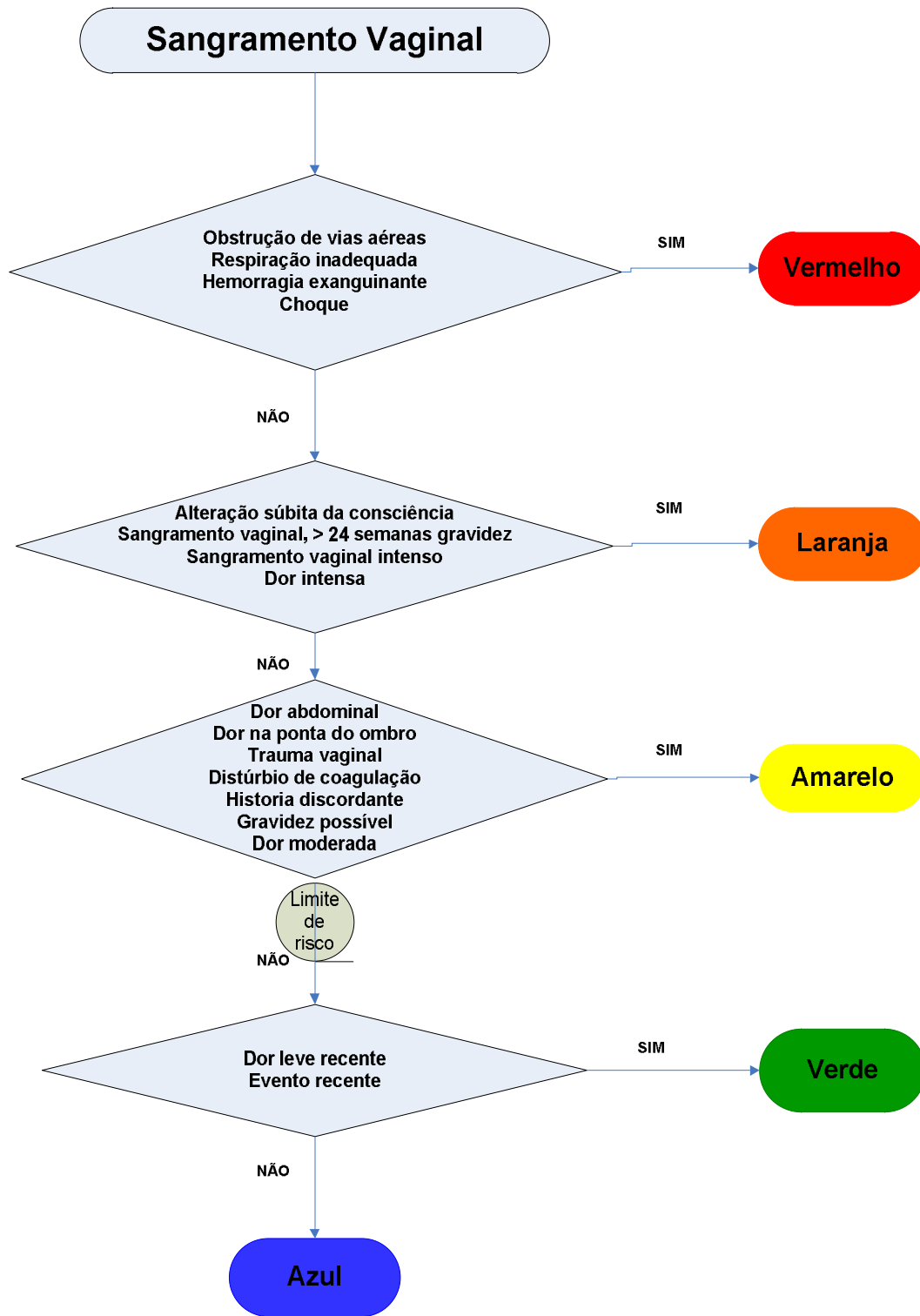
### Dor Abdominal em Adulto



## Notas: Dor Abdominal em Adulto

<b>Veja também</b>	<b>Notas do fluxograma</b>
<b>Hemorragia Digestiva, Diarréia e Vômitos, Gravidez</b>	
<b>Discriminadores específicos</b>	<b>Explicação</b>
<b>Dor irradiada para o dorso</b>	Dor que também é sentida no dorso de forma constante ou intermitente.
<b>Vômito de sangue</b>	O sangue vomitado pode ser fresco (rutilante, ou escurecido) ou em borra de café.
<b>Evacuação de sangue vivo ou escurecido</b>	No sangramento gastrointestinal maciço haverá evacuação de sangue vermelho escuro. Quando o trânsito GI aumenta, ele se torna progressivamente mais escuro até melena.
<b>Sangramento vaginal, &gt; 20 semanas de gravidez</b>	Qualquer perda de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez.
<b>Gravidez possível</b>	Qualquer mulher cuja menstruação normal não ocorreu está possivelmente grávida. Além disso, qualquer mulher em idade fértil com vida sexual ativa sem proteção deverá ser considerada potencialmente grávida.
<b>Dor irradiada para o ombro</b>	Dor sentida no ombro geralmente indica irritação diafragmática.
<b>Fezes pretas</b>	Qualquer escurecimento preenche este critério.
<b>Fezes em groselha</b>	Fezes de coloração vermelha escura, classicamente vistas em intussuscepção. Ausência deste tipo de fezes não exclui o diagnóstico.
<b>História aguda de vômito de sangue</b>	Hematêmese franca, vômito de sangue alterado (borra de café) ou sangue misturado com vômito nas últimas 24 horas.
<b>Vômitos persistentes</b>	Vômitos contínuos ou que ocorre sem alívio entre os episódios.
<b>Vômito</b>	Qualquer emese preenche este critério.

