

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

VANESSA APARECIDA DOMINGOS DA SILVA RODRIGUES

**TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA  
PARA EQUIPE MÉDICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO NASCIMENTO:  
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

UBERLÂNDIA  
2020

VANESSA APARECIDA DOMINGOS DA SILVA RODRIGUES

**TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA  
PARA EQUIPE MÉDICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO NASCIMENTO:  
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Enfermagem Obstétrica da Universidade  
Federal de Uberlândia como pré-requisito  
para obtenção do título de Enfermeiro  
Obstetra.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Borges  
Martins da Silva Paro.

Co-orientadora: Profa. Me Renata Rodrigues  
Catani.

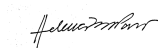
UBERLÂNDIA

2020

**TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA  
PARA EQUIPE MÉDICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO NASCIMENTO:  
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado  
para obtenção do título de Enfermeiro  
Obstetra, do Curso de Especialização em  
Enfermagem Obstétrica da Universidade  
Federal de Uberlândia, pela banca  
examinadora formada por:

Uberlândia, 10 de dezembro de 2020.



Assinado de forma digital por  
HELENA BORGES MARTINS DA  
SILVA PARO:04254045603  
Dados: 2021.02.06 09:55:21 -03'00'

---

Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro  
Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina

---

Profa. Dra. Camila Toffoli Ribeiro  
Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina

---

Profa. Dra. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas  
Universidade Federal de Uberlândia – Faculdade de Medicina

## RESUMO

**Introdução:** A assistência obstétrica a mulheres de risco habitual pode ser realizada tanto pela equipe médica quanto pela enfermagem obstétrica e, embora geralmente ocorra dentro dos limites da normalidade, pode apresentar desfechos desfavoráveis. A enfermagem obstétrica já representa a maior fonte provedora de cuidados a mulheres grávidas em várias partes do mundo. Apesar dos benefícios desse modelo de assistência, ainda não foram encontrados na literatura, protocolos assistenciais que direcionem a transferência de cuidados durante a prática desses profissionais.

**Objetivo:** Construir um protocolo assistencial de transferência de cuidados da equipe de enfermagem obstétrica para equipe médica na assistência ao parto e ao nascimento, para orientar os profissionais atuantes na saúde materna e neonatal, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica com as principais diretrizes relacionadas a assistência ao trabalho de parto e nascimento, publicadas em português ou inglês no período de 2014 a 2020.

**Resultados:** As principais indicações de transferência podem estar relacionadas a condições maternas, fetais, falha no progresso do trabalho de parto ou emergências obstétricas. As condições maternas que indicam a necessidade da transferência de cuidados estão relacionadas a alterações nos sinais vitais maternos (taquicardia, aumento pressórico, hipertermia), detecção de proteinúria em exame, sangramento vaginal ante e pós-parto, dor abdominal não habitual e/ou solicitação de analgesia de parto. Em relação às condições fetais, a transferência de cuidado deve ser realizada quando identificado alterações de apresentação fetal, suspeita ou diagnóstico de alterações do tamanho fetal, suspeita ou diagnóstico de alterações do líquido amniótico, mecônio significativo e/ou alterações da frequência cardíaca fetal. A transferência de cuidados relacionada ao progresso do trabalho de parto está indicada quando detectado falha no progresso do primeiro ou segundo período do trabalho de parto. E, em relação às emergências obstétricas, a transferência de cuidados deve ser realizada mediante a presença de alteração da condição física geral da mãe, duração prolongada do terceiro período com perda sanguínea e contração uterina inadequadas, eventos adversos com lacerações de 3º ou 4º grau e/ou lesões perineais complicadas. O(a) enfermeiro(a) obstetra deve oferecer informação verbal detalhada à mulher e seu acompanhante, solicitar assistência do médico obstetra e garantir a continuidade da assistência, dentro dos seus conhecimentos técnico-

científicos, até que a transferência seja realizada. **Conclusão:** A transferência de cuidados refere-se à delegação da responsabilidade pela assistência a ser prestada durante a evolução do trabalho de parto e/ou nascimento. Está indicada em decorrência do desenvolvimento de anormalidades e/ou complicações na evolução do trabalho de parto e/ou nascimento, que exijam um nível de atenção mais complexo. Ao profissional da equipe de enfermagem obstétrica cabe identificar a ocorrência de desvios da normalidade durante sua assistência, de maneira a realizar diagnóstico e gestão imediatos.

**Palavras-chave:** enfermagem obstétrica, transferência de cuidados, parto

## ABSTRACT

**Introduction:** Obstetric care for women at usual risk can be performed by both the medical team and obstetric nursing and, although it usually occurs within normal limits, it can present unfavorable outcomes. Obstetric nursing already represents the largest provider of care for pregnant women in various parts of the world. Despite the benefits of this care model, care protocols that guide the transfer of care during the practice of these professionals have not yet been found in the literature. **Objective:** To build an assistance protocol for the transfer of care from the obstetric nursing team to the medical team in childbirth and birth care, to guide professionals working in maternal and neonatal health, at the Hospital de Clínicas, Universidade Federal de Uberlândia. **Methodology:** Bibliographic research with the main guidelines related to assistance to labor and birth, published in Portuguese or English between 2014 and 2020. **Results:** The main indications for transfer may be related to maternal, fetal conditions, failure in the progress of labor or obstetric emergencies. Maternal conditions that indicate the need to transfer care are related to changes in maternal vital signs (tachycardia, pressure increase, hyperthermia), detection of proteinuria under examination, vaginal bleeding before and after delivery, unusual abdominal pain and / or stress of labor analgesia. In relation to fetal conditions, the transfer of care should be performed when changes in fetal presentation are identified, suspicion or diagnosis of changes in fetal size, suspicion or diagnosis of changes in amniotic fluid, significant meconium and / or changes in fetal heart rate. The transfer of care related to the progress of labor is indicated when a failure in the progress of the first or second period of labor is detected. And, in relation to obstetric emergencies, the transfer of care must be carried out through the presence of changes in the mother's general physical condition, prolonged duration of the third period with inadequate blood loss and uterine contraction, adverse events with 3rd or 4th degree lacerations and / or complicated perineal injuries. The obstetrical nurse must offer detailed verbal information to the woman and her companion, request assistance from the obstetrician and ensure continuity of care, within their technical and scientific knowledge, until the transfer is made. **Conclusion:** The transfer of care refers to the delegation of responsibility for the assistance to be provided during the evolution of labor and / or birth. It is indicated due to the development of abnormalities and / or complications in the evolution of labor and / or birth, which require a more complex level of attention. The professional of the

