cria

coleção
primeira infância

volume
3

boas práticas obstétricas e neonatais



GOVERNO DO ESTADO
ALAGOAS
TRABALHAR MAIS PARA FAZER MAIS

Cria

CRIANÇA ALAGOANA

BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS

Coleção Primeira Infância

VOLUME 3

O **Cartão CRIA** é uma publicação do Governo do Estado de Alagoas, elaborada para orientar gestores e técnicos municipais na implementação de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais. Este é o volume nº 3 dos 11 que integram a Coleção Primeira Infância desenvolvida pelo CRIA.

Direitos e Permissões
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Realização
Governo do Estado de Alagoas

Comitê Técnico Intersetorial da Primeira Infância
Sociedade Civil – Renata Calheiros
Secretaria de Estado da Saúde – Alexandre Ayres
Secretaria de Estado da Educação – Rafael Brito
Secretaria de Estado da Assistência e Desenvolvimento Social – Fabiana Cavalcante

Comitê Técnico Intersetorial da Primeira Infância
Gabinete do Governador
Secretaria de Estado da Saúde
Secretaria de Estado da Educação
Secretaria de Estado da Assistência e Desenvolvimento Social

Órgãos de Apoio
Gabinete Civil
Imprensa Oficial Graciliano Ramos
Instituto do Meio Ambiente
Polícia Militar do Estado de Alagoas
Secretaria de Estado da Comunicação
Secretaria de Estado da Cultura
Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Inovação
Secretaria de Estado do Esporte, Lazer e Juventude
Secretaria de Estado da Fazenda
Secretaria de Estado da Infraestrutura
Secretaria de Estado da Mulher e dos Direitos Humanos
Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio
Secretaria de Estado de Prevenção à Violência

Apoio Técnico
Núcleo de Primeira Infância da Secretaria de Estado da Saúde

Organizações
Joycilene Tenório
Alessandra Rolim
Caroline Almeida
Juliana Cavalcante
Julio Oliveira
Larissa Oliveira
Roberto Filho
Taíse Santos

Edição de Texto
Fernando Coelho

Projeto Gráfico
Chama Publicidade

PROGRAMA CRIANÇA ALAGOANA - CRIA

SOBRE CUIDAR DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Mais do que uma necessidade, investir na primeira infância se tornou fato decisivo para o avanço das sociedades contemporâneas. Estudos e pesquisas realizados ao redor do mundo apontam para os benefícios relacionados ao combate à desigualdade, à garantia do desenvolvimento humano e ao aumento na produtividade econômica de uma localidade ou região.

Em Alagoas, desde os primeiros dias da atual gestão, o Governo do Estado realiza investimentos para elaboração de um programa concebido com a missão de promover e integrar políticas públicas para a primeira infância, que é o período compreendido entre a gestação e os 6 anos de idade de uma criança.

Assim nasceu o Programa CRIA – Criança Alagoana. Uma política pública de caráter intersetorial destinada ao amparo e ao fortalecimento da primeira infância em nosso estado. Concebida e idealizada pelo Governo de Alagoas, a iniciativa é estruturada a partir da integração de saberes, protocolos e evidências científicas nas áreas da saúde, educação e assistência social com o objetivo de promover o desenvolvimento integral dos infantes, englobando os aspectos físicos, cognitivos e psicossociais e considerando a família e o contexto social.

Em síntese, o CRIA busca a promoção de justiça social por meio do enfrentamento da pobreza a partir da potencialização dos territórios e dos domicílios como espaços que possibilitam a atenção, o acesso a serviços e direitos e a ampliação de conhecimentos sobre a realidade familiar e comunitária.



Ao passo que considera o indivíduo como um ser único – e não como integrante de um coletivo a ser atendido de modo desarticulado –, o CRIA contempla a família e o contexto de vida para estender a crianças que estão nascendo e em desenvolvimento a oportunidade de conquistar uma vida digna.

Como resultado, o Governo do Estado objetiva reverter o quadro de pobreza e diminuir a desigualdade social entre gerações na população alagoana.

COLEÇÃO PRIMEIRA INFÂNCIA

A Coleção Primeira Infância foi concebida pelo Governo de Alagoas para auxiliar prefeitos, primeiras-damas, gestores e técnicos municipais na implementação do Programa CRIA e para orientar os municípios no planejamento e execução de políticas públicas voltadas à promoção do desenvolvimento infantil nas áreas de saúde, educação e assistência social.

A coletânea completa é composta por 11 volumes, sendo um para implantação do programa e 10 volumes temáticos. Em todos os títulos, a estrutura do conteúdo contempla: definições, dicas, orientações, resultados esperados, mini glossário e bibliografia.

Confira a seguir a relação de guias da coleção disponíveis para download no site do Programa CRIA: **www.cria.al.gov.br.**

VOLUME	GUIAS
V. 1	Programa CRIA
V. 2	Cartão CRIA
V. 3	**Boas Práticas Obstétricas e Neonatais**
V. 4	Avaliação Nutricional de Crianças
V. 5	Avaliação Nutricional de Gestantes
V. 6	Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento Infantil
V. 7	A Ludicidade na Promoção do Desenvolvimento Infantil
V. 8	Qualificação em Educação Alimentar Nutricional nas Instituições de Ensino Infantil
V. 9	Benefício Variável à Gestante (BVG) e o Benefício Variável à Nutriz (BVN)
V. 10	Benefício de Prestação Continuada (BPC)
V. 11	Visitas Domiciliares de Estímulo ao Desenvolvimento Infantil



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 12

BOAS PRÁTICAS: OS PRIMEIROS PASSOS 15

- A atenção pré-natal 16
- A atenção ao parto e nascimento 19
- A atenção puerperal 23

O QUE SÃO BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS? 25

COMO IMPLEMENTAR AS BOAS PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL? 33

PASSOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS (RESUMO) 34

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS QUE PODEM AUXILIAR NA IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS 39

COMO UTILIZAR OS EQUIPAMENTOS/MATERIAIS PARA AS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS? 41

CUIDADOS EM SITUAÇÃO ESPECIAL: PANDEMIA DA COVID-19 49

HOSPITAL DA MULHER, CENTROS E CASAS DE PARTO: A APLICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ALAGOAS 54

IMPACTOS NO MUNICÍPIO 56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 58

BIBLIOGRAFIA 60

MINI GLOSSÁRIO 62

APRESENTAÇÃO

O volume de número 3 da Coleção Primeira Infância é sobre as Boas Práticas Obstétricas e Neonatais. A iniciativa visa contribuir no estabelecimento do conceito que prescreve cuidados adequados e seguros a fim de garantir mais qualidade na assistência materno-infantil e para que todo processo seja, além de seguro, uma experiência positiva para a mulher e seus familiares.

O presente título foi elaborado pelo Governo do Estado com o objetivo de orientar gestores e técnicos na condução de rotinas e na implementação de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais em seus municípios. Neste volume, encontram-se ferramentas e práticas recomendadas para garantir assistência humanizada desde a atenção à gestante na realização do plano de parto até o nascimento do bebê e posterior alta hospitalar.

De modo direto e didático, o livro traz informações relevantes e detalhadas acerca do tema e dos equipamentos e materiais que podem auxiliar na implementação dos protocolos. Complementarmente, este exemplar apresenta recomendações de cuidados especiais às gestantes e bebês em tempos de pandemia da Covid-19 e o modo como o Governo de Alagoas contribuiu com a implementação de boas práticas em unidades como o Hospital da Mulher e casas e centros de partos localizados em municípios do interior do estado.

O conteúdo também foi traduzido para a linguagem audiovisual como objetivo de facilitar as capacitações de gestores e técnicos municipais e está disponível para acesso no site www.cria.al.gov.br e no canal do Programa CRIA no YouTube.

VOLUME	NOME DA OBRA	PÚBLICO-ALVO
Vol. 3	**Boas Práticas Obstétricas e Neonatais**	· Secretários Municipais de Saúde; · Coordenadores de Atenção Básica; · Médicos; · Enfermeiros; · Agentes Comunitários de Saúde. · Responsáveis Técnicos das Maternidades, Casas de Parto e Centros de Parto Normal.







BOAS PRÁTICAS: OS PRIMEIROS PASSOS

Ao acolher a primeira infância como área prioritária de atenção e investimentos, o Estado de Alagoas atende a princípio estabelecido na Constituição Federal Brasileira de 1988. Como determina o texto, são direitos sociais de todos: "a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados", sendo dever do Estado garantir políticas públicas "sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).



Para promover a primeira infância enquanto política pública com os cuidados inerentes ao tema, o Governo do





Estado atua a partir de entendimento consagrado pela ciência: a aplicação de metodologias, mecanismos e processos multidisciplinares e intersetoriais entre as áreas da Saúde, Assistência Social e Educação.