## FLUXOGRAMA 47



## Notas: Sangramento Vaginal

Veja também	Notas do fluxograma
Gravidez, Dor Abdominal	
Discriminadores específicos	Explicação
<b>Sangramento vaginal, &gt; 20 semanas de gravidez</b>	Qualquer perda de sangue pela vagina em mulher sabidamente com mais de 20 semanas de gravidez.
<b>Sangramento vaginal intenso</b>	Sangramento vaginal é muito difícil de quantificação. Grandes coágulos ou fluxo constante preenchem este critério. O uso de grande número de absorventes higiênicos sugere perda intensa.
<b>Dor abdominal</b>	Qualquer dor sentida no abdome. Se irradiada para o dorso pode indicar dissecação de aorta; se associada a sangramento vaginal, pode sugerir gravidez ectópica ou abortamento.
<b>Dor na ponta do ombro</b>	Dor sentida no ombro. Geralmente indica irritação diafragmática.
<b>História discordante</b>	Quando a história fornecida não explica os achados físicos. Pode ser um marcador de lesão não acidental em crianças ou adultos vulneráveis, podendo ser sentinela de abuso.
<b>Gravidez possível</b>	Qualquer mulher cuja menstruação normal não ocorreu está possivelmente grávida. Além disso, qualquer mulher em idade fértil com vida sexual ativa sem proteção deverá ser considerada potencialmente grávida.



## DIAGNÓSTICO

### ACOLHIMENTO

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção. Pretende-se que a prática do Acolhimento nos espaços de saúde qualifique a atenção e a gestão, potencializando a garantia do atendimento, a resolutividade, o estabelecimento de vínculo, a promoção da saúde e as alianças entre usuários, trabalhadores e gestores.

### IDENTIFICAÇÃO/DIAGNÓSTICO DO RISCO GESTACIONAL

A gestante, após ter sido triada pela enfermeira da classificação de risco, deverá ser direcionada ao consultório obstétrico para consulta, exame clínico-obstétrico e identificação/diagnóstico do risco gestacional, o que indicará o nível de complexidade da assistência a ser prestada, considerando a possibilidade de admissão desta gestante na própria Unidade Hospitalar, ou a necessidade de encaminhá-la para outra Unidade Hospitalar de maior porte/complexidade. A avaliação das condições, agravos ou patologias de cada gestante, efetuada em diferentes momentos da sua assistência pré-natal pode ser feita de um modo relativamente simples, determinando-se a idade, altura e paridade da gestante. Deve-se indagar sobre doenças prévias, comorbidades, complicações na sua história obstétrica, como cesarianas ou mortes fetais anteriores, e investigar a presença de anormalidades na gravidez atual, como pré eclampsia, gestação múltipla, hemorragias, crescimento intra-uterino restrito-CIUR, posições e apresentações anômalas, anemia severa e outros fatores de risco (modificado de De Groot et al 1993). A abordagem de risco vem determinar decisões sobre o parto, seu local de ocorrência, seu tipo, qual o prestador de serviço envolvido (Enkin 1994).

### AValiação CLÍNICO-OBSTÉTRICA COM DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO

A avaliação obstétrica deve ser realizada utilizando-se o seguinte roteiro de averiguação:

- 1- **Estabelecer idade gestacional:** Utilizar parâmetros como: data da última menstruação, ultra-sonografia do 1º Trimestre, data do início da percepção dos movimentos fetais, 1º Teste de Gravidez positivo.
- 2- **História Obstétrica:** História das gestações anteriores e da atual, procurando identificar risco obstétrico. Sugere-se utilização do instrumento de HCP que reúne em uma única folha, variável de consenso universal, que mapeiam o percurso clínico da gestante e do RN e garantem a informação mínima essencial à assistência para o pré-parto, parto, nascimento e período neonatal.
- 3- **Exame físico geral:** Dados Vitais, mucosas, aparelho respiratório, aparelho cardiovascular (ênfase para a PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA), exames das extremidades (edema, varizes) e exame físico das mamas.

- 4- **Exame físico obstétrico:** Altura uterina, situação, posição e apresentação fetal, insinuação, ausculta de batimentos cardíacos fetais (antes, durante e após a contração uterina), dinâmica uterina e integridade da bolsa das águas.
- 5- **Análise do cartão de pré-natal: Verificar e anotar as sorologias, a evolução do pré-natal, identificando possíveis alterações.**

O diagnóstico de trabalho de parto deve ser feito com vistas à tomada de decisões relativas ao nível de assistência, conduta (s), local de acompanhamento, manejo e plano de cuidados e admissão desta gestante.

Define-se trabalho de parto como:

Presença de contrações uterinas regulares, 2 a 3 com duração de 20 a 30 segundos, a cada 10 minutos, associadas à alterações cervicais: apagamento e dilatação de mais de 2 cm na primípara e dilatação de mais de 3 cm na múltipara. Em caso de dúvidas reavaliação da paciente após 2h para evitar internações precoces e intervenções desnecessárias. Outras condições ajudam no diagnóstico de trabalho de parto, tais como a constatação da ruptura das membranas e o progresso na atividade uterina, com contrações cada vez mais frequentes e que, progressivamente, se tornam mais dolorosas. É importante e necessário registrar que trabalhos de parto, com contrações uterinas frequentes e dilatações do colo uterino podem estar presentes em alguns casos, sem necessariamente a concomitância da percepção do sintoma doloroso. Assim sendo, nestes casos, como também nos demais, torna-se imprescindível a realização de dinâmica uterina- DU, com observação em um período mínimo de 10 minutos.

### **ADMISSÃO DA PARTURIENTE**

A confirmação do diagnóstico de trabalho de parto, ou a identificação de condições, comorbidades e/ou agravos específicos da gravidez determinam necessidade de admissão e internação da gestante/parturiente na própria Unidade. Este diagnóstico embasará a elaboração do plano de cuidados. Após a avaliação clínico-obstétrica, feita pelo enfermeiro/médico, alguns dados são necessários para complementar a admissão, solicitar e realizar exames obrigatórios e implementar o plano de cuidados:

- Situação/Queixa/ Duração (QPD)
- Breve Histórico (relatadas pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas)
- Uso de Medicamentos
- Verificação de Sinais Vitais
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Solicitação de exames complementares obrigatórios listados no quadro seguinte.