obstetric nursing team is responsible for identifying the occurrence of deviations from normality during their care, in order to carry out an immediate diagnosis and management.

**Keywords:** obstetric nursing, transfer of care, labor

## SUMÁRIO

|                                                                                                            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                  | <b>8</b>  |
| 1.1 Justificativa.....                                                                                     | 9         |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>                                                                       | <b>10</b> |
| 2.1 Conceito de Enfermeiro(a) Obstetra.....                                                                | 10        |
| 2.2 Competências da Enfermagem Obstétrica específicas do cuidado durante o trabalho de parto e parto ..... | 10        |
| <b>3 OBJETIVOS.....</b>                                                                                    | <b>12</b> |
| 3.1 Objetivo Geral .....                                                                                   | 12        |
| 3.2 Objetivos Específicos .....                                                                            | 12        |
| <b>4. METODOLOGIA.....</b>                                                                                 | <b>13</b> |
| 4.1 Delineamento da pesquisa .....                                                                         | 13        |
| 4.2 Local da pesquisa .....                                                                                | 13        |
| 4.3 População .....                                                                                        | 13        |
| 4.4 Etapas da intervenção .....                                                                            | 14        |
| 4.5 Considerações éticas .....                                                                             | 19        |
| <b>5. RESULTADOS.....</b>                                                                                  | <b>20</b> |
| <b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                                       | <b>34</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                    | <b>35</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                                                        | <b>39</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A assistência durante o trabalho de parto e nascimento das mulheres de risco habitual pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeiro(a) obstétrica e obstetriz (BRASIL, 2016). Essa assistência deve ser prestada de maneira respeitosa e de acordo com as evidências científicas, a fim de contribuir com uma experiência positiva do parto para a mulher e sua família (NICE, 2014).

A assistência obstétrica teve avanços consideráveis, com ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. Contudo, a efetivação de um modelo de assistência baseado em evidências ainda representa um grande desafio (FILBY; MCCONVILLE; PORTELA, 2016).

Modelos de assistência colaborativa, baseado nos cuidados prestados principalmente por enfermeiros(as) obstetras, com apoio contínuo têm sido recomendados pela Organização Mundial da Saúde ao longo dos anos (WHO, 2018).

Estudos e revisões sistemáticas têm demonstrado que modelos de assistência obstétrica liderados pela enfermagem estão associados a desfechos maternos mais favoráveis como redução do uso de analgesia regional, episiotomia e parto instrumental, além de maior satisfação materna (RENFREW et al., 2014; SANDALL et al., 2016).

Apesar da maioria dos partos ocorrer dentro dos limites da normalidade e apresentar desfechos favoráveis, o trabalho de parto e o parto acompanhados tanto pela equipe médica quanto pela enfermagem obstétrica pode evoluir de forma desfavorável. Nesse caso, quando acompanhado pela enfermagem obstétrica, o trabalho de parto exige um nível de atenção mais complexo, o que implica a necessidade de transferir os cuidados à equipe médica.

Assim, a proposta desta intervenção surgiu durante a realização dos estágios de assistência ao parto e nascimento, do curso de especialização em enfermagem obstétrica, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Durante a realização dos estágios, a autora percebeu a necessidade de protocolos assistenciais direcionados aos profissionais da equipe de enfermagem obstétrica, do referido hospital, sobretudo frente as necessidades de transferência de cuidado a equipe médica na vigência das adversidades relacionadas ao trabalho de parto.

Portanto, esta intervenção buscou construir um protocolo para orientar a transferência de cuidados de mulheres grávidas assistidas pela Enfermagem

obstétrica para a equipe médica em decorrência do desenvolvimento de complicações na evolução do trabalho de parto e/ou nascimento.

### **1.1 Justificativa**

A enfermagem obstétrica já representa a maior fonte provedora de cuidados para mulheres gestantes em várias partes do mundo, embora essa ainda não seja uma realidade no nosso país ou mesmo em nosso hospital.

O Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU-UFU) é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais e, cenário de prática de mais de 1.000 profissionais ligados à saúde materna e neonatal. Inserido no Projeto Parto Adequado (PPA), em 2015 e no Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Ápice On), em 2018, tem buscado estratégias para redução de suas taxas de cirurgias cesarianas. A exemplo destas estratégias, podemos citar a inserção da enfermagem obstétrica no cenário do parto e nascimento.