Nos últimos anos, a humanização da assistência à saúde da mulher e recém-nascido vem ganhando destaque nas políticas públicas. Diversas conquistas foram alcançadas em relação à integralidade da assistência às mulheres, nos seus mais variados contextos, com Políticas Públicas e práticas que a ampliam e esclarecem os direitos e os cuidados que são favoráveis a este público, a exemplo do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN), de 2001, das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e de Humanização (HumanizaSUS), de 2004, da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 que instituiu a Rede Cegonha.



Órgãos como o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) têm publicado manuais, orientações e recomendações com base nas evidências científicas, as quais apresentam destaque quanto às condutas de profissionais na atenção humanizada e qualificada às mulheres e aos recém-nascidos.

A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A gestação é um período de intensas modificações, desde físicas a emocionais. Para garantir um desenvolvimento seguro, que culmine num parto de recém-nascido saudável e com o mínimo de impactos para a saúde materna, a ciência em saúde considera fundamental o acompanhamento da gravidez denominado pré-natal (BRASIL, 2012; IFF/Fio-Cruz, 2017).

Antes mesmo da fecundação, entende-se que o ideal é a realização de uma avaliação pré-concepcional, de modo a planejar a gravidez, realizar exames e preparar a mulher e sua parceria para o momento esperado. Entretanto, na impossibilidade de planejamento, a detecção precoce e o acompanhamento oportuno e adequado da gestação são essenciais para a identificação de situações de riscos sociais e vulnerabilidades, e para preparar a mulher e seus familiares para o parto e a amamentação. Esse acompanhamento também contribui para a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal, a prevenção de agravos e dos óbitos evitáveis (BRASIL, 2012; IFF/Fio-Cruz, 2017).

O número adequado de consultas de pré-natal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), seria igual ou superior a 06 (seis), contudo, a qualidade das consultas é mais importante do que a quantidade. Gestantes com maior risco devem ter atenção especial e especializada, se necessário. Mas quando a gestação é classificada como de risco habitual, as consultas poderão seguir o calendário proposto pelo Ministério da Saúde:

1. **Consultas mensais até a 28ª semana;**





2. **Consultas quinzenais entre 28 e 36 semanas;**
3. **Consultas semanais no termo (a partir de 37 semanas).**

Quando o parto não tiver ocorrido até 41 semanas de gestação (41 semanas e 6 dias), a gestante precisa ser encaminhada para avaliação do bem-estar fetal (que inclui além da ausculta cardíaca, a do índice do líquido amniótico) e, possivelmente, induzir o trabalho de parto (BRASIL, 2012).

Realizar escuta qualificada durante o pré-natal faz toda diferença no processo da gestação. Assim, os profissionais podem promover palestras de acordo com as dúvidas surgidas durante as consultas, formar grupos de gestantes e estimular o vínculo entre mãe, bebê e seus familiares.



É importante destacar que não existe alta do pré-natal! Somente 45 dias após o parto é que o acompanhamento passa a ser voltado especialmente para a criança, com consultas de puericultura.

A ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A preparação para o parto e nascimento deve ser trabalhada ainda no período do pré-natal e nessa oportunidade é possível realizar o Plano de Parto junto à gestante e a quem ela desejar que auxilie. Dessa forma, ela pode se sentir mais segura e o profissional estará contribuindo para uma experiência positiva tanto para a mulher como para o bebê e seus familiares.

Clinicamente o parto possui quatro períodos (dilatação, expulsão, secundamento e *Greenberg*) antecedidos pelo período premonitório, que é a fase de pré-parto (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017). A seguir estão listados os acontecimentos que ocorrem em cada período:

Premonitório: ocorre a descida do fundo do útero, início do amolecimento e apagamento do colo uterino e contrações uterinas espontâneas e rítmicas – pode ocorrer a ruptura da bolsa das águas (bolsa amniótica);

1. **Dilatação:** ocorre em duas fases, sendo uma latente (com dilatação cervical gradativa) e uma ativa (com dilatação cervical rápida). As contrações ficam cada vez mais intensas e o colo uterino dilata até 10 centímetros;
2. **Expulsão:** quando se completa a dilatação o útero continua contraindo, a mulher sente vontade de fazer força espontaneamente (puxos), o bebê se adequa ao trajeto com alguns movimentos até passar pelo canal vaginal e sair completamente (nascimento);
3. **Secundamento:** também conhecido como decedura, delivramento ou dequitação da placenta,



quando logo após a saída do bebê há o descolamento e descida da placenta até sua total saída;

4. ***Greenberg*:** é o período da primeira hora após a saída da placenta, importante para evitar hemorragias e complicações pós-parto.

Em cada período os profissionais devem prestar assistência adequada, recordando sempre da necessidade de respeitar as escolhas e a intimidade da mulher (seus desejos e suas expectativas). Assim, é preciso repensar atitudes, tom de voz, forma de se expressar com a mulher, acompanhante e até mesmo com os membros da equipe.



Então, o que fazer em cada período do parto?

Com base nas recomendações atuais os especialistas (IFF/FioCruz, 2017) orientam:

No **período de dilatação**, com a chegada da mulher na Casa de Parto, Centro de Parto Normal ou Maternidade, é preciso acolhê-la e realizar a classificação de risco da gestante a fim de prestar os cuidados ideais e promover a equidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para admitir uma gestante para o parto é preciso entender seu contexto (distância da residência, as condições de acesso ao serviço, as questões emocionais dela e de seus familiares, se houve ruptura da bolsa – há quanto tempo rompeu, o quanto foi perdido de líquido amniótico e suas características) e avaliar também clinicamente a dinâmica uterina (contrações e apagamento do colo).

Preferencialmente deve-se admitir a mulher em trabalho de parto ativo (com dilatação a partir de 4 cm e contrações uterinas efetivas). Caso ela não esteja nesse período é preciso ouvi-la e orientá-la, não permitindo que ela saia do local sem informações pertinentes, visto que a peregrinação da gestante por outras unidades não é desejável.

Deve-se estimular que a mulher ingira líquidos (não somente água, mas bebidas isotônicas, como sucos) e até se alimente com comidas leves. Isso evita que haja a produção de corpos cetônicos e, consequentemente, que os níveis de glicose e insulina diminuam durante o trabalho de parto, possibilitando que ela tenha mais energia para os próximos períodos. Também é preciso incentivar e auxiliar a gestante para deambulação (caminhada), movimentação do quadril e na realização de massagens, incluindo o acompanhante de sua escolha nesse processo. Em todo esse período é necessária avaliação materna e fetal, por meio da escuta à mulher, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), toque vaginal a cada 4 horas ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto e preenchimento do partograma.

No **período expulsivo** é necessário manter essa vigilância materna e fetal constante, avaliar a progressão do parto e, se as condições maternas e fetais estiverem boas, permitir até duas ou três horas de puxos se multíparas ou nulíparas, respectivamente, antes de constatar parada de progressão, por exemplo. Quando a mulher adere às posições verticalizadas (em pé), lateralizadas ou em quatro apoios, diminui-se o tempo do período expulsivo, ajuda-se a manter os padrões dos batimentos fetais e reduzem-se as taxas de episiotomia e incidência de partos operatórios. O profissional deve estimular essas posições e estar atento aos puxos, encorajando a mulher a estendê-los somente se necessário (como em casos de anestesia peridural ou puxos ineficazes). Nesse período não são necessárias intervenções, desde que tudo esteja ocorrendo de modo favorável, mas sim um acompanhamento eficaz de todo o processo.



No **período de secundamento** é importante que se evite a separação entre a mãe e seu bebê quando não houver necessidade, porque muitas das intervenções podem ser postergadas. O profis-

sional deve avaliar sinais de hemorragia e realizar aplicação de ocitocina intramuscular (após o nascimento e antes de clampear o cordão) nessas condições ou quando o delivramento espontâneo não ocorrer em 01 (uma) hora.

Outras condutas ativas podem ser tomadas sem que haja riscos para a mãe e o bebê, como a tração controlada do cordão com estabilização do útero (manobra de Brandt-Andrews) e clampeamento precoce do cordão umbilical (1 a 5 minutos após a expulsão). Se a mulher e bebê estiverem em boas condições pode ser feita a conduta fisiológica ou expectante (aguardar a placenta dequitar espontaneamente e aguardar o término da pulsação do cordão antes de clampeá-lo).

Nesse período, o profissional também deve revisar a vulva e o canal vaginal e corrigir, se necessário, as lacerações ocorridas durante o parto, ao tempo que se deve explicar sobre essa necessidade à mulher, realizar analgesia e deixá-la segura e mais confortável possível.

No **período de *Greenberg***, o profissional deve estimular o aleitamento materno, se não houver fatores impeditivos para tal; monitorar a puérpera e o bebê; realizar a aferição de peso e das medidas do bebê e outras informações pertinentes e registrar todas as informações na Caderneta de Saúde da Criança e na Caderneta da Gestante. É importante que se tenha avaliado a adaptação do bebê ainda no colo da mãe, realizada no 1º e 5º minuto de vida, por meio do escore de *Apgar*. No quarto período, a vigilância permanece por minimamente uma hora após o parto, iniciando o puerpério.