EXAMES COMPLEMENTARES		
EXAME	VALOR NORMAL	INDICAÇÃO
1. TIPAGEM SANGUÍNEA (GRUPO SANGUÍNEO E FATOR RH)		Quando não tiver resultado do exame prévio
2. COOMBS INDIRETO	NEGATIVO	Parturiente Rh negativo que não tenha resultado de coombs indireto recente (últimos 30 dias)
3. VDRL	NÃO REATIVO	SEMPRE
4. TESTE RÁPIDO HIV	NEGATIVO	Quando não tiver sorologia prévia ou no último trimestre de gestação

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE DESDE A INTERNAÇÃO ATÉ A ALTA	
1.	Pressão arterial superior a 160X110mmHg;
2.	Gestante / parturiente/ puérpera com sangramento aumentado;
3.	Iminência de eclampsia: epigastralgia, cefaléia, alterações visuais;
4.	Alterações (taquicardia/bradicardia) no batimento cardíaco fetal. - Cardiotocografia não tranquilizadora;
5.	Gestante com insuficiência respiratória.
6.	Prolapso de cordão
7.	Rotura uterina
8.	CTG não tranquilizadora

INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO PARA O PARTO	
1.	Presença de contrações uterinas regulares, 2 a 3, a cada 10 min
2.	Alterações cervicais: apagamento e dilatação de mais de 2 cm na primípara e dilatação de mais de 3 cm na multípara