Neste sentido, a criação deste protocolo justifica-se pela ausência de protocolos assistenciais direcionados à transferência de cuidados durante a assistência ao parto pela enfermagem obstétrica, não só no hospital em questão, mas, na literatura nacional e internacional.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 Definição de Enfermeiro(a) Obstetra**

De acordo com a Confederação Internacional de Enfermagem Obstétrica (2018), o(a) enfermeiro(a) obstetra é reconhecido/a como:

*Um profissional responsável que trabalha em parceria com mulheres para dar apoio, cuidados e aconselhamentos necessários durante a gravidez, trabalho de parto e período pós-parto, para realizar partos sob sua responsabilidade e prestar cuidados ao recém-nascido e à criança. Esses cuidados incluem medidas preventivas, a promoção do parto normal, a detecção de complicações na mãe e no filho, o acesso a cuidados médicos ou outra assistência adequada e a execução de medidas de emergência. (Tradução nossa) (ICM, 2018)*

No Brasil, de acordo com o artigo 3º da Resolução COFEN Nº 516/2016, que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro(a), Enfermeiro(a) Obstetra e Obstetriz atuantes nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência, esses profissionais estão habilitados a prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido, devendo:

*VIII – Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem (COFEN, 2016).*

Ainda de acordo com o parágrafo único deste artigo, cabe a esses profissionais a identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido (COFEN, 2016).

### **2.2 Competências da Enfermagem Obstétrica específicas do cuidado durante o trabalho de parto e parto**

A Enfermagem Obstétrica deve promover medidas que facilitem os processos fisiológicos do trabalho de parto e/ou parto e o nascimento seguro, o atendimento imediato do recém-nascido e a detecção de complicações na mãe ou no feto/bebê em todos os momentos do trabalho de parto e parto (ICM, 2018).

Cabe à Enfermagem Obstétrica gerenciar o trabalho de parto e parto de forma a garantir a segurança da paciente e desenvolver uma prática preventiva com avaliações frequentes do status materno-fetal (ICM, 2018).

Como parte de suas competências, o profissional da Enfermagem Obstétrica deve utilizar a exibição gráfica do progresso do trabalho de parto para registrar descobertas e ajudar na detecção de atraso no trabalho de parto ou outras complicações, aumentar criteriosamente a contratilidade uterina usando agentes não farmacológicos ou farmacológicos para impedir o trabalho não progressivo, e evitar intervenções de rotina desnecessárias como amniotomia, monitoramento fetal eletrônico e puxos dirigidos (ICM, 2018).

Com o objetivo de garantir a segurança da gestante/puérpera e/ou do feto/recém-nascido, a enfermagem obstétrica deve estar apta para prever situações de potencial risco para a vida do binômio, identificar complicações, providenciar o tratamento imediato das mesmas e detectar quando há necessidade de transferir o cuidado para a equipe médica (ICM, 2018).

O manejo de uterotônicos, sobretudo no terceiro estágio, o tratamento imediato de distócia de ombro e hemorragia, o domínio sobre técnicas de reparo e sutura de lesões perineais/vaginais, a capacidade de identificação de sinais de retenção placentária e de necessidade de apoio à respiração e oxigenação de recém nascidos também são competências da enfermagem obstétrica no parto e nascimento (ICM, 2018).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

O objetivo deste projeto de intervenção foi construir um protocolo assistencial de transferência de cuidados da equipe de enfermagem obstétrica para a equipe médica na assistência ao parto e ao nascimento do Hospital de Clínicas de Uberlândia, a partir da síntese das evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas assistência ao trabalho de parto e nascimento.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Uniformizar e padronizar a assistência à mulher e/ou RN com indicação de transferência de cuidados na assistência ao parto e ao nascimento;
- Valorizar as práticas baseadas em evidências científicas entre os profissionais de saúde, sobretudo na prática da enfermagem obstétrica.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Esta intervenção foi realizada por meio de revisão de literatura das principais diretrizes relacionadas a assistência ao trabalho de parto e nascimento, publicadas em português ou inglês no período de 2014 a 2020, a fim de orientar a prática da equipe de enfermagem obstétrica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, mediante a presença de adversidades durante a assistência ao parto e/ou ao nascimento.

### **4.2 Local da Intervenção**

Esta intervenção foi direcionada para o serviço de saúde materna e neonatal do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O referido hospital é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais, possui 520 leitos, sendo 37 na unidade da Maternidade, 41 leitos de unidade neonatal, sendo 26 leitos de cuidados intermediários convencionais neonatais e 15 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

### **4.3 População**

A população desta intervenção foi composta por:

- Todos profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência à mulher no momento do parto e nascimento: enfermeiras(os) obstétricas(os), enfermeiras(os), técnicas(os) de enfermagem, médicas(os) obstetras, pediatras, neonatologistas, anesthesiologistas;
- Todos os profissionais em processo de formação, envolvidos diretamente na assistência tais como: especializandas(os) em enfermagem obstétrica e

residentes de programas de pós-graduação relacionados à área da Saúde Materno-Infantil (Enfermagem, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Anestesiologia).

#### **4.4 Etapas da Intervenção**

O processo de elaboração do protocolo seguiu as seguintes etapas (WHO,2012): 1) elaboração do escopo e das questões a serem respondidas; 2) pesquisa de diretrizes clínicas nas bases de dados; 3) análise da qualidade das diretrizes selecionadas; 4) seleção das diretrizes a serem utilizadas; 5) elaboração das recomendações por meio de consenso; 6) redação das recomendações; 7) revisão externa.

##### **1) Elaboração do escopo e das questões a serem respondidas**

O escopo e as questões a serem respondidas foram elaboradas em reunião virtual com os membros da equipe executora (médicas obstetras e enfermeira especialista em enfermagem obstétrica). As questões clínicas a serem respondidas por este protocolo são:

- A. Quais as indicações de transferência de cuidados da enfermagem obstétrica para a equipe médica na assistência durante o trabalho de parto e nascimento?
- B. Como realizar a transferência de cuidados?
- C. Como realizar a monitorização materna e/ou fetal até que a transferência de cuidados se concretize?
- D. Quais os procedimentos ético-legais necessários para a transferência de cuidados?
- E. Qual o papel do Enfermeiro(a) Obstetra na preceptoria de estudantes?