A ATENÇÃO PUERPERAL

"Puerpério" é denominação utilizada para o período pós-parto, conhecido popularmente também por período de "resguardo", onde ocorrem mudanças fisiológicas para retomada do corpo ao estágio anterior a gestação. Essas involuções ocorrem em períodos ainda imprecisos, que variam de mulher para mulher. Contudo, é possível dividir esse tempo em três intervalos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017):

1. Puerpério/pós-parto imediato: do 1º ao 10º dia após o nascimento do bebê.
2. Puerpério/pós-parto tardio: do 10º ao 45º dia.
3. Puerpério/pós-parto remoto: mais de 45 dias.

Segundo Montenegro e Rezende Filho (2017) há diversos estudos que adotam o período puerperal como os 12 primeiros meses após o parto. A atenção no decurso deve ser voltada para avaliação do bem-estar da mulher e do bebê, com incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e complementar até os dois primeiros anos da criança.

É importante destacar que os profissionais somente devem fornecer a alta da puérpera de forma responsável. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.068/2016, a permanência mínima no estabelecimento do parto, em Alojamento Conjunto (enfermaria onde a mãe possa ficar com seu bebê e acompanhante), deve ser de 24 horas, porém, o mais importante é que somente seja dada alta quando houver o afastamento de problemas (como infecção puerperal, hemorragia, hipertensão arterial ou diabetes, por exemplo) e preparação da mãe para o autocuidado e cuidados com o recém-nascido.

Deve-se realizar exames para puérpera antes da alta, garantir a realização dos testes de triagem neonatal e registrar todas as informações na Caderneta de Saúde da Criança para assegurar a continuidade dos cuidados após o retorno para o lar e na Atenção Primária à Saúde.

O QUE SÃO BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS?



Os termos “Boas Práticas Obstétricas” e “Boas Práticas Neonatais” estão intimamente ligados à humanização da assistência, que envolve, especialmente, os direitos de mulher, a inserção da família como protagonista do cuidado, a promoção de ambiente e atitude acolhedora por parte dos profissionais de saúde e a adoção da Saúde Baseada em Evidências, por meio de práticas comprovadamente seguras durante a assistência.

Em 1996, a publicação do Guia Prático de Assistência ao Parto Normal pela Organização Mundial de Saúde (OMS) representou um marco na promoção do nascimento saudável e combate às elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, sendo produto de debates internacionais com base em evidências científicas. Seu conteúdo inclui a classificação das práticas utilizadas na assistência obstétrica e neonatal nas seguintes categorias:

Categoria A – práticas demonstradamen-

te úteis e que devem ser estimuladas.

Categoria B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas.

Categoria C – práticas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela.

Categoria D – práticas que frequentemente são utilizadas inapropriadamente.

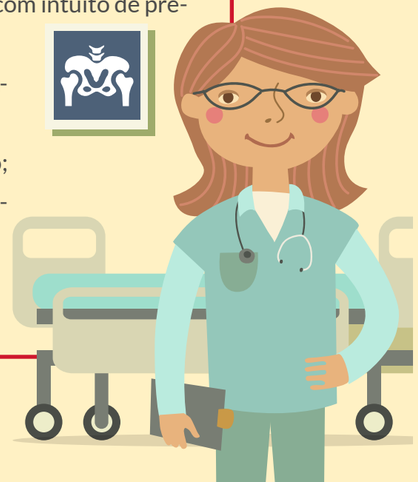
Elencamos a seguir quadros de fácil acesso e entendimento, sendo as cores similares ao semáforo de trânsito: verde – "permitido"; vermelho – "proibido"; amarelo e laranja – "atenção".

CATEGORIA A

1. Realizar o Plano de Parto individual (ainda no pré-natal), junto à mulher, sua parceria sexual e, se ela desejar, seus familiares;
2. Avaliar e reavaliar o risco gestacional durante o pré-natal;
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto, parto e após o nascimento;
4. Oferecer e possibilitar a ingesta hídrica (via oral) durante o trabalho de parto e parto;
5. Respeitar a escolha da mulher sobre o local do parto, seguindo seu Plano de Parto;
6. Fornecer assistência obstétrica em locais mais próximos à mulher e comunidade, desde que viável, onde ela sinta-se segura e confiante;
7. Respeitar o direito à privacidade da mulher no local do parto;
8. Apoiar, de forma empática, a mulher durante o trabalho de parto e parto;
9. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante todo o processo;
10. Fornecer todas as informações, como retirada de dúvidas e explicações, que a mulher desejar;
11. Utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD) e não invasivos durante o trabalho de parto;
12. Realizar ausculta intermitente como forma de monitoramento fetal;
13. Utilizar somente uma vez os materiais descartáveis e realizar adequadamente a descontaminação de materiais reutilizáveis no trabalho de parto e parto;
14. Utilizar luvas nos momentos de exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação (descida e saída) da placenta;
15. Permitir a liberdade de posição e movimento da mulher durante o trabalho do parto;
16. Estimular as posições verticalizadas (não deitadas) durante o trabalho de parto e parto;
17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho de parto, utilizando partograma;
18. Utilizar ocitocina na terceira fase do trabalho de parto, quando houver risco de hemorragia pós-parto ou mesmo que haja pequena perda de sangue;
19. Possibilitar condições estéreis para cortar o cordão;
20. Prevenir a hipotermia do recém-nascido;
21. Promover o contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoiar o início da amamentação na primeira hora de vida do bebê;
22. Examinar a placenta e outros anexos da gestação (bolsas das águas e cordão) rotineiramente.

CATEGORIA B

1. Usar rotineiramente enema;
2. Usar rotineiramente tricotomia;
3. Usar rotineiramente a infusão intravenosa no trabalho de parto;
4. Usar rotineiramente a inserção profilática de cateter venoso;
5. Usar rotineiramente a posição deitada durante o trabalho de parto;
6. Realizar exame retal;
7. Usar raios-X para fazer a avaliação da pelve (pelvimetria);
8. Administrar ocitocina antes do parto, em qualquer tempo, sem possibilidade de controlar seus efeitos;
9. Usar rotineiramente a posição litotômica durante o trabalho de parto e parto;
10. Realizar manobras de Valsava (induzir os puxos prolongados) durante o estágio de expulsão do bebê;
11. Realizar massagens e distensão do períneo durante o estágio de expulsão do bebê;
12. Usar comprimidos orais de ergometrina na dequitação com intuito de prevenir ou controlar hemorragias;
13. Usar rotineiramente ergometrina por via parenteral durante a dequitação da placenta;
14. Realizar rotineiramente a lavagem do útero após o parto;
15. Realizar rotineiramente a curagem (revisão ou exploração manual) do útero depois do parto.



CATEGORIA C

1. Utilizar ervas, imersão em água e estimulação de nervos como métodos não-farmacológicos para alívio da dor (MNFAD);
2. Realizar amniotomia precoce (romper a bolsa das águas) no primeiro estágio de dilatação do trabalho de parto;
3. Realizar pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto e parto;
4. Realizar manobras de proteção ao períneo e ao manejo da cabeça do bebê durante o parto;
5. Manipular ativamente o feto no momento de nascimento;
6. Usar rotineiramente ocitocina, tração controlada do cordão ou ambos associados durante a dequitação;
7. Clampear precocemente o cordão umbilical – este deve ser realizado oportunamente (até parar de pulsar);
8. Estimular o mamilo durante a dequitação, para aumentar contrações uterinas.



CATEGORIA D

1. Restringir a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto;
2. Controlar a dor por agentes sistêmicos;
3. Controlar a dor por analgesia peridural;
4. Monitorar eletronicamente o feto;
5. Utilizar máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto;
6. Realizar repetida e frequentemente exames vaginais, inclusive por mais de um profissional;
7. Corrigir a dinâmica uterina utilizando ocitocina;
8. Transferir rotineiramente a parturiente para outra sala no início do estágio de expulsão.
9. Realizar sondagem vesical (cateterização da bexiga);
10. Estimular a parturiente a fazer força quando se identifica que a dilatação cervical completa ou quase completa, antes que ela sinta o puxo (que é involuntário);
11. Adotar um posicionamento rígido que a duração estipulada do estágio expulsivo do trabalho de parto, quando as condições maternas e do feto estiverem boas "e se houver progressão do trabalho de parto.";
12. Realizar parto operatório;
13. Usar rotineiramente ou de modo liberal a episiotomia;
14. Explorar manualmente o útero após o parto.





Assim, entende-se que as **Boas Práticas Obstétricas e Neonatais** podem ser compreendidas nas recomendações da **categoria A**, enquanto que na categoria B as práticas podem ser caracterizadas como violações de direitos, além de serem prejudiciais tanto para a mulher quanto para o bebê, devendo ser desestimuladas nos serviços. As práticas das categorias C e D precisam ser analisadas criteriosamente pelos profissionais de modo a adequá-las e usá-las (ou deixar de usá-las) conforme as recomendações mais atuais.