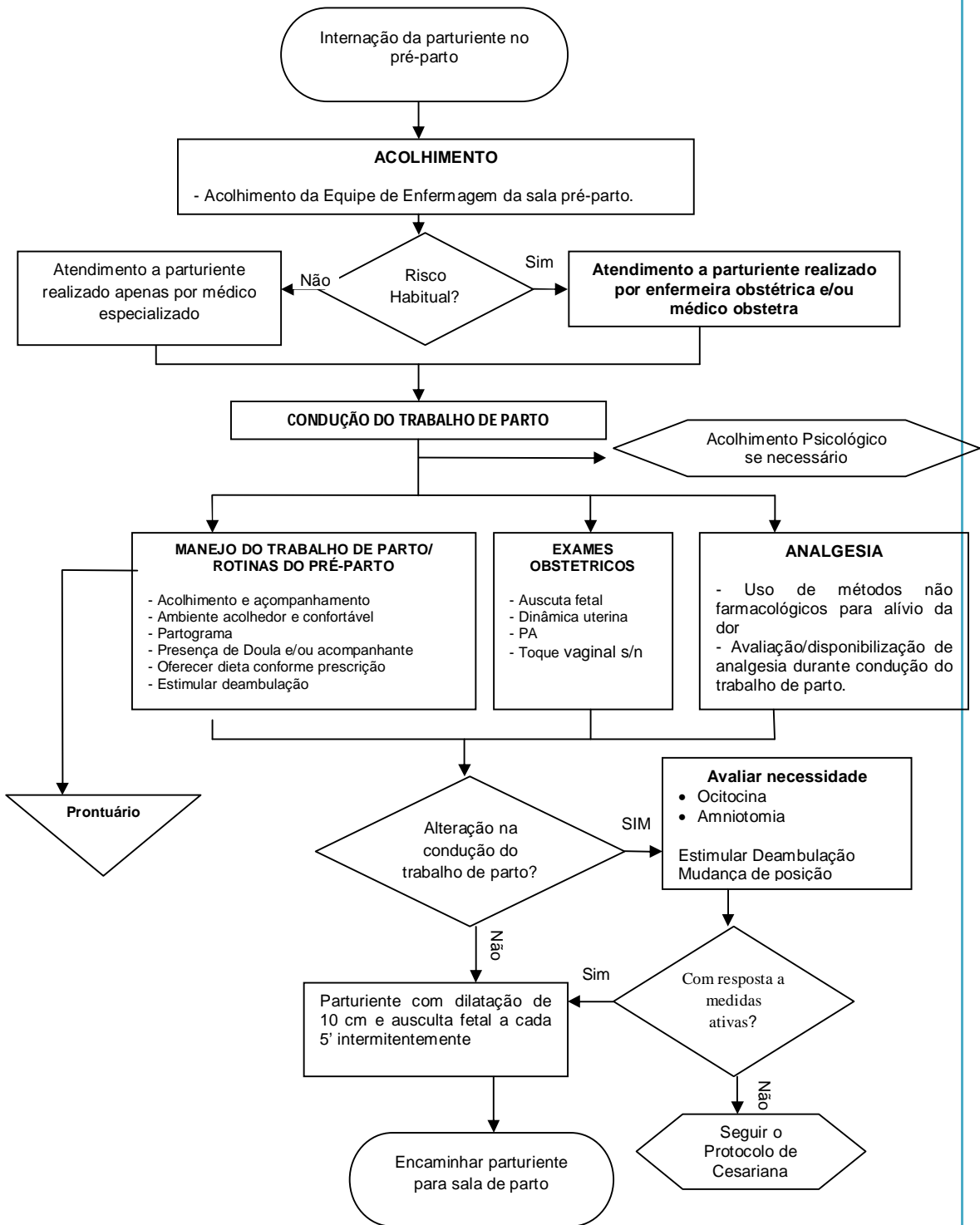
**OBS:**

**1- A gestante só deve ser internada na fase ativa do trabalho de parto. Para evitar intervenções desnecessárias**

**2- Se necessidade de internação por patologias/agravos ou comorbidades, seguir protocolo específico.**

## PLANO DE CUIDADOS / ATIVIDADES ESSENCIAIS

### 1º PERÍODO DO PARTO – (Dilatação e apagamento do colo)



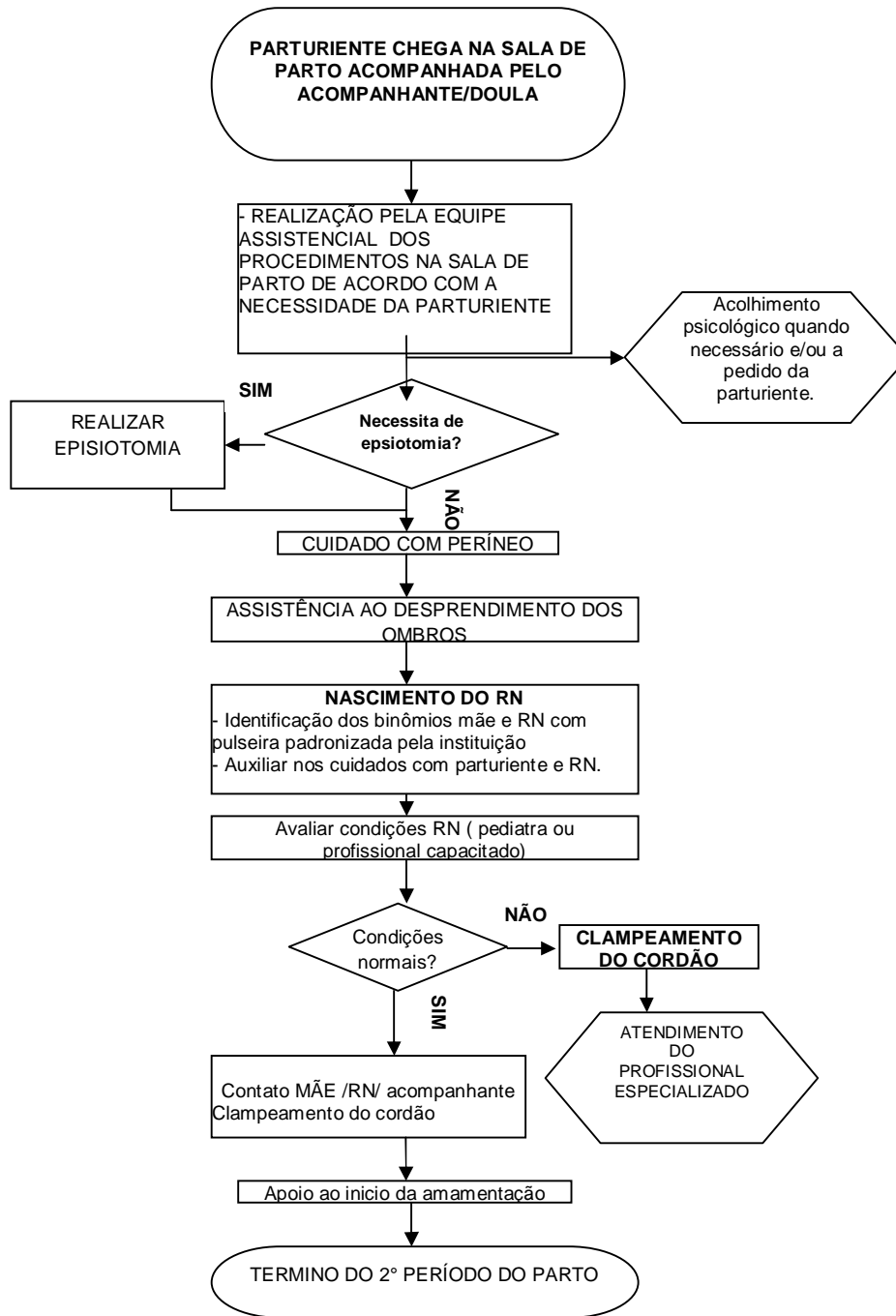
## **ASSISTÊNCIA AO 1º PERÍODO DO PARTO – (Dilatação e apagamento do colo)**

- 1. AMBIÊNCIA:** Admitir a cliente em ambiente individualizado com roupas limpas, mínimos ruídos, temperatura agradável, músicas tranqüilizadoras e com equipamentos sempre disponíveis.
- 2. DADOS VITAIS MATERNOS:** Na admissão e a cada 60 minutos.
- 3. TRICOTOMIA:** Só deve ser realizada se esta for à opção da paciente. Os pêlos devem ser aparados à tesoura ou com tonsurador apropriado, não utilizar giletes ou lâminas de bisturi (D).
- 4. ENEMA:** Só deve ser realizada se esta for à opção da paciente. (D). Obedecer a suas contra-indicações: fase adiantada do trabalho de parto, bolsa rota, paciente sedada.
- 5. NUTRIÇÃO DA PARTURIENTE:** Na fase ativa do trabalho de parto, os alimentos sólidos devem ser suspensos, sendo permitido a ingestão de pequenas quantidades de líquidos açucarados (água, sucos sem polpa, chás) (C).
- 6. PUNÇÃO VENOSA E INFUSÃO DE LÍQUIDOS:** Não deve ser utilizada como rotina. Recomenda-se para aquelas que necessitem de medicações endovenosas e que tiverem trabalho de parto prolongado (C).
- 7. HIGIENE DA PARTURIENTE:** A parturiente deve ser estimulada a higienizar-se durante o trabalho de parto (banho, troca de camisola, forro perineal e de cama), favorecendo o bem estar materno.
- 8. POSIÇÃO DA PARTURIENTE:** De acordo com sua preferência, evitando, adotar o decúbito dorsal. Alguns estudos comprovam que a atividade física (andar ou ficar restrita ao leito. Os estudos indicam que a postura ativa da parturiente (deambulação, posição de cócoras, e outras posições) estimulam a dilatação e diminuem o trabalho de parto.
- 9. SUPORTE EMOCIONAL:** Acolhimento da cliente pela equipe multiprofissional, acompanhante, de escolha da paciente (conforme lei 11.108/05) e/ ou doulas geram segurança e confiança. O acompanhante deve se posicionar sempre na cabeceira/ao lado da parturiente, ajudando-a na deambulação, realizando massagens, etc. Deve receber orientações básicas relacionadas ao trabalho de parto, campos cirúrgico e local onde deverá posicionar-se no momento do parto (cabeceira da parturiente). Sua presença reconfortante traz apoio emocional, contato físico, para estimular positivamente à parturiente.
- 10. AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL:** Ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais a cada 15-30 minutos (antes, durante e logo após as contrações) com sonar Doppler ou Pinard com o objetivo de detectar possíveis desacelerações. O uso rotineiro de cardiocografia em gestações de baixo risco está contra indicado, devido ao alto índice de resultados falsos positivos (A). Controle dos **BATIMENTOS CARDIO-FETAIS (BCF)**, que deve ser realizado com estetoscópio de Pinard ou Sonar-Doppler, a cada 30 minutos para baixo risco, de 15 em 15 minutos para alto-

risco e de 5 em 5 minutos no período expulsivo. Deverão ser auscultados antes, durante e após a contração uterina. Os BCFs devem ser rítmicos, com frequência entre 120 e 160 batimentos por minuto, sem desacelerações.  $BCF < 100 \text{ bpm} > 180 \text{ bpm}$  = Pode significar Sofrimento Fetal Agudo.