## **2) Pesquisa das diretrizes nas bases de dados**

A pesquisa de diretrizes relevantes às perguntas deste protocolo foi realizada por meio de busca sistemática nas bases de dados Pubmed e Tripdatabase (<https://tripdatabase.com>) com os termos “midwife”, “transfer care” e “labor”. Foram critérios de inclusão para este protocolo: diretrizes clínicas publicadas em português ou inglês no período de 2014 a 2020. Fontes adicionais foram buscadas nas seguintes bases de dados e sítios eletrônicos: National Institute for Health and Clinical Excellence (<https://www.nice.org.uk/>), World Health Organization (<https://www.who.int/publications/guidelines/en/>), American College of Obstetricians and Gynecologists (<https://www.acog.org/>), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (<https://www.rcog.org.uk/>), Royal College of Midwives (<https://www.rcm.org.uk/>) e, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (<http://conitec.gov.br/>). Após rastreamento e análise dos títulos e resumos das diretrizes recuperadas nas bases de dados e exclusão de duplicações, 17 diretrizes (ABENFO, 2015; ACOG, 2016, 2019; BRASIL, 2016; NICE, 2015, 2017, 2019; PSBC, 2014, 2017; QCG, 2016, 2017, 2018; RCM, 2018, 2019; RCOG, 2016, 2020; WHO, 2017) preencheram os critérios de inclusão.

## **3) Análise da qualidade das diretrizes selecionadas**

As dezessete diretrizes clínicas selecionadas foram avaliadas por duas avaliadoras independentes por meio do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE II). O instrumento consiste de 23 itens, com resposta em escala tipo Likert de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os itens são distribuídos em seis domínios (Escopo e finalidade, Envolvimento das partes, Rigor do desenvolvimento, Clareza da apresentação, Aplicabilidade e Independência editorial). Os escores são transformados em porcentagens. Há, ainda, um item para avaliação da qualidade global da diretriz e um item para a recomendação final do avaliador (sim/sim, com modificações/não) (BROUWERS et al., 2010).

#### 4) Seleção das diretrizes a serem utilizadas

Os escores do AGREE II de cada diretriz analisada estão descritos no Anexo I deste protocolo. As treze diretrizes com recomendação de uso estão descritas no **Quadro 1**.

**Quadro 1** – Diretrizes de cuidado intraparto com recomendação de uso para elaboração do protocolo assistencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, de acordo com os escores do AGREE II.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Collaboration in practice: Implementing team-base care. Obstet Gynecol 2016.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obstetric Care Consensus No. 9: Levels of Maternal Care. Obstet Gynecol 2019; 134(2):41-55.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Safe midwifery staffing for maternity settings. Clinical Guideline. London, 2015.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during Childbirth. Clinical Guideline. London, 2017.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies. Clinical Guideline. London, 2019.

Queensland Clinical Guidelines. Normal Birth. Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Queensland, 2018.

Queensland Clinical Guidelines. Perineal care. Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Queensland, 2018.

Royal College of Midwives (RCM). Midwifery care in labour guidance for all women in all settings. Blue Top Guidance No.1. UK: RCM, 2018.

Royal College of Midwives (RCM). Midwifery care for Induction of Labour. Blue Top Guidance No.2. UK: RCM, 2019.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Providing quality care for women: Obstetrics and Gynaecology Workforce. London: RCOG, 2016.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Assisted Vaginal Birth. Green-top Guideline No 26. London: RCOG, 2020.

World Health Organization (WHO). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. Geneva: WHO, 2017.

## **5) Elaboração das recomendações por meio de consenso**

As recomendações relacionadas às perguntas clínicas do protocolo foram elaboradas em reuniões virtuais com a equipe executora (médica e de enfermagem). Os participantes das reuniões entraram em consenso acerca das recomendações iniciais por meio de técnicas informais.

### **Equipe Executora**

Essa intervenção foi elaborada como trabalho conclusivo de curso, do curso de especialização em enfermagem obstétrica da Universidade Federal de Uberlândia. A equipe executora foi composta pela autora, enfermeira e especializanda deste curso e por duas médicas ginecologistas. O mesmo foi desenvolvido durante um período excepcional no cenário mundial, no qual, por medidas de segurança e para contenção da pandemia da COVID-19 exigia-se a realização do distanciamento social, o que impossibilitou o recrutamento e a participação de membros da população alvo na equipe executora.

### **Helena Borges Martins da Silva Paro (Coordenadora)**

Médica Ginecologista e Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde (UFU). Doutora em Ciências Médicas (FMUSP). Professora titular do Departamento de Humanidades Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e docente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde (UFU). Coordenadora do Núcleo de Atenção Integral a Vítimas de Agressão Sexual do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU).

**Renata Rodrigues Catani**

Médica Ginecologista e Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde (UFU). Doutoranda em Ciências da Saúde (UFU). Professora titular do Departamento de Humanidades Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

**Vanessa Aparecida Domingos da Silva Rodrigues**

Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde (UFU). Especializanda em Enfermagem Obstétrica (UFU).

**6) Redação das recomendações**

As autoras responsáveis pela elaboração e coordenação do protocolo redigiram as recomendações deliberadas nas reuniões de equipe.

**7) Revisão externa**

Este protocolo encontra-se em revisão por duas médicas ginecologistas e obstetras e por duas enfermeiras obstetras vinculadas ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (equipe de revisão técnica).

**Equipe Revisora****Camila Toffoli Ribeiro**

Médica Ginecologista e Obstetra. Especialista em Infertilidade Humana (USP-Ribeirão Preto). Mestre em Ginecologia e Obstetrícia (USP-Ribeirão Preto). Professora titular do Departamento de Humanidades Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

**Marcia Aires Rodrigues de Freitas**

Médica Ginecologista e Obstetra. Mestre em Ciências da Saúde (UFU). Doutora em Genética e Bioquímica (UFU). Professora Adjunta I do Departamento de Humanidades Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

**Mary Ângela de Meneses Sanches**

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstetra (CEEN/PUC-Goiás). Diretora de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

**Ângela Maria Machado**

Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstetra (UFMG).