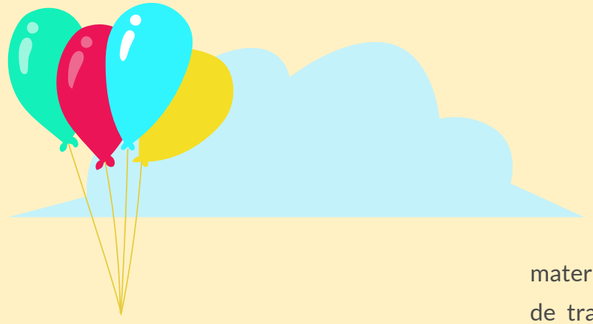
Desde a publicação desse Guia da OMS, governos e sociedade civil organizada se lançaram numa cruzada na divulgação e implementação dessas práticas, o que tem contribuído significativamente para a redução dos óbitos evitáveis (CARVALHO; GÖTTEMS; PIRES, 2015; PEREIRA et al., 2018). Implementar as Boas Práticas Obstétricas e Neonatais é promover a reestruturação do modelo de assistência materno-infantil por meio da garantia do acesso, acolhimento e resolutividade, além de estimular o protagonismo da família em suas múltiplas dimensões, sobretudo a vinculação entre o binômio (mãe e recém-nascido) e suas vantagens.



COMO IMPLEMENTAR AS BOAS PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL?

Para implementar as Boas Práticas (BP) não são necessários grandes esforços e altos investimentos. Entretanto é necessário que os profissionais que compõem o serviço, desde a gestão à assistência, estejam dispostos a acolher e respeitar os desejos/vontades da mulher, de modo a prestar uma assistência adequada no trabalho de parto, parto e pós-parto, comprometendo-se com os princípios da Humanização do Parto e Nascimento. A seguir são descritos alguns passos de implantação das Boas Práticas:

1. **Realizar o acolhimento e classificação de risco (A&CR)**
2. **Prestar assistência ao trabalho de parto e parto**
3. **Assistência ao recém-nascido na sala de parto**
4. **Alta hospitalar responsável**
5. **Promover a saúde no puerpério, com visita do 5º dia de saúde integral**



1 Realizar o acolhimento e classificação de risco (A&CR)



De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2017).

A classificação de risco é uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde para que aqueles usuários que mais precisam sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada, respeitando o princípio da equidade do SUS. Em obstetrícia, Em obstetrícia, essa ferramenta tem como objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres e dos recém-nascidos.

O acolhimento com classificação de risco deve ocorrer durante todo o percurso no serviço, envolvendo desde a recepção, os espaços assistenciais e as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. Torna-se importante lembrar que esta prática tem início na assistência pré-natal com a classificação de risco gestacional e o movimento de referência e contra-referência no atendimento à gestante (BRASIL, 2017).

O A&CR (Acolhimento Associado à Classificação de Risco) leva a tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente. Tem como objetivo: favorecer a Rede de Atenção à Saúde (ampliação do acesso e qualificação do cuidado); promover a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal; organizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde (ferramenta de decisão clínica baseada em evidências científicas); e fomentar o respeito, dignidade e segurança no atendimento à mulher e sua família (BRASIL, 2017).

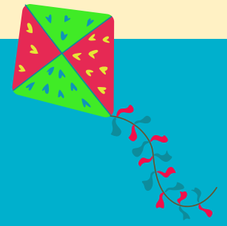


2 Prestar assistência ao trabalho de parto e parto

As mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Portanto, o profissional deverá formar uma relação de confiança com elas e seguir o Plano de Parto, quando houver (BRASIL, 2015).

Neste momento, é importante oferecer à mulher, caso ela queira, a utilização dos métodos não-farmacológicos para alívio da dor, como, por exemplo, o uso da bola suíça, agachamento com apoio em barra, banho morno, aromaterapia e cromoterapia, bem como oferecer a ingestão de líquidos, estimular a deambulação ou até mesmo o repouso, caso deseje e não haja fatores impeditivos (riscos para o bebê ou mãe, se não houver progresso do trabalho de parto).

A assistência humanizada inclui ainda a utilização do partograma para acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto, fornecendo maior segurança aos profissionais e à mulher. O profissional deve estar atento aos estágios do trabalho de parto e parto, compreender a singularidade de cada mulher quanto à duração de cada etapa e avaliar se as condições maternas e fetais estão boas.



VALE A PENA SABER:

***Passos para reanimação neonatal**, segundo a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) 2016, com atualização da American Heart Association (AHA) 2020:

Se a resposta for "não" para alguma dessas perguntas "Gestação a termo? Respirando ou chorando? Tônus muscular em flexão?":

1. Prover calor (berço aquecido); posicionar bem a cabeça do bebê para deixar vias aéreas livres, aspirando-as, caso seja necessário; secar o bebê;
2. Verificar Frequência Cardíaca (FC);
3. Se FC maior ou igual a 100 bpm (batimentos por minutos), sem apneia ou respiração irregular, verifica se há desconforto respiratório, se sim: monitorar saturação de oxigênio (SatO2) pré-ductal; utilizar oxigênio suplementar, se necessário; considerar CPAP;
4. Se FC menor que 100 bpm, apneia ou respiração irregular: iniciar Ventilação por Pressão Positiva (VPP) com bolsa valva máscara (BVM); monitorar SatO2; considerar uso de monitor para avaliar FC;
5. Verificar se a FC está menor 100 bpm e maior que 60 bpm. Caso sim: garantir adaptação da máscara; assegurar ventilação adequada observando o movimento do tórax; considerar intubação (por profissional médico) ou uso de máscara laríngea (por profissional enfermeiro);
6. Verificar se a FC está menor que 60 bpm, mesmo após 30 segundos de VPP: proceder a intubação traqueal; iniciar massagem cardíaca coordenada com ventilação adequada (3:1 – três movimentos de massagem cardíaca seguida de uma ventilação); considerar O^2 a 100%; avaliar FC contínua com monitor; Considerar cateterismo venoso umbilical de emergência;
7. Verificar se a FC está menor que 60 bpm. Caso sim: adrenalina endovenosa (de acordo com peso do feto); considerar hipovolemia; considerar pneumotórax; avaliar FC contínua com monitor, e se menor que 60 bpm, repetir o procedimento;
8. Se houver estabilização prossegue com as medidas antropométricas, mantendo o RN aquecido no berço aquecido e monitorando e prosseguir, se necessário, com a transferência.

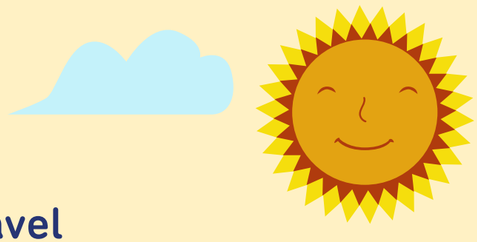
3 Assistência ao recém-nascido (RN) na sala de parto

O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado (médico ou profissional de enfermagem – preferencialmente especialistas em obstetrícia, neonatologia e/ou pediatria), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP. Este profissional deve ser treinado em todos os passos da reanimação neonatal*, ter deixado os materiais e as medicações organizadas e realizar a testagem prévia dos equipamentos, ainda que não necessite utilizá-los.

Faz parte do processo a utilização de precauções padrões (luvas e máscara) durante o parto e ao verificar necessidade de reanimação neonatal acionar o Serviço de Transporte, se necessário encaminhar para outra instituição. Caso o parto ocorra sem intercorrências, é importante estimular as mulheres a terem contato pele a pele imediato com a criança, enquanto isso, o profissional fica atento às vias aéreas e avalia a vitalidade do bebê ao mesmo tempo em que cobre a criança com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida no colo materno.

É importante também evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina como, pesar, medir e dar banho, a não ser que sejam solicitados pela mulher ou realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido. A prioridade na primeira hora de vida, para mãe e bebês saudáveis, deve ser o estímulo ao início precoce do aleitamento materno.

Os profissionais que realizam a assistência ao recém-nascido devem assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento.



4 Alta hospitalar responsável

A alta hospitalar deve ser realizada de forma responsável, com os profissionais das unidades de atenção à gestante (Casa de Parto – CP, Centros de Parto Normal – CPN e Maternidades) compartilhando todas as informações pertinentes ao desfecho do parto e ao quadro clínico da mãe e do recém-nascido, para que haja o seguimento adequado na Atenção Primária em Saúde (APS).

É de suma importância que sejam anotadas na Caderneta ou Cartão da Gestante as informações sobre o parto, bem como, sejam realizados e registrados na Caderneta da Criança os testes neonatais de triagem clínica (como o Teste do Reflexo Vermelho – Teste do Olhinho; Triagem Auditiva – Teste da Orelhinha; Rastreamento de Cardiopatia Congênita – Teste do Coraçãozinho; Avaliação do Frênulo Lingual – Teste da Linguinha). Caso não seja possível a realização desses testes na unidade de nascimento do bebê, é necessário que a equipe de saúde agende (quando disponível na unidade) ou oriente a mãe e seu acompanhante quanto à realização dos testes na APS ou seus serviços de apoio, de acordo com a realidade do município.