- 11. TOQUES VAGINAIS:** A frequência varia de acordo com a evolução do trabalho de parto. Devem-se evitar toques repetidos (I).
- 12. PARTOGRAMA:** Deve ser realizado de rotina na assistência do parto normal, instrumento fundamental no diagnóstico dos desvios da normalidade (A). O registro gráfico obrigatório da evolução do trabalho de parto no PARTOGRAMA adotado pelo Serviço. O partograma permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias. A OMS tornou obrigatório o uso do partograma nas maternidades desde 1994.
- 13. ANALGESIA:** Deve ser disponibilizada e realizada quando a paciente solicitar. Pode ser peridural, contínua ou combinada Peri-raqui (I). Deve-se disponibilizar também os métodos não farmacológicos de alívio da dor.
- 14. Uso de OCITOCINA:** Não deve ser usada de rotina, mas sim no trabalho de parto disfuncional, apontado pelo partograma. Diluir 05 UI em 500 ml de soro glicosado, utilizar em bomba de infusão ou com equipo comum; durante o uso, avaliar constantemente as contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal. As doses utilizadas iniciam em 0,5 até 7 mUI (média de 2mUI/min, não ultrapassando 20 a 30 mUI/min) são aumentadas de forma geométrica ou aritmética em intervalos de 15 a 60 min. Descontinuar o uso de ocitocina: Se o padrão contrátil exceder 05 contrações em 10min, as contrações tiverem duração maior que 1min ou houver desaceleração da frequência cardíaca fetal (D).
- 15. AMNIOTOMIA:** Devem-se avaliar os riscos e benefícios. Evitar o uso rotineiro no primeiro período do parto. Reserva-se seu uso em condições onde sua prática seja claramente benéfica (D).

## 2º PERÍODO DO PARTO



## ASSISTÊNCIA AO 2º PERÍODO DO PARTO- (Expulsão)

1. **POSIÇÃO MATERNA:** Para a maioria das pacientes a posição de Laborié-Duncan com decúbito dorsal em mesa de parto e flexão e abdução dos membros inferiores sendo que a verticalização deve estar disponível na cadeira de parto. Não há diferenças entre os resultados perinatais quanto à posição no trabalho de parto, entretanto, a posição de cócoras pode reduzir a dor no 3º período (A). O parto em posições verticais ou semiverticalizadas deve ser disponibilizado (poderá ser na própria mesa de parto, cadeiras de parto ou no próprio leito do PPP) se a maternidade possuir condições apropriadas para tal e houver aceitação da paciente. Deve-se evitar a posição de litotomia ou ginecológica clássica e outras posições horizontais. Deve evitar-se também que as pernas estejam presas. As seguintes posições devem ser eleitas para a condução do período expulsivo: Semi-sentada: ângulo de 110 a 120 graus. - Sentada: ângulo de 90 graus entre o plano da coluna e da bacia e com apoio para os pés. - De cócoras: com uso de arco para apoio durante os puxos. Nesta posição, deve-se alternar para a posição sentada entre as contrações.
2. **VITALIDADE FETAL:** Ausculta dos batimentos cardíacos fetais a cada 5 minutos, imediatamente antes, durante e após a contração uterina.
3. **MANOBRAS EXTRATIVAS:** Provoca maior desconforto materno e suspeita-se que possa ser perigoso para o útero, períneo e feto. A OMS (1996) classifica a pressão no fundo uterino (Manobra de Kristeller) durante o período expulsivo com intenção de acelerá-lo como “prática em relação à qual não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão. (C)
4. **CUIDADOS COM O PERÍNEO:** A literatura preconiza a Manobra de Ritgen, com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça fetal (impossível de ser praticada no parto vertical). (B)

Proteção perineal e controle do desprendimento: Permitir o avanço da apresentação, mantendo sua flexão até que a circunferência suboccipitobregmática tenha ultrapassado o anel vulvar distendido; instruir a mãe para respirar profundamente e não realizar puxo neste momento; amortecer o desprendimento, apoiando a mão esquerda sobre a apresentação para que a deflexão se realize lentamente, distendendo progressivamente os tecidos e evitar lacerações. Instruir a mãe para puxar suavemente; colocar, com a mão direita, uma compressa sobre o períneo, pressionando-o no sentido de manter a apresentação a mais fletida possível. Segurar a apresentação para que não se desprenda bruscamente; terminar o desprendimento com lentidão com saída da frente, face e mento. Instruir novamente a mãe para não puxar; uma vez desprendida a cabeça e rodada até sua posição primitiva, verificar a presença de circulares de cordão que devem ser gentilmente desfeitas. Caso haja tensão que dificulte o procedimento, deve-se seccionar imediatamente o cordão entre duas pinças; toma-se a cabeça com ambas as mãos e se traciona suavemente, primeiro para baixo até que o ombro anterior sobrepasse o púbis e imediatamente para cima permitindo o desprendimento do ombro posterior. O resto do corpo se desprenderá com facilidade, sempre contendo o feto para que não ocorra de forma brusca.

**Saída do feto.** Nesse momento o profissional, funciona apenas como orientador da deflexão do pólo cefálico, protegendo o períneo e evitando o desprendimento abrupto, causador de lacerações. Posteriormente orientará o desprendimento das cinturas escapulares e pélvica do feto.



**5. EPISIOTOMIA:** Não deve ser rotineiramente, mas seletivamente, uso restrito (D)

A episiotomia não deve ser realizada de rotina, devendo limitando-se àqueles casos onde há indicações para o seu uso tais como: distócia de ombro; parto pélvico; fórceps.

Deve ser realizada no momento da distensão perineal por um puxo, quando a cabeça fetal é visível com um diâmetro de 3 a 4 cm. Técnica: infiltra-se os tecidos do trajeto onde será feita a incisão com lidocaína a 1%, tanto no plano superficial como profundo. Fazer a incisão com tesoura reta, dando-se preferência para a direção médio-lateral direita. A incisão mediana pode ser realizada dependendo do julgamento individual do profissional assistente.