**4.5 Considerações Éticas**

De acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos preceitos éticos da pesquisa em saúde, não se fez necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de uma intervenção para ser implantada no serviço, para o qual não serão utilizados quaisquer dados ou informações particulares de pacientes.

## 5 RESULTADOS

### Transferência de cuidados na assistência durante o parto e nascimento

A transferência de cuidados diz respeito à transferência da responsabilidade pela assistência a ser prestada durante a evolução do trabalho de parto e/ou nascimento. É um procedimento que normalmente ocorre da Enfermagem Obstétrica à equipe médica e **não implica na exclusão da Enfermagem Obstétrica na continuidade dos cuidados a serem prestados**. Essa transferência pode ou não acarretar no deslocamento intra-hospitalar dessa mulher e/ou RN, conforme avaliação da equipe (NICE, 2014, 2017).

#### Evidências Científicas:

Para transferência de cuidados intraparto de mulheres e bebês saudáveis recomenda-se (NICE, 2014, 2017; WHO, 2017):

- Basear quaisquer decisões sobre transferência de cuidados em achados clínicos e discutir as opções com a mulher e seu(s) acompanhante(s) de parto.
- Se estiver pensando em transferência de cuidados:
  - conversar com a mulher e seu(s) acompanhante(s) de parto sobre os motivos que levaram a essa decisão e os procedimentos necessários, incluindo o tempo estimado para a transferência;
  - abordar quaisquer preocupações que ela tenha e tentar acalmar sua ansiedade;
  - garantir que seus desejos sejam respeitados e que seu consentimento informado seja obtido.

Ao organizar a transferência de um local para outro, certifique-se do seguinte:

- Antes da transferência, vista a mulher, cubra com um cobertor ou coberta de maneira que ela se sinta confortável e apropriada.
- A mulher deve se sentir o mais confortável possível antes e durante a transferência.
- Comunicação e companheirismo são mantidos. Explique os arranjos para transferência para a mulher e seu (s) companheiro (s) de parto. Uma enfermeira obstetra que esteve envolvida em seu cuidado até aquele ponto

deve se deslocar com ela e realizar uma transferência de cuidado que envolve a mulher.

**Resumo das recomendações:**

Uma mulher apresentando anormalidades ou complicações durante seu trabalho de parto e/ou parto, requer diagnóstico e gestão imediatos. Ao identificar a necessidade de transferência de cuidados, informe a mulher e seu acompanhante sobre a situação, esclareça dúvidas, solicite a assistência do médico obstetra e mantenha os cuidados que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido, até a chegada do médico (ANEXO IV).

Se detectada também a necessidade de deslocamento da mulher e/ou RN, analise junto a equipe se os riscos da transferência superam os benefícios e garanta que esse deslocamento ocorra de forma segura, preservando a integridade da mulher e/ou RN.

**5.1. Quais as indicações de transferência de cuidados durante o trabalho de parto e/ou nascimento?**

As normatizações da atuação e responsabilidade do(a) enfermeiro(a) obstetra, Resolução COFEN Nº 516/2016, as recomendações presentes nos protocolos de assistência ao parto normal, NICE (2017) e CONITEC (2016) foram amplamente utilizadas para as indicações de transferência de cuidados.

**Resumo das recomendações:**

A transferência de cuidados da equipe de Enfermagem Obstétrica para equipe médica na assistência ao parto e ao nascimento está indicada quando detectada a presença de anormalidades ou complicações em qualquer período de evolução do trabalho de parto e/ou nascimento não constantes na prática da enfermagem obstétrica, necessitando transferir a mulher e/ou RN para um nível de assistência mais complexo, liderado pelo profissional médico obstetra, a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios.

- É necessário, após a informação verbal detalhada à mulher e seu acompanhante, solicitar assistência do médico obstetra e garantir a continuidade da assistência (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017, COFEN, 2016).
- Sugere-se a inserção de um checklist de transferência de cuidados, com a justificativa da necessidade da mesma e com as assinaturas do profissional que transfere a assistência e do profissional que assume a assistência (ANEXO II).

**Nota:**

A decisão de transferir a mulher não se baseia apenas em diretrizes, mas também depende do julgamento do profissional de saúde sobre a gravidade da doença, equilibrando a necessidade de um maior nível de cuidado com os riscos associados ao deslocar a mulher (ACOG, 2019).

### 5.1.1 – Condições maternas

Algumas condições maternas exigem a transferência de cuidados. A alteração dos dados vitais, tais como taquicardia materna, aumento pressórico, detecção de proteinúria em exame, sangramento vaginal ante e pós-parto<sup>15</sup> ou dor abdominal não habitual e/ou solicitação de analgesia de parto são condições que exigem a transferência de cuidados (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017; WHO, 2017).

**Resumo das recomendações**

A transferência de cuidados deve ocorrer, se qualquer uma das seguintes condições maternas estiverem presentes, conforme ANEXO III:

- Pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
- PA sistólica  $\geq$  160 mmHg **OU** PA diastólica  $\geq$  110 mmHg em uma única medida;
- PA sistólica  $\geq$  140 mmHg **OU** diastólica  $\geq$  90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- Proteinúria de fita 2++ ou mais **E** uma única medida de PA sistólica  $\geq$  140 mmHg ou diastólica  $\geq$  90 mmHg;

- Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida **OU** 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
- Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão;
- Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
- Ausência de pré-natal; ou
- Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional.