5 Promover a saúde no puerpério

Antes da alta hospitalar e durante os primeiros 45 dias do pós-parto (puerpério), é necessário que haja uma atenção especial à mãe e ao bebê, com avaliação clínica incluindo os aspectos emocionais e investigação/observação do vínculo entre eles.

A visita do "5º dia de saúde integral" é uma das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC e, durante esta visita, na Atenção Primária à Saúde, é necessário promover orientações acerca da involução das modificações gravídicas (como, por exemplo, observar a presença, coloração e odor dos lóquios – sangramento), manejo do aleitamento materno (posição, pega correta, extração de leite materno e demais orientações) e cuidados com o recém-nascido (como, por exemplo, limpeza do coto umbilical e banho).

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS QUE PODEM AUXILIAR NA IMPLEMENTAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS

Como visto, a aplicação das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais segue o princípio da humanização da assistência, estando ambas intimamente ligadas, pois os benefícios concedidos à mãe também favorecem ao bebê.

O mesmo ocorre inversamente, pois, por exemplo, quando a mulher recebe seu filho no colo para aquecê-lo e amamentá-lo ainda na primeira hora de vida, além da promoção do vínculo, há con-





tração uterina e, consequentemente, uma diminuição da probabilidade de hemorragia pós-parto.

Alguns equipamentos e materiais podem ser utilizados a fim de auxiliar na aplicabilidade das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nos serviços. A devida implementação perpassa as diversas tecnologias em saúde (leve, leve-dura e dura)*, visto que requer disponibilidade, mas também habilidade para aplicar os conhecimentos teóricos na prática assistencial.

Cabe destacar que o principal equipamento para implementação das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais é o "equipamento" humano, ou seja, a intenção e ação dos profissionais de saúde para fornecer os melhores cuidados às gestantes, bebês e seus familiares.

VALE A PENA SABER:

*Merhy (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em:

Tecnologia leve que se refere às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.

Tecnologia leve-dura que diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica e a epidemiologia.

Tecnologia dura que é referente ao uso de equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais.

COMO UTILIZAR OS EQUIPAMENTOS/ MATERIAIS PARA AS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS?

Desde a chegada ao serviço, a mulher deve ser acolhida, classificada segundo as recomendações do Ministério da Saúde e, de acordo com os períodos e fases do trabalho de parto, os profissionais podem oferecer métodos não-farmacológicos para alívio da dor (MNFAD), orientar posições e exercícios que facilitem o trabalho de parto, proporcionar a participação do acompanhante e estimular o protagonismo feminino no processo de parturição.

Os equipamentos e materiais são utilizados de modo a auxiliar os profissionais, mas não extinguem a necessidade da disponibilidade, atenção, escuta, respeito e cuidado às mulheres (da gestação ao puerpério) e ao bebê.

Exemplificamos a seguir algumas ilustrações dos equipamentos/materiais[a] que podem ser utilizados para auxiliar na implementação das Boas Práticas, com suas respectivas descrições. Entretanto, salientamos a importância de habilidade técnica com embasamento teórico para utilização dos mesmos, baseados em protocolos ministeriais , estaduais ou municipais, nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e nas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal e à Gestante para Operação Cesariana[c,d].

[a] Fotos/Imagens meramente ilustrativas – Fonte: Imagens do Google.

Links para consulta:

[b] http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf

[c] http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

[d] http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf



Bola de Bobath/Suíça: Utilizada no trabalho de parto para favorecer a verticalização da parturiente e a descida do bebê, promove o alívio da dor devido sua característica lúdica.



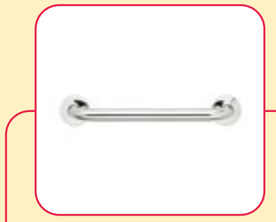
Cama PPP: Proporciona conforto à parturiente uma vez que pode ser utilizada durante o trabalho de parto (primeira fase – dilatação), parto e puerpério, evitando transferências de leitos durante o processo parturitivo.



Banqueta de parto com coletor e balde/ banquinho: Utilizada durante a segunda fase do trabalho de parto (período expulsivo), proporciona a verticalização da parturiente durante o parto e favorece a descida do bebê, podendo ser utilizada embaixo do chuveiro.



Partograma: Utilizado durante o trabalho de parto para registros gráficos e anotações acerca do acompanhamento materno e fetal, registrando os dados de identificação da gestante, dilatação cervical, a atividade uterina, a descida da apresentação, a frequência cardíaca fetal, os dados vitais e a utilização de medicamentos, por exemplo.



Barra de inox para apoio: Utilizada durante o trabalho de parto, auxilia na verticalização da parturiente , servindo de apoio para realizar agachamentos..



Ficha de A&CR: Instrumento de decisão clínica que proporciona ao profissional de saúde o adequado registro da assistência fornecida à mulher, bem como, a condução qualificada da mesma dentro da rede de cuidado.



Poltrona reclinável: Utilizada pelo acompanhante e, por vezes, pela própria mulher, para repouso. Proporciona conforto à pessoa que estará com a mulher durante o período intraparto.



Berço aquecido: Utensílio utilizado para fins de reanimação neonatal ou para estabilização do recém-nascido por meio do calor.



Berço de acrílico: Utilizado tanto para repouso do recém-nascido quanto para o banho, retirando-se o colchão e enchendo o reservatório de acrílico de água.



Cavalinho: Utilizada durante o trabalho de parto, auxilia na verticalização da parturiente, nela a gestante apoia o tórax e os braços jogando o peso para frente e aliviando desconfortos na lombar (nas costas). Durante as contrações, a parturiente também pode ficar nessa posição recebendo massagem na lombar, a fim de relaxar e aliviar a dor.



Ressuscitador manual neonatal completo (Bolsa-válvula-máscara/ BVM): Equipamento responsável pela promoção da ventilação por pressão positiva em casos de reanimação neonatal.



Capacete de acrílico grande para oxigenoterapia (Campânula/ HOOD): Utilizado para oxigenoterapia no recém-nascido, quando necessário.



Oxímetro de pulso com sensor neonatal: Utilizado para monitorização cardíaca neonatal durante o protocolo de reanimação ou para fins de teste do coraçãozinho.



Estetoscópio neonatal: Destina-se à realização da avaliação clínica do recém-nascido, durante exame físico rotineiro ou em casos de reanimação neonatal.



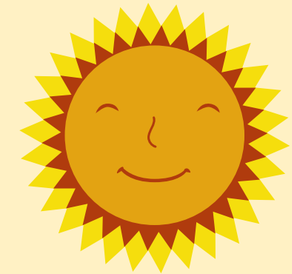
Cadernetas da Gestante e da Criança: Instrumentos de acompanhamento das situações de saúde deste público específico (gestantes e crianças), com espaços para registros importantes das consultas, exames e vacinas, por exemplo, bem como possuem orientações diversas para a população.

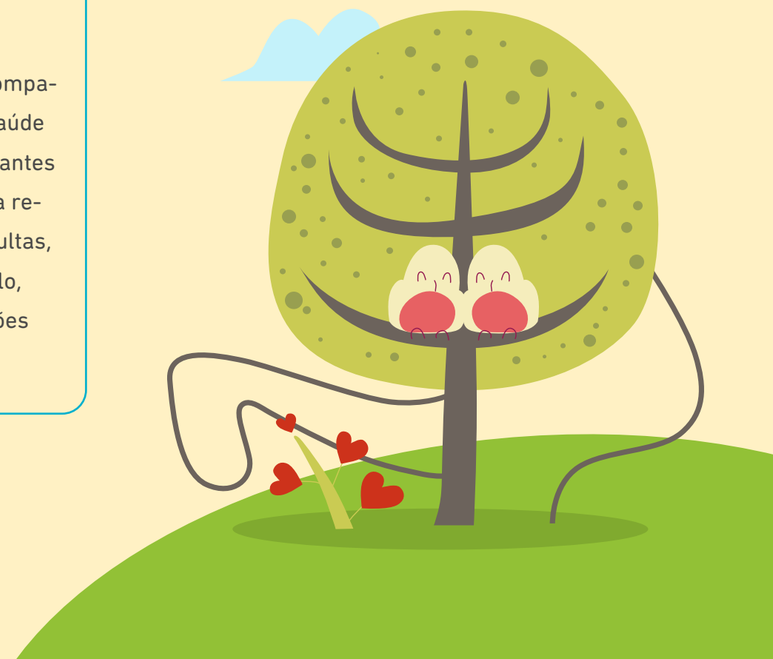


Oftalmoscópio: Destinado à avaliação ocular do recém-nascido durante avaliação clínica rotineira ou teste do olhinho.