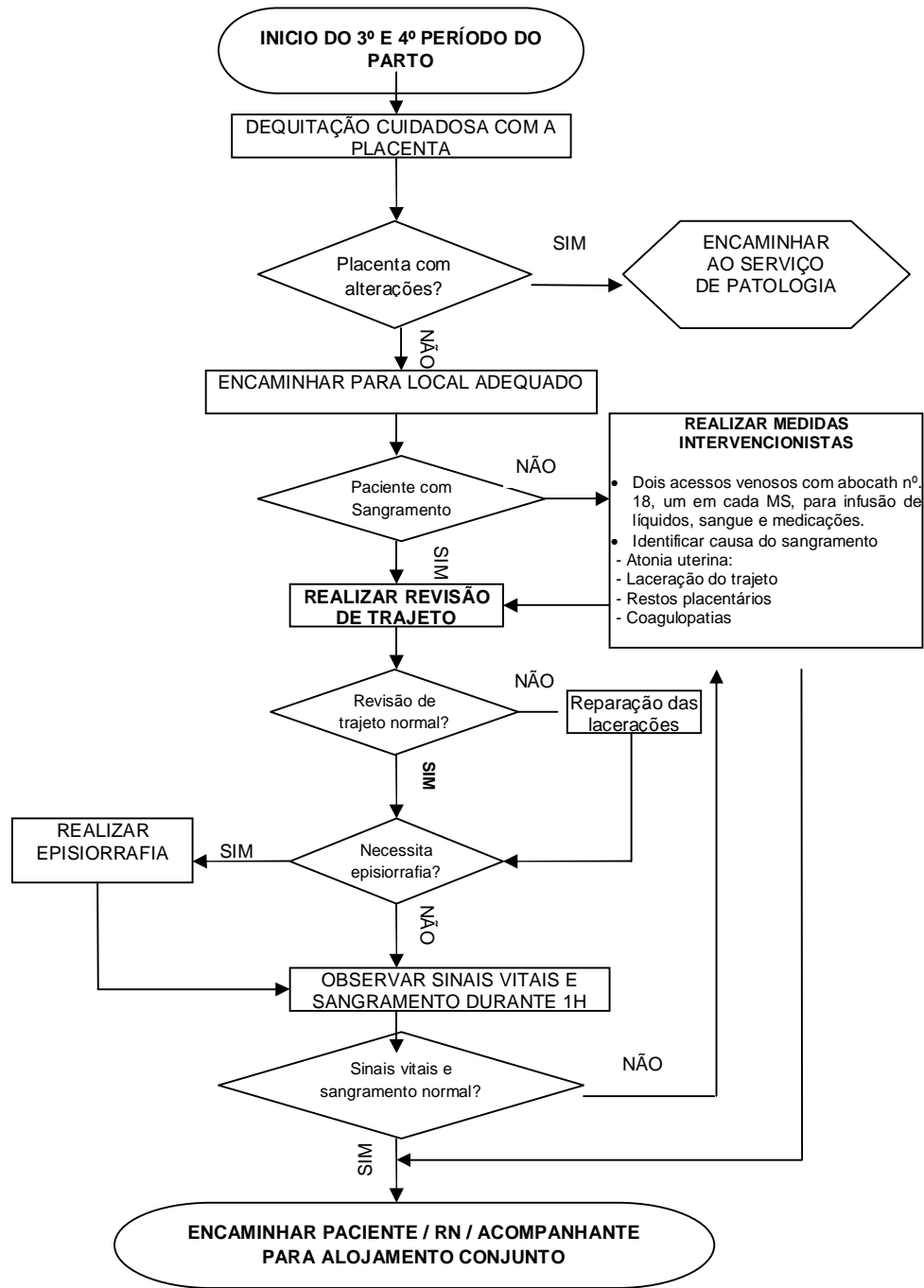
**6. ASSISTÊNCIA AO DESPRENDIMENTO DOS OMBROS:** Se não ocorrer espontaneamente, tracionar ligeiramente a cabeça fetal para baixo liberando assim o ombro anterior, e em seguida para cima, liberando por fim o ombro posterior.

**7. CLAMPEAMENTO DO CORDÃO:** Pode ser realizado de imediato ou após cessarem os batimentos. São indicações para o clampeamento imediato: mãe Rh negativo, HIV +, feto deprimido. Técnica: O cordão deve ser seccionado entre duas pinças a cerca de 4- 5 cm do abdome fetal e a ligadura colocada a cerca de 2-3 cm.

Incluir assistência ao RN.

- Deve ser obrigatória a presença do pediatra na sala em todos os partos.
- No momento do nascimento diminuir a intensidade de luz na sala de parto, desde que não interfira com os procedimentos habituais de assistência.
- Evitar conversas em tom de voz muito alto devendo-se permitir que a mãe veja o nascimento do filho e que a sua voz se sobreponha às demais.
- Logo após o parto, o recém-nascido deve ficar a um nível mais baixo que o materno, devendo-se secar a boca, face e fossas nasais.
- Aspirar à orofaringe se o líquido for meconial ou se o recém-nascido estiver deprimido.
- Proceder à ligadura do cordão umbilical cerca de 60 segundos após o nascimento, exceto nos casos de mãe Rh negativo, quando deve ser feito de imediato.
- Colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe e estimular o aleitamento materno ainda na sala de parto. Tal contato deve se estender por pelo menos uma hora.
- Os procedimentos de rotina tais como exame físico geral do recém-nascido, aplicação de vitamina K, Credé e banho devem ser adiados para um momento em que não interfiram na relação mãe-filho.

### 3º E 4º PERÍODO DO PARTO



## **ASSISTÊNCIA AO 3º PERÍODO DO PARTO - SECUNDAMENTO**

- 1. EXPRESSÃO SIMPLES DO ÚTERO:** Método de Harvey. Evitar massagens abdominais vigorosas e tração do cordão umbilical – risco de inversão uterina.

Manejo ativo do terceiro período: O manejo ativo do terceiro período ajuda a prevenir a hemorragia pós-parto e deve ser adotado em todas as mulheres. O manejo ativo do terceiro período inclui: Ocitocina imediata (10 UI - 2 amp. Intramuscular imediatamente após o desprendimento do ombro); Tração controlada do cordão e Massagem uterina.