### 5.1.2 – Condições fetais

A assistência durante qualquer período de evolução do trabalho de parto e/ou nascimento também inclui a avaliação do bem-estar fetal. Durante a avaliação do bem-estar fetal, a transferência de cuidado deve ser realizada quando identificado alterações de apresentação fetal, suspeita ou diagnóstico de alterações do tamanho fetal, suspeita ou diagnóstico de alterações do líquido amniótico, **mecônio significativo**, alterações da frequência cardíaca fetal (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017; WHO, 2017).

Diante da **alteração da frequência cardíaca fetal** o(a) enfermeiro(a) deve solicitar a presença da equipe médica e já deve iniciar as medidas de ressuscitação uterina, iniciar manobras de reanimação intraparto (NICE, 2019):

1. Avaliar sinais vitais maternos e toque vaginal;
2. Alterar a posição materna;
3. Solicitar ajuda – anestesista, pediatra, obstetra e equipe enfermagem;
4. Corrigir possíveis causas da alteração da FCF
  - Solicitar venóclise e administrar líquidos;
  - Interromper ocitocina, se estiver em uso;
  - Se febre materna: administrar anti-térmico;
  - Se prolapso de cordão: ver conduta em A.4.4.

Na presença de mecônio significativo ou alterações da frequência cardíaca fetal, o(a) enfermeiro(a) deve **manter monitoração eletrônica contínua da**

**frequência cardíaca fetal, se disponível, ou ausculta fetal intermitente para avaliação do bem-estar fetal** (NICE, 2014, 2017, 2019).

**Nota:**

De acordo com as recomendações presentes nos protocolos de assistência ao parto normal, NICE (2014; 2017) e CONITEC (2016):

- Não se aconselha o uso de sistemas de gradação e classificação de mecônio para o manejo da eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto.
- Entende-se por **mecônio significativo**, o líquido amniótico verde escuro ou preto, que é espesso ou tenaz, ou qualquer líquido amniótico manchado de mecônio com presença de grumos impregnados.

De acordo com Fenton & Steer (1962), só existe perigo real para o feto quando há presença de mecônio e a frequência cardíaca fetal está abaixo de 110bpm.

**Resumo das recomendações:**

A transferência de cuidados deve ocorrer, se qualquer uma das seguintes condições fetais estiverem presentes, conforme ANEXO III:

- Qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão;
- Situação transversa ou oblíqua;
- Apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara;
- Suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrosomia;
- Suspeita de anidrâmnio ou polihidrâmnio;
- Presença de mecônio significativo;
- Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;
- Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

### **5.1.3 Falha no progresso do trabalho de parto**

**5.1.3.1 - Falha de progressão no primeiro período do parto** (BRASIL, 2016, NICE, 2014, 2017 QCG, 2017)

Na suspeita de falha de progresso no primeiro período do parto, considerar todos os aspectos da evolução do trabalho de parto para o diagnóstico, incluindo:

- dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas tanto para as primíparas quanto para as múltiparas;
- falha na descida e rotação do pólo cefálico;
- mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

Se houver suspeita da falha de progresso no primeiro período do parto, considerar:

- ✓ Amniotomia se as membranas estiverem intactas e a mulher estiver de acordo.
- ✓ Reavaliação após 2h, independente da realização ou não de amniotomia e, confirmar a falha de progresso se a dilatação progredir menos que 1cm.

**Diante da confirmação da falha de progresso no primeiro período do parto, a avaliação do médico obstetra deve ser solicitada. Se confirmada falha no progresso, essa mulher deverá ser transferida para assistência sob responsabilidade do médico obstetra.**

#### **5.1.3.2 – Falha de progressão no segundo período do parto (BRASIL, 2016, NICE, 2014, 2017 QCG, 2017)**

Na suspeita de falha de progresso no segundo período do parto deve-se considerar a paridade para diagnóstico, da seguinte maneira:

- Duração da fase ativa do segundo período maior que 2h para nulíparas;
- Duração da fase ativa do segundo período maior que 1h para múltiparas.

Se houver suspeita da falha de progresso no segundo período do parto, considerar:

- ✓ Medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.
- ✓ Uso de ocitocina e realização de analgesia regional, se as contrações forem inadequadas no início do segundo período.
- ✓ Amniotomia se as membranas estiverem intactas e a mulher estiver de acordo.

Diante da confirmação da falha de progresso no segundo período do parto, a avaliação do médico obstetra deve ser solicitada, antes do início do uso da ocitocina. Se confirmado falha no progresso, o cuidado dessa mulher deverá ser transferido para assistência do médico obstetra, ou ter assistência adicional solicitada a médico treinado na realização de parto vaginal operatório (fórceps ou vácuo-extrator) se o nascimento não for iminente (RCM, 2018).

#### **Resumo das recomendações:**

A transferência de cuidados deve ocorrer quando confirmado diagnóstico de:

- Progresso lento confirmado do primeiro ou segundo períodos do trabalho de parto (ANEXO IV).

### **5.1.4 – Emergências obstétricas**

Algumas condições maternas e/ou do recém-nascido se enquadram em emergências obstétricas e exigem a transferência de cuidados. A alteração da condição física geral da mãe, duração prolongada do terceiro período com perda sanguínea e contração uterina inadequadas, eventos adversos com lacerações de 3º ou 4º grau ou lesões perineais complicadas, são condições maternas que exigem a transferência de cuidados (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017, 2019).

#### ***5.1.4.1- Prolongamento do 3º período do trabalho de parto e hemorragias pós-parto***

Definição de terceiro período do parto prolongado (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017; QCG, 2017).

- Duração maior do que 30 minutos no manejo ativo (uso de drogas uterotônicas, clampeamento precoce e tração controlada do cordão umbilical) ou,

- Duração maior do que 60 minutos no manejo fisiológico (sem uso de drogas uterotônicas, clampeamento oportuno do cordão e expulsão da placenta por esforço materno).