Rebozo: Peça de tecido comprido, preferencialmente de algodão pouco elástico, utilizado, dentre outras funções, como extensão das mãos para auxiliar no relaxamento da musculatura e ligamentos do útero, aliviar tensões do assoalho pélvico, minimizar as sensações dolorosas das contrações, ajudar no movimento do quadril e contribuir para a descida do bebê.





VAMOS PENSAR UM POUCO?



Joana procurou a Casa de Parto do município de Campo das Flores com queixa de dor em baixo ventre e perda de tampão mucoso para solicitar uma avaliação com a enfermeira obstétrica do serviço. Após acolhê-la e classificá-la, de acordo com o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco da Instituição, a profissional de saúde colheu os seguintes dados: gestante, idade gestacional (IG) pela data da última menstruação (DUM): 39s5d. Ausência de riscos gestacionais, em acompanhamento pré-natal com 08 (oito) consultas, exames laboratoriais e Ultrassonografias (USG) gestacionais sem alterações, movimentos fetais presentes, dinâmica uterina (DU) = 3/40”/10’ (3 contrações em 10 minutos com duração de 40 segundos), batimentos cardiofetais (BCF): 135 bpm em quadrante inferior esquerdo (QIE), altura de fundo uterino (AFU): 32 cm, toque vaginal (TV): colo centralizado pérvio para 07 cm, cerca de 70% apagado, feto cefálico em 0 (zero) no plano de De Lee e bolsa Íntegra.

Desdobramentos do caso clínico

- No caso clínico exposto, observa-se que a enfermeira obstétrica utilizou da estratégia de acolhimento e classificação de risco para organização da assistência à parturiente. Tal metodologia pode ser desenvolvida pela equipe assistencial e administrativa da Casa de Parto com base nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde;
- Os dados da avaliação obstétrica sugerem que Joana está em Trabalho de Parto Estabelecido/Ativo (contrações uterinas regulares e dilatação cervical progressiva igual ou maior a 4 cm), desta forma, é pertinente que a(o) enfermeira(o) e equipe iniciem os procedimentos para internação da gestante em seu serviço: preencha dados da internação e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), colha sangue para testes rápidos de HIV e Hepatite B e exames laboratorias (VDRL e, se necessário, tipagem sanguínea com fator Rh), oriente a gestante quanto à fisiologia do trabalho de parto, abra o partograma e forneça MNFAD a fim de promover conforto e uma vivência positiva de parturição;
- Logo após o nascimento, o bebê saudável deve ser colocado em contato pele a pele com a mãe e, se possível, a enfermeira deve estimular a promoção do aleitamento materno ainda na primeira hora de vida;
- É importante destacar que, ao realizar toda a assistência, a/o profissional realize o preenchimento da Caderneta da Gestante, com as informações do parto, além de realizar os testes de Triagem Neonatal no período adequado e registrar na Caderneta da Criança, de modo a promover a alta responsável, dando retorno para a Unidade de Saúde pela qual a mulher é acompanhada;
- Durante a internação hospitalar (da admissão à alta), as boas práticas tanto obstétricas quanto neonatais devem ser adotadas a fim de garantir a aplicabilidade dos princípios da humanização da assistência, que interferem nos resultados de morbimortalidade materna e neonatal.



CUIDADOS EM SITUAÇÃO ESPECIAL: PANDEMIA DA COVID-19

Em função da pandemia da Covid-19 – e as incertezas relativas à doença –, deve-se considerar que os profissionais tenham sentido dificuldade para promover os cuidados seguindo todas as recomendações de implementação das Boas Práticas Obstétricas e Neonatais.

Para o ente materno, o momento do parto – anteriormente de "aglomeração familiar" – se torna, na maioria das vezes durante a pandemia, acontecimento mais próximo à solidão e ao afastamento. Entretanto, especialistas, organizações e federações, como o próprio Ministério da Saúde, têm elaborado guias de orientação que minimizem os impactos do atual contexto no atendimento às mulheres.

Em agosto de 2020, o MS instituiu, em caráter excepcional e temporário, a Portaria nº 2.222, considerando como Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério:

1. A identificação precoce, o acompanhamento e o monitoramento de gestantes e puérperas com síndrome gripal, síndrome respiratória aguda grave ou com suspeita ou confirmação de COVID-19.
2. A qualificação das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério em todos os pontos da rede de atenção à saúde, no contexto da pandemia de coronavírus.
3. O suporte ao distanciamento social para gestantes e puérperas que não possuam condições para realização de isolamento domiciliar.



O principal objetivo da equipe de saúde é tentar proteger a mulher, o bebê e a sua família. Para isso, os profissionais

devem estar vigilantes, atentos durante a avaliação da mulher e para buscar formas de melhor conduzir cada caso. Perguntas, como “está com tosse?”, “teve febre recentemente?” ou “está dor de garganta?”, devem ser incorporadas à rotina.

O cuidado pré-natal não pode ser comprometido. Aziz e outros autores (2020) sugerem que as unidades de saúde realizem, quando possível, teleatendimento ou através de contato por telefone para dar seguimento e orientações às gestantes no pré-natal, mas não de forma integral, pois há necessidade de avaliação presencial. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR adotou, em 2021, algumas medidas de cuidados especiais devido à pandemia, e que podem inclusive ser ajustadas para a realidade do Estado de Alagoas:



1. Atender prioritariamente as gestantes.
2. Realizar agendamento em horários diferenciados, evitando aglomerações.
3. Orientar a utilização adequada de máscara e melhor método de higienização das mãos.
4. Evitar levar à unidade acompanhantes ou criança, caso não seja necessário.
5. Chegar pontualmente para consultas/exames (não antecipar a chegada).
6. Atender em ambiente arejado naturalmente, se possível pode demorar.
7. Investigar a presença de sintomas gripais ou sugestivos da Covid-19 e/ou contatos recentes com pessoas infectadas pela Covid-19.
8. Orientar quanto ao fluxo quando houver suspeita de infecção pela Covid-19.
9. Aferir peso, temperatura e pressão arterial nas consultas de pré-natal.
10. Orientar que a gestante observe diariamente os movimentos do bebê.
11. Orientar a gestante a não faltar às consultas e aos exames.
12. Realizar busca ativa das faltosas às consultas e exames.

O Ministério da Saúde recomenda que as consultas presenciais sejam mantidas no período da pandemia e adotar a seguinte conduta:

1. Entre a 11ª e a 14ª semana: contemplar anamnese, exame físico completo (geral, cardiovascular, pulmonar, abdominal e gineco-obstétrico), coleta de exames laboratoriais e a 1ª ultrassonografia para confirmar a idade gestacional, data provável do parto (DPP) e avaliação de translucência nucal (ultrassom morfológico do 1º trimestre), se possível;
2. Entre a 20ª e a 22ª semana: realizar a ultrassonografia para avaliação da anatomia fetal (ultrassonografia morfológica de 2º trimestre), se possível;
3. Entre a 26ª e a 28ª semana: realizar triagem para diabetes mellitus gestacional (exames de glicemia em jejum e Teste Oral de Tolerância à Glicose – TOTG), prescrever e administrar as vacinas (DTPa) e imunoglubilina anti-D (se gestante Rh negativo, segundo protocolo local);
4. 32 semanas: avaliação de rotina;
5. 35 semanas: avaliação de rotina;
6. 37 semanas: avaliação de rotina e colher swab para realizar exame RT-qPCR para SARS-CoV-2, pois o resultado do teste pode demorar mais que 7 (sete) dias;



7. 39 semanas e semanalmente até o parto: avaliação de rotina.

Se houver suspeita de Covid-19, a consulta da gestante deve ser adiada para, minimamente, 7 a 14 dias ou mais, a depender do início dos sintomas.

Na atenção obstétrica **a Covid-19 não é considerada indicação para alterar a via de parto**. A cesariana pode piorar a condição materna, então se devem priorizar todas as tentativas clínicas antes de realizá-la e avaliar as indicações fetais e obstétricas padrões ou se houver descompensação aguda da mulher com Covid-19. Ainda que esteja no cenário da pandemia não se deve impedir o direito da mulher a um acompanhante de sua escolha. Portanto, é preciso avaliar se esse acompanhante está apresentando sintomas, se faz parte de algum grupo de risco, e também garantir que haja paramentação para ele, igualmente para a equipe (BRASIL, 2020). Os profissionais devem utilizar Equipamentos de Proteção Individual durante toda a assistência e assegurar que mãe, acompanhante e toda a equipe estejam seguros.

No puerpério é preciso que haja atenção redobrada, pois há relatos de descompensação, especialmente no puerpério imediato, em casos de Covid-19. Os especialistas recomendam que haja acompanhamento de perto no puerpério e debater com colegas sobre a alta precoce e condições clínicas seguras para esse momento. Também é preciso estar atento aos fatores emocionais que podem estar ligados aos hormônios dessa fase associados aos impactos que a pandemia trouxe para diversas pessoas no mundo inteiro.