- 2. EXAMINAR CUIDADOSAMENTE PLACENTA E MEMBRANAS AMNIÓTICAS.**

## **ASSISTÊNCIA AO 4º PERÍODO DO PARTO – (1 hora após o parto)**

- 1. AVALIAÇÃO DO SANGRAMENTO TRANSVAGINAL:** Se anormal iniciar medidas intervencionistas. Puncionar dois acessos venosos calibrosos (jelco nº 18) com abocath nº 18, um em cada membro superior, para infusão de líquidos, medicações e hemoterapia s/n.

Tratamento de acordo com a causa do sangramento:

- Atonia Uterina: Realizar massagem uterina e infusão de drogas uterotônicas. (ocitocina: 10 a 40UI em 1000ml de solução salina endovenosa contínua / metilergometrina: 0,2mg IM a cada 2 a 4h / misoprostol: 800 mcg via retal)
  - Lacerações de trajeto: Sutura das lacerações com fio catgut.
  - Retenção de tecidos placentários: Curetagem e/ou curagem uterina.
  - Avaliar coagulopatias.
- 2. REVISÃO DO TRAJETO:** Verificar a presença de laceração em todo o trajeto (vulva, vagina, colo uterino) que pode ser fonte de sangramento significativo.
  - 3. EPISIORRAFIA:** Quando realizada a episiotomia, utilizar fio catgut
  - 4. SUTURA DAS LACERAÇÕES:** Caso ocorram lesões de 1º Grau não há necessidade de sutura (exceto se houver sangramento). Lesões de 2º e 3º Grau realizar sutura por planos, após infiltração de anestésicos. Utilizar fio catgut (simples ou cromado), ácido poliglicólico (Dexon) ou poligalactina (Vicryl). A técnica de sutura fica a cargo do obstetra, pontos separados ou sutura contínua.
  - 5. CUIDADOS GERAIS:** Observar sinais vitais, sangramentos e contratura uterina (Globo de segurança de Pinard).

Observação: Este Protocolo tem como foco prioritário a abordagem e manejo da gestante em trabalho de parto normal. Oportunamente serão desenvolvidos novos protocolos que se integrarão a este documento de referência. Os novos Protocolos terão como foco de abordagem as intercorrências e urgências mais frequentes no processo de parturição.

## ALTERNATIVAS EM CASO DE DESVIOS / AÇÕES NECESSÁRIAS

Contrações uterinas ineficazes	Ocitocina (Diluir 05 UI em 500 ml de soro glicosado)
Trabalho de parto prolongado	Amniotomia (Realizada se feto encaixado - pelo menos plano 0 de DeLee)
Hemorragia pós-parto, distócia de ombro, Inversão uterina, Descolamento prematuro de placenta, rotura uterina.	Ver protocolos específicos

## ASSISTÊNCIA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

- **Recém Nascido:** Ver protocolo de Assistência Hospitalar ao Neonato (SES/MG, 2005).

### - **Mulher:**

A avaliação rotineira da puérpera durante a internação permite detectar e intervir oportunamente quando ocorrer desvios dos limites fisiológicos do puerpério. As seguintes atividades devem ser desenvolvidas:

### **Verificação diária do estado geral e clínico da puérpera:**

#### **Sinais vitais:**

- - pulso
- - temperatura
- - pressão arterial
- estado das mucosas
- hidratação

#### **Condições do aparelho digestivo e urinário:**

- - eliminação fisiológica: urina e fezes

#### **Membros inferiores:**

- - dor (principalmente na panturrilha e região inguinal)
- - calor
- - eritema
- - dificuldades de deambulação
- Involução uterina e características da cicatriz cirúrgica se o parto foi por cesariana;

**Estado dos genitais externos:**

- - higiene
- - cicatriz da episiorrafia
- - presença de edemas e hematomas

**Características dos lóquios:**

- - cor
- - cheiro
- - quantidade

**Estado das mamas:**

- - consistência
- - temperatura
- - conformação dos mamilos
- - presença de fissuras

**Conduta:** Os desvios da normalidade devem ser manejados segundo normas adiante. Deve-se evitar a prescrição rotineira de medicamentos no puerpério, reservando-os para os casos onde ocorra desvios dos limites fisiológicos. Ao prescrevê-los, avaliar a relação risco/benefício procurando-se evitar, na medida do possível, aqueles que interfiram na amamentação e produzam efeitos colaterais indesejáveis no recém-nascido (ex.: hioscina).

**Avaliação do estado emocional**

- Aceitação da maternidade
- Integração da mãe, do pai e do filho
- Sinais de depressão

Conduta: Na presença de condições que estejam interferindo no estado emocional da puérpera ou diante de sinais de depressão, solicitar avaliação do serviço psico-social.

**Anormalidades do puerpério**

As principais anormalidades que podem surgir no período puerperal são: hemorragia, hematomas de períneo, vulva, vagina e incisões cirúrgicas, infecção puerperal, problemas com as mamas.

**Hemorragia**

As hemorragias puerperais constituem a complicação mais freqüente neste período, aparecendo, na maioria das vezes, nas primeiras horas após o parto. Quando surgem precocemente podem estar associadas à hipotonia uterina ou presença de restos placentários. Tardiamente estão

associadas, mais comumente, com a retenção de tecidos placentários e/ou infecção. Devem ser manejadas segundo as orientações descritas acima (assistência ao 4º período do parto).

### **Hematomas de períneo, vulva, vagina e outras incisões cirúrgicas**

Podem ser produzidos por traumas durante o parto ou por hemostasia insuficiente. O tratamento consiste na aplicação de compressas frias no local, abertura e drenagem se necessário, retirada de coágulos, hemostasia cuidadosa e colocação de drenos, se houver dificuldade na ligadura dos vasos.

### **Infecção puerperal**

A infecção puerperal pode se manifestar na forma de endometrite, miometrite, endometriose, anexite, pelviperitonite, peritonite generalizada e infecções de incisões cirúrgicas. Deve-se incluir também a infecção das vias urinárias. O principal sinal clínico de infecção é a febre que surge geralmente nos primeiros 10 dias após o parto, excetuando-se as primeiras 24 horas. Na presença de sinais e sintomas que sugiram infecção, a puérpera deve ser submetida a um exame clínico e ginecológico completo, solicitando-se exames complementares se necessário. O manejo deve ser realizado segundo as normas de alto risco.

### **Problemas com as mamas**

Os problemas mais comuns que acometem as mamas são o ingurgitamento, as fissuras e a infecção (mastite). Devem ser manejados segundo as normas do Ministério da Saúde, no Manual de manejo clínico do aleitamento materno.