**Na presença de retenção placentária com ou sem sangramento, o(a) enfermeiro(a) deve solicitar a presença da equipe médica** (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017).

Se houver hemorragia e/ou colapso materno por qualquer causa, o(a) enfermeiro(a) deve transferir o cuidado e iniciar as ações para o manejo da hemorragia (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017, 2019; WHO, 2017):

- Checar e monitorar dados vitais;
- Providenciar dois acessos venosos calibrosos e coleta de exames;
- Iniciar reposição volêmica com cristaloides e fazer controle de volume infundido;
- Fazer controle de diurese por meio de sondagem vesical;
- Administrar oxigênio sob por meio de máscara ou cânula nasal (15l/min);
- Na presença de atonia ou hipotonia: iniciar massagem uterina.

Se hemorragia não decorrente de atonia uterina, realizar avaliação minuciosa para detectar a origem do sangramento e sintomas associados (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017, 2019): rotura uterina, lacerações do trato genital, placenta retida ou fragmentos da placenta (WHO, 2017).

**Na presença de hemorragias, colapso materno e/ou retenção placentária, o(a) enfermeiro(a) deve solicitar a presença da equipe médica e informar a puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos** (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017, 2019).

#### **5.1.4.2 Lacerações perineais de 3º ou 4º graus**

Na presença de lacerações de 3º ou 4º graus ou ainda lesões perineais complicadas, explicar à mulher os procedimentos necessários, oferecer analgesia adequada, assegurar boa iluminação e posicionar a mulher de maneira confortável e

com boa exposição das estruturas genitais (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017; QCG, 2017).

**Se não for possível uma avaliação adequada do trauma, a mulher deverá ser transferida aos cuidados do médico obstetra.**

#### **5.1.4.3 Convulsões maternas**

Se a mulher apresentar convulsões durante o parto e pós-parto, o(a) enfermeiro(a) deve solicitar a presença da equipe médica e iniciar manobras, manejando o caso como eclampsia (WHO, 2017):

- Solicitar ajuda;
- Realizar uma avaliação rápida do estado geral da mulher;
- Monitorar sinais vitais;
- Solicitar acesso venoso calibroso e coletar amostra de sangue para exames;
- Lateralizar o rosto da mulher para diminuir o risco de aspiração na presença de secreções/vômitos;
- Providenciar solução de sulfato de magnésio, conforme protocolo do serviço.

#### **5.1.4.4 Prolapso de cordão e reanimação neonatal avançada**

Em relação ao feto/recém-nascido, a transferência de cuidados também deve ser feita se, durante a avaliação, for identificada apresentação fetal com prolapso de cordão, ou se após o nascimento for detectada a necessidade de reanimação neonatal avançada (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017).

Diante da **apresentação fetal com prolapso de cordão**, o(a) enfermeiro(a) deve solicitar a presença da equipe médica e iniciar as seguintes medidas (ACOG, 2014):

- Em casos de parto não iminente, a via indicada é a cirurgia cesariana. Deve-se elevar manualmente a apresentação fetal, orientar o decúbito lateral, avaliar necessidade de tocólise e esvaziamento vesical.

- Em casos de parto iminente (paciente com dilatação total e condições para aplicação de fórceps ou vácuo-extrator), é indicado o parto vaginal assistido por profissional médico habilitado (fórceps ou vácuo-extrator) (RCOG, 2020).

A ressuscitação neonatal avançada pode ser necessária. O(A) enfermeiro(a) deve solicitar a presença do profissional médico pediatra capacitado em todos os procedimentos de reanimação neonatal e manter os procedimentos referente aos passos iniciais de reanimação neonatal, de acordo com os protocolos e manuais adotados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

#### **Resumo das recomendações:**

A transferência de cuidados deve ocorrer, se qualquer uma das seguintes condições forem atingidas:

- Emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto; prolapso de cordão; hemorragia pós-parto; convulsão ou colapso materno; necessidade de ressuscitação neonatal avançada.
- Placenta retida
- Eventos adversos, como lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado

## **5.2 Como realizar a transferência de cuidados?**

Na presença de anormalidades ou complicações em qualquer período de evolução do trabalho de parto e/ou nascimento não constantes na prática da enfermagem obstétrica, faz-se necessário transferir a mulher e/ou RN para um nível de assistência mais complexo, liderado pelo profissional médico obstetra (ANEXO IV), a não ser que os riscos da transferência superem os benefícios (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017, 2019).

A transferência deve ser feita após a informação verbal da mulher/acompanhante e mediante a confirmação de ciência do médico obstetra (sugere-se checklist com assinatura dos profissionais envolvidos) e a continuidade da

assistência pela enfermagem obstétrica deve ser garantida até que a equipe médica tenha assumido a mesma (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017; COFEN, 2016).

**Resumo das recomendações:**

Na presença de anormalidades ou complicações não constantes da prática da enfermagem obstétrica, após informação verbal detalhada à mulher e seu acompanhante:

- Solicitar avaliação do médico obstetra;
- Preencher, assinar e obter a assinatura do profissional que assumir a assistência no checklist (sugerido por este protocolo);
- Garantir a continuidade da assistência, até que a transferência ocorra.

**5.3. Como realizar a monitorização materna e/ou fetal até que a transferência de cuidados se concretize?**

Durante a evolução do trabalho de parto e nascimento, desvios da normalidade podem surgir. A detecção de anormalidades ou complicações em qualquer período de evolução do trabalho de parto e/ou nascimento requer a necessidade da transferência dos cuidados da mulher e/ou RN para a equipe médica (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017, 2019; COFEN, 2016). Contudo, até que essa transferência se concretize é um dever legal do(a) enfermeiro(a) obstetra garantir a segurança da mulher e/ou RN, por meio da continuidade do cuidado prestado, de acordo com os conhecimentos técnico-científicos da enfermagem obstétrica (COFEN, 2016).