Nesse período puerperal, e exclusivamente até os seis meses de vida da criança, também ocorre a prática do aleitamento materno, a qual beneficia a mãe e especialmente o bebê, pois fortalece seu sistema imunológico, protege-o de diversas patologias (a exemplo das doenças respiratórias e gastrointestinais) e contribui para o desenvolvimento cognitivo. Assim, o aleitamento materno natural, como a amamentação, deve ser privilegiado e mantido, desde que haja adoção de medidas que protejam tanto a mãe quanto ao bebê, com orientação de profissionais de saúde.

Portanto, ressalta-se que é de suma importância que nos tempos de pandemia os profissionais não deixem de garantir as Boas Práticas Obstétricas e Neonatais, com assistência baseada em evidências, e fiquem atentos às atualizações no que concerne a essa temática.



HOSPITAL DA MULHER, CENTROS E CASAS DE PARTO: A APLICAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS EM ALAGOAS

Por meio do Programa CRIA – Criança Alagoana, o Governo do Estado tem criado estratégias de apoio à implementação de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nos municípios, estimulando-os de diversas formas a fornecer um pré-natal de qualidade, um nascimento seguro e um acompanhamento responsável para mães e bebês nascidos em Alagoas.

Com a inauguração do Hospital da Mulher Drª Nise da Silveira, em setembro de 2019, o Estado passou a oferecer uma unidade de referência em Boas Práticas Obstétricas e Neonatais, em especial no atendimento humanizado a gestantes, parturientes e puérperas, com melhor acolhimento e assistência às mulheres, recém-nascidos e familiares.

A estrutura hospitalar situada em Maceió conta com 127 leitos, sendo seis quartos PPP (pré-parto, parto e puérperio) preparados para deambulação, musicoterapia, aromaterapia e penumbra, e providos de chuveiro morno, banheiras (em algumas unidades) e bola suíça, além dos demais aparelhos e materiais que auxiliam na aplicação das Boas Práticas. O centro cirúrgico da unidade disponibiliza cinco salas padronizadas e organizadas com equipamentos modernos, além de um espaço para recuperação pós-anestésica.

Doula é um termo que vem do grego e significa "mulher que serve". É a pessoa que tem o papel de oferecer conforto e suporte emocional, físico e informativo durante o período transformações intensas da mulher, como também de encorajá-la, passar tranquilidade e afeto.

Formada por profissionais das mais diversas especialidades, as equipes do Hospital da Mulher são treinadas e habilitadas para conduzir protocolos que privilegiam o bem-estar materno-infantil, considerando processos fisiológicos e psicológicos e a realidade sociocultural das famílias – Acolhimento & Classificação de Risco ao acompanhamento neonatal, da humanização do parto à posterior assistência puerperal.

No caso da parturiação, por exemplo, o contínuo acompanhamento conta com o apoio de doulas (sem substituição ao acompanhante) que auxiliam na preparação, estímulo e conforto da mulher durante o trabalho de parto. A contratação das profissionais pela gestão governamental é tida como pioneira no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país.

Com o objetivo de ampliar o atendimento humanizado por todo o estado, o Governo de Alagoas também fomenta a aplicação de Boas Práticas Obstétricas e Neonatais nos centros e casas de parto localizadas nos municípios.

Por meio do Programa CRIA, a Secretaria de Estado da Saúde (Sesau) promove reformas, entrega de equipamentos e atividades de capacitação, como ocorreu no Centro de Parto Normal Imaculada Conceição, em Marechal Deodoro. Reaberto após seis anos de portas fechadas, o equipamento passou a contar com três quartos PPP e profissionais habilitados para oferecer atendimento humanizado à população da região.



Da mesma forma, o CRIA articulou investimentos para a reforma da Unidade Mista de Saúde no município de Cajueiro, transformando-a no Hospital Municipal Dr. Augusto Dias Cardos, que conta com um Centro de Parto Normal de referência para as cidades situadas no Vale do Paraíba.

A meta do programa é incrementar a oferta de equipamentos, ambientação e apoio para todas as 26 Casas de Parto e Centros de Parto Normal da rede pública hospitalar, a partir de estudo técnico de viabilidade e necessidade de adequações de cada ambiente – a avaliação é realizada pela área técnica do Núcleo da Saúde para o Programa da Primeira Infância da Sesau em parceria com arquitetos e profissionais de cada município.



IMPACTOS NO MUNICÍPIO

Nutrir a primeira infância é garantir retorno para além do público-alvo e seu entorno: os frutos se revertem para toda a sociedade. O compromisso dos municípios em gerenciar o Programa CRIA – Criança Alagoana, aplicando os recursos aportados pelo Estado e os protocolos estabelecidos pelas Boas Práticas Obstétricas e Neonatais em consonância com demais expedientes relacionados à primeira infância, provoca impactos imediatos e outros desdobramentos positivos em médio e longo prazo para territórios e populações beneficiados.

Com melhor acompanhamento da gestação, maior assistência ao parto e o monitoramento contínuo de gestantes, puérperas e recém-nascidos – condicionalidade que garante a manutenção do auxílio financeiro repassado pelo Cartão CRIA às famílias –, o município amplia



as chances de contribuir com nascimentos e vidas mais saudáveis. Mente sã em corpo são. São e salvo – da desnutrição, do abandono e da falta de proteção, de modo que a criança atinge e atravessa a vida adulta minimizando influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância.

O emprego dos procedimentos resulta em melhorias concretas e significativas nos principais indicadores relacionados à primeira infância. A redução nas taxas de mortalidades materna e infantil configura acentuada evolução estatística de Alagoas, constatada já nos primeiros anos de atuação do programa e da aplicação das Boas Práticas.

O cumprimento dos protocolos também leva à construção de vínculo entre profissional, mulher e família por meio de uma escuta qualificada, atenta e humanizada, que fortalece o elo mãe-bebê-família. Com núcleos familiares mais integrados, espera-se contribuir com aspectos cognitivos e psicossociais dos indivíduos relacionados ao aprendizado, à saúde mental e à convivência comunitária, ampliando o bem-estar social e qualidade de vida cidadã.

No aspecto econômico, a garantia de maior desenvolvimento humano pode levar à melhoria da qualificação profissional e ao aumento da produtividade. E de modo mais imediato, a gestão municipal diminuirá gastos na rede hospitalar relativos a complicações ocasionadas por acompanhamento inadequado durante a puericultura ao proporcionar atendimento e serviços mais eficazes e qualificados. Até no momento mais aguardado, a hora do nascimento, o aumento da ocorrência de parto normal, com a consequente redução das taxas de cesárea, gera menos custos para a saúde pública. Em acréscimo, a injeção em recursos diretos proporcionada pelo Cartão CRIA aos 102 municípios alagoanos movimenta o comércio e a aquece a economia das localidades contempladas.



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A&CR – Acolhimento associado à Classificação de Risco
AFU – Altura de Fundo Uterino
AHA – American Heart Association (Associação Americana do Coração)
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais
BP – Boas Práticas
COVID-19 – Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV2
CP – Casa de Parto
CPAP – Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas (cateter nasal ou máscara)
CPN – Centro de Parto Normal
DeCS – Descritores em Ciências da Saúde
DPP – Data Provável do Parto
DU – Dinâmica Uterina
DUM – Data da Última Menstruação
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde
IG – Idade Gestacional
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Travestis
MNFAD – Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PHPN – Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PPP – Pré-parto, Parto e Pós-parto
QIE – Quadrante Inferior Esquerdo
RN – Recém-nascido
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
6
SESAU/AL – Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascimentos
SUS – Sistema Único de Saúde
TV – Toque Vaginal
USG – Ultrassonografia
VDRL – Venereal Disease Research Laboratory (exame quantitativo para Sífilis)
VVS – Vítima de Violência Sexual



BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Emendas Constitucionais. Textos citados Título II, Capítulo II, Artigo 6º e Título VIII, Capítulo II, Seção II, Artigo 196 [Internet]. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=CON&numero=&ano=1988&ato=b79QTWE1EeFpWTb1a>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 1 ed. rev., 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19** [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 64 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/09/Manual-de-Recomenda-es-para-Gestante-1.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf>

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]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>

BRASIL. **Portaria nº 2.222/GM/MS, de 25 de agosto de 2020**. Institui, em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, PréNatal e Puerpério e o incentivo financeiro federal de custeio para o enfretamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do Coronavírus.

CARVALHO, E. M. P; GÖTTEMS, L. B. D; PIRES, M. R. M. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. Rev Esc Enferm USP. v. 49, n. 6, p. 890-898, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente [Internet]. Rio de Janeiro: IFF/FioCruz, 2017 [cited 2021 Apr 06]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br>

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PEREIRA, S. B; DIAZ, C. M. G; BACKES, M. T. S; FERREIRA, C. L. L; BACKES, D. S. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 3, p. 1313-1319, 2018.

VIEIRA, M. J. O; SANTOS, A. A. P. S; SILVA, J. M. S; SANCHES, M. E. T. L. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 18, p. e1166, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safe motherhood. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneve: WHO, 1996.