## **CRITÉRIOS DE ALTA**

- 1.** Avaliar condição clínica da paciente
- 2.** Verificar exames complementares (Rh negativo, HIV positivo, VDRL,...) solicitados na internação.
- 3.** Verificar presença de alterações fisiológicas
- 4.** Orientações da equipe multiprofissional

## PRESCRIÇÃO / CUIDADOS NA ALTA

1. Receituário médico contendo os medicamentos necessários (sulfato ferroso e analgésico) para recuperação durante o puerpério.
2. Retorno ao consultório (ambulatório/UBS) marcado para 7 a 15 dias após a alta.
3. Orientação sobre repouso, higienização e aleitamento materno exclusivo, cuidados com as mamas, cuidados com RN.
4. Retorno ao pronto atendimento se febre, sinais flogísticos na mama, sangramento transvaginal persistente e/ou dor abdominal.

## PRESCRIÇÃO / EFEITOS COLATERAIS E RISCOS

Abertura ou laceração dos pontos	Higiene local e fechamento por segunda intenção
Infecção na episiotomia	Orientação de higiene local mais antibióticoterapia ou internação para tratamento dependendo do comprometimento.
Alteração do estado geral da paciente	Realização de exame físico e exames complementares (se necessário) para melhor avaliação.

## PLANO DE CUIDADOS – O SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

1. Seguimento da cliente na Estratégia Saúde da Família (ESF) para acompanhamento contínuo em domicílio por equipe multiprofissional.
2. Reforçar as orientações e disponibilizar apoio quanto ao aleitamento exclusivo e cuidados com a mama.
3. Acompanhamento para fortalecimento e controle da musculatura assoalho pélvico em cliente com incontinência urinária pós-parto.
4. Orientações quanto aos exercícios progressivos e seguros do pós-parto para adequação da postura.
5. Orientações quanto aos métodos anticoncepcionais disponíveis.
6. Atendimento psicológico à puérpera em caso de Blues puerperal, depressão pós-parto, bem como a questões emocionais relativas à amamentação.

7. Verificar se RN exposto ao HIV e/ou com sífilis congênita esta sendo acompanhado em serviço especializado e usando corretamente medicação prescrita.

## ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

1. Ao médico obstetra cabe: prestar assistência contínua à parturiente desde a internação até a alta hospitalar, com especial atenção aos períodos do parto, no sentido de evitar complicações maternas e fetais.
2. Ao enfermeiro obstetra cabe: Acolher a cliente no pronto atendimento, implementar a SAE no pré-parto, parto e no pós-parto, atuar junto à equipe multiprofissional na assistência humanizada ao trabalho de parto, parto normal, estimular aleitamento materno exclusivo, avaliar sinais e sintomas de anormalidade no puerpério. Planejar os cuidados domiciliares e Encaminhar cliente à ESF.
3. Ao fisioterapeuta cabe: acolher o cliente no pré-parto e no pós-parto, implementar exercícios ou intervenções para a manutenção do sistema respiratório e musculatura do assoalho pélvico. Orientações quanto à alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.
4. Ao psicólogo cabe: acolher a cliente e acompanhante oferecendo respaldo emocional possibilitando cooperação à terapêutica e objetivando uma relação mãe e filho saudável.
5. Ao assistente social cabe: desenvolver atividades de acolhimento através da assistência humanizada e sócio-educativa, visando incluir a gestante/família em políticas públicas.

## INDICADORES

1. Número de partos vaginais (exceto primípara)
2. Número de partos vaginais em primípara.
3. Número de partos vaginais com alto risco
4. Número de partos vaginais com feto morto
5. Proporção de partos normais e cesarianas
6. Proporção de partos em adolescentes
7. Proporção RN com baixo peso
8. Proporção de parto com presença de acompanhantes/doula
9. Proporção de RN com APGAR <7 no 5º minuto



<b>10.</b> Proporção de RN assistido por pediatra em sala de parto
<b>11.</b> Proporção de parto assistido por enfermeiro obstetra
<b>12.</b> Taxa de natimortalidade
<b>13.</b> Proporção de trabalho de parto acompanhados com partograma

## BIBLIOGRAFIA

1.	Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada a Mulher/Ministério da Saúde, 2001.
2.	Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth Clinical Guideline, September 2007.
3.	Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, 2ª Edição, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006.
4.	Vincenzo Berghella; Jason K. Baxter; MSCP; Suneet P. Chauhan. Evidence-based labor and delivery management. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 445-454. NOVEMBER 2008.
5.	Resolução COFEN 272/2004: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas instituições de saúde brasileiras. 2004. Disponível em: <a href="http://www.portalcofen.gov.br">www.portalcofen.gov.br</a> . Acesso em: 14/07/2010.
6.	Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoio contínuo para mulheres durante o parto (Cochrane Review). In: Resumos de Revisões Sistemáticas em Português.
7.	Carraro TE, Knobel R, Radunz V, Meincke SMK, Fiewski MFC, Frello AT, et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca pela opinião das mulheres. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2006; 15(Esp): 97-104.
8.	Prochnow AG, Santos JLG, Pradebon VM, Schimith MD. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):11-8.
9.	Política Nacional de Humanização. Disponível em: <a href="http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342">http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342</a> . Acesso em: 23/08/2010.
10.	Definição de Parto. Disponível em: <a href="http://pt.wikipedia.org/wiki/Parto">http://pt.wikipedia.org/wiki/Parto</a> . Acesso em: acesso em 04/02/2011.
11.	Assistência ao Parto e Tocurgia, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia- FEBRASGO, 2002.
12.	Assistência ao trabalho de Parto. Projeto diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 27 de junho de 2001.
13.	Assistência ao Parto Normal: um guia prático - Maternidade Segura. Organização Mundial de Saúde, 1996.
14.	Guia de práticas assistenciais – Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte, 2009.
15.	JÚNIOR, Welfane Cordeiro; MAFRA, Adriana de Azevedo. Versão Brasileira. <b>Sistema Manchester de Classificação de Risco</b> : Classificação de Risco na Urgência e Emergência. <i>Manchester Triage Group</i> . Belo Horizonte, set. 2010.