MINIGLOSSÁRIO

A

ACOLHIMENTO ASSOCIADO À CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (A&CR)

O acolhimento é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde, enquanto que a classificação de risco é uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde para priorizar o atendimento de acordo a gravidade do caso. Quando associados – A&CR – levam o profissional de saúde a tomada de decisões a partir da escuta qualificada, junto ao julgamento clínico baseado em protocolos científicos.

ALEITAMENTO MATERNO

Ação ou efeito de aleitar, ou seja, fornecer leite humano para a criança. O aleitamento materno (AM) pode ser feito através da amamentação, mas também por meio da oferta do leite da mãe para o seu filho com uso de copinhos, colheres ou outros utensílios, em caso de necessidade dela ausentar-se ou não conseguir temporariamente amamentar. Pode ser feito ainda através de leite materno proveniente da doação aos Bancos de Leite Humano, quando a mãe está impossibilitada de amamentar, por exemplo. O Ministério recomenda a prática do AM exclusivo até os seis meses de vida e, depois, de forma complementar até os dois anos ou mais da criança.

AMAMENTAÇÃO

Ato de levar a criança ao seio a fim de fornecer leite materno/humano direto como alimento natural e importante para o crescimento e desenvolvimento da criança.

B

BOAS PRÁTICAS

Podem ser consideradas como conjunto de técnicas, processos, procedimentos e/ou atividades realizadas, desde que esteja identificado, comprovado e reconhecido por diversas organizações, de acordo com a área do saber. Em relação à saúde, as Boas Práticas estão relacionadas a atitudes de humanização da assistência com a adoção da Saúde Baseada em Evidências científicas.

C

CRIANÇA

O Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, que deve ser protegida e respeitada em todos os seus direitos, levando-se em conta sua condição peculiar de desenvolvimento.

CONTATO PELE A PELE

Consiste em posicionar o bebê nu em contato direto com a pele da região torácica da mãe logo após o nascimento. Além de aquecer o recém-nascido, promove vínculo e afeto, melhora a amamentação, reduz o choro do bebê e permite que a flora bacteriana residente na mãe passe para o bebê e auxilie na produção de sua imunidade.

D

DESENVOLVIMENTO

Construção e aquisição de novas habilidades de forma contínua, dinâmica e progressiva para a realização de funções cada vez mais complexas. O conceito é amplo e engloba o crescimento e a maturação em diversos contextos

DESENVOLVIMENTO INTEGRAL

Compreende os aspectos físicos, emocionais, sociais e cognitivos.

DESENVOLVIMENTO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Consiste no desenvolvimento da criança de 0 (zero) a 6 (seis) anos, considerando aspectos físicos, emocionais, sociais e cognitivos. A criança precisa de um ambiente acolhedor, harmonioso e rico em experiências desde o período pré-natal, por meio dos cuidados da mãe e família e da interação com o ambiente. O envolvimento da rede de apoio e das políticas públicas que organizam serviços para apoiar as necessidades de famílias e crianças também são fatores fundamentais para o pleno desenvolvimento infantil.

E

ESTRATÉGIA DOS 1.000 DIAS

Considerado o intervalo de ouro da primeira infância, o período compreende o que chamamos de primeiros 1.000 dias de vida da criança que são os 270 dias da vida intrauterina (gravidez) e os 730 de vida após nascimento (criança até 2 anos). Os cuidados com alimentação e saúde da mãe durante a gravidez tem impacto no desenvolvimento do feto. Além disso, o desenvolvimento neurológico também é muito intenso na vida intrauterina. A garantia de condições adequadas de nutrição, o cuidado, a atenção, os vínculos afetivos e o aprendizado durante esta fase formam a base necessária para que as funções cerebrais se aperfeiçoem ao longo da vida. Todas as idades são importantes, mas o começo da vida é o mais crítico.

F

FAMÍLIA

Unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, sendo todos moradores em um mesmo domicílio. Decreto Federal nº 6.135 de 26 de julho de 2007.

G

GESTANTE

Mulher que gera e carrega em seu ventre um ou mais embriões até que este(s) se torne(m) feto(s) e venha(m) ao mundo por meio do parto vaginal ou cirúrgico (cesariana).

H

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Consiste em valorizar os indivíduos (usuários, trabalhadores e gestores) no processo de produção de saúde, por meio do acolhimento, escuta e respeito, promovendo a criação de vínculos solidários, da responsabilidade compartilhada e da participação coletiva nos processos de trabalho. Não basta apenas investir em equipamentos e tecnologia, é preciso que os profissionais de saúde estejam abertos a ser empáticos, ouvir com atenção e respeitar mutuamente as pessoas. Portanto, humanização também é ter condições de trabalho para eles, possibilitando que ofereçam atendimento cada vez mais eficiente.

I

INDICADORES DE SAÚDE

São instrumentos desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com a finalidade de analisar dimensões do estado de saúde, medidas por dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros. Os indicadores de saúde servem como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir que os gestores tomem decisões assertivas para melhorias nos processos e nos resultados.

L

LACTANTE

Mulher que produz leite e/ou amamenta.
Criança entre 01 e 23 meses de idade (menores de 2 anos), segundo Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. Contudo, alguns autores consideram toda criança que mama, independente da idade.

M

MARCO DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Lei nº 13.257/2016. A lei pavimenta o caminho entre o que a ciência diz sobre as crianças, do nascimento aos 6 anos, e o que deve determinar a formulação e implementação de políticas públicas para a primeira infância.

MÉTODOS NÃO-FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR (MNFAD)

São tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, relacionadas ao cuidado às parturientes, envolvendo conhecimentos estruturados quanto ao desenvolvimento de práticas para aliviar a dor durante o trabalho de parto e que não utilizam medicamentos (analgésicos e anestésicos, por exemplo). São exemplos desses métodos: uso do chuveiro ou banheira com água morna, uso da bola suíça, do cavalinho e de massagens.

N

NASCIMENTO

Ato de vir ao mundo. Está intimamente ligado ao recém-nascido.

P

PANDEMIA
Situação a qual uma doença infecciosa ameaça simultaneamente grande parte do mundo, não estando relacionada à gravidade da doença, mas sim à abrangência, como o caso da Pandemia da Covid-19, causada pelo novo coronavírus descoberto em 2019.

PLANO DE DE LEE
É uma ferramenta presente nos partogramas, sendo analisada juntamente com a dilatação do canal cervical e a variedade de posição. Está relacionada à altura do pólo cefálico do feto, conhecida como altura de apresentação, e varia numa escala negativa (pólo cefálico alto) para positiva (pólo cefálico baixo).

PARTO
Ato de dar à luz. Está intimamente ligado à mulher.

PRÉ-NATAL
Consiste no acompanhamento da gestante, podendo ocorrer na rede privada ou pública, com intuito de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Esse acompanhamento pode ser realizado, preferencialmente de forma conjunta, com médico e enfermeiro.

PRIMEIRA INFÂNCIA
Período que abrange os primeiros 6 anos completos ou 72 meses de vida da criança, conforme estabelece o Marco Legal da Primeira Infância (Lei n. 13.257/2016) que define princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida, visando garantir seu desenvolvimento integral.

PUERPÉRIO
Período logo após o parto que se estende até que o sistema reprodutor e as condições gerais da mulher estejam normalizadas, podendo ocorrer em diferentes espaços de tempo, a depender de sua individualidade. Para desenvolvimento de Políticas Públicas de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde adota como puerpério o período de até 45 dias após o parto.

R

RECÉM-NASCIDO
Termo designado àquele que nasceu há pouco tempo, também conhecidos como neonatos. O período neonatal é dividido em precoce (até sete dias de vida) e tardio (de sete a 27 dias). Quando nascido antes de 37 semanas de gestação são considerados prematuros (prematuros extremos – nascidos antes de 28 semanas; prematuros intermediários – nascidos entre 28 e 34 semanas; e prematuros tardios – nascidos entre 34 até 36 semanas e 6 dias).

S

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
Trata-se do maior e mais complexo sistema de saúde pública do mundo. Considerado como conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público, inclusive as instituições públicas de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados, bem como de equipamentos para saúde. O SUS foi instituído em 1990 pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro (considerada como Lei Orgânica da Saúde). Possui princípios de acesso integral, universal e equânime aos serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros de modo gratuito.

T

TRABALHO DE PARTO
É o termo que se refere aos vários processos (fisiológicos e psicológicos) que ocorrem no corpo da mulher e que levam à dilatação do colo do útero e às contrações para a expulsão do bebê para o meio externo.

TRIAGEM NEONATAL
Refere-se a testes que buscam alterações genéticas que indicam o risco em desenvolver doenças no recém-nascido. A triagem neonatal pode ser clínica (Teste Olhinho, Coraçãozinho, Orelhinha e Linguinha) ou biológica (Teste do Pezinho).



cria

CRIANÇA ALAGOANA

GOVERNO DO ESTADO

ALAGOAS

O FUTURO A GENTE FAZ AGORA