As necessidades de monitorização materno-fetal deverão ser avaliadas e inseridas no cuidado conforme a indicação da transferência. As indicações de monitorização estão especificadas nas condutas para cada intercorrência.

**Ressaltamos que não há necessidade de uso de monitorização eletrônica contínua nos partos de baixo risco e que a ausculta intermitente é suficiente para avaliações sem complicações (NICE, 2014; RCM, 2018).**

**Nota:**

De acordo com as recomendações presentes nos protocolos de assistência ao parto normal, NICE (2014; 2017):

- Na primeira fase do trabalho de parto, a avaliação da vitalidade fetal deve ser realizada por meio de **ausculta intermitente**, com auxílio de estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler, imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto, e após, a cada 30 minutos.
- Na segunda fase do trabalho de parto, deve ser realizada a **ausculta intermitente**, imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto, e após, a cada 5 minutos.

#### 5.4. Procedimentos ético-legais necessários para a transferência de cuidados

Os princípios internacionais orientadores para o cuidado baseado em equipe envolvem uma abordagem pragmática e baseada em evidências para garantia de um cuidado de qualidade em saúde e com colaboração interprofissional (ACOG, 2016).

Dentre esses princípios, destaca-se (ACOG, 2016):

1. Autonomia dos pacientes e famílias envolvidos nos processos de decisão;
2. Clareza nas funções e responsabilização pela própria prática perante toda a equipe;
3. Equipe coesa;
4. Comunicação efetiva como uma das chaves para o trabalho de equipe de qualidade;
5. Lideranças de equipe dinâmicas e situacionais.

Esses princípios estão de acordo com as boas práticas em saúde que valorizam os deveres profissionais e bioéticos dos membros das equipes. Conversar com a mulher e seu (s) companheiro (s) de parto sobre as razões da transferência e quais os desdobramentos/necessidades da transferência é uma das formas de respeito à autonomia da mulher (BRASIL, 2016; NICE, 2014, 2017, 2019, WHO, 2017).

A comunicação efetiva requer verdade, honestidade, transparência e oportunidade. Deve ser assegurada que as informações referentes à mulher com cuidado transferido seja completa, oportuna e orientada. A presença de equipe coesa, com definições claras sobre atribuições, com responsabilização pela própria prática e alternância de lideranças permite que haja primazia pelo bem do paciente (ACOG, 2016; RCOG, 2016).

A efetivação das boas práticas deve ser feita para respaldo ético-legal tanto da enfermagem obstétrica, como da equipe médica, com respeito aos códigos de ética das profissões (Resolução CFM Nº2217/2018; Resolução COFEN Nº564/2017). Anotações das evoluções e do motivo da transferência dos cuidados devem estar devidamente registradas no prontuário. Sugere-se o preenchimento do checklist com a definição do motivo da transferência, bem como a assinatura das lideranças das equipes envolvidas para a responsabilização das transferências.

### **5.5 Qual o papel do(a) Enfermeiro(a) obstetra na preceptoria de estudantes?**

A preceptoria está inserida no processo de formação em saúde e exige do preceptor habilidades e características heterogêneas. Nesse sentido, o(a) profissional preceptor(a) deve compreender os objetivos das atividades a ele designadas e se reconhecer como um dos autores na formação multiprofissional (AUTONOMO et al., 2015).

De acordo com o Art. 200 da Constituição Federal de 1988, compete ao Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições: “ordenar a formação de recursos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

No Brasil, conforme a Resolução CNE/CES Nº 3/2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a formação do enfermeiro tem por objetivo dotá-lo de conhecimentos para o exercício de competências e habilidades gerais e específicas. A exemplo das competências gerais encontramos a educação permanente:

“os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços (BRASIL, 2001).”

Ainda de acordo com essa Resolução, o(a) enfermeiro(a) também deve possuir dentre suas competências específicas, habilidades que lhe permitam atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos e assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde. Além disso,

planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde, também compõe as competências e habilidades específicas do(a) enfermeiro(a) (BRASIL, 2001).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Modelos de cuidados liderados pela enfermagem obstétrica têm apresentado vantagens em comparação a outros modelos de assistência. São um modelo de cuidados oferecido a mulheres com gestação de baixo risco, que têm em comum o pressuposto da gravidez e do parto como um evento saudável da fase da vida. Nesse modelo, as mulheres podem ser assistidas pela enfermagem obstétrica e ter uma experiência de parto com intervenções mínimas.

Embora a enfermagem obstétrica represente a maior fonte provedora de cuidados obstétricos em diversas partes do mundo, no Brasil, a escassez desses profissionais no mercado de trabalho é uma barreira que pode inviabilizar esse modelo de assistência. No Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, o modelo de assistência liderado pela enfermagem obstétrica foi implementado apenas recentemente, de maneira pontual.

Neste contexto, considerando que embora de risco habitual, desvios da normalidade podem ser detectados durante a assistência das mulheres e, mediante a ausência de um protocolo que oriente a prática da enfermagem obstétrica, surgiu a proposta de construção de um protocolo de transferência de cuidados, a fim de orientar estes profissionais, especificamente, na detecção e manejo de complicações na assistência, não condizentes com sua prática clínica.

Dessa forma, o protocolo foi construído e encontra-se na etapa sete, de revisão externa, descrita na metodologia. Posteriormente, será realizada a sensibilização da equipe atuante na saúde materna e neonatal e implantação do protocolo no referido hospital.

## REFERÊNCIAS

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Executive summary: Collaboration in Practice: Implementing Team-Based Care: Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Collaborative Practice. **Obstet Gynecol**, v. 127, n. 3, p 612-7, 2016. doi: 10.1097/AOG.0000000000001304. PMID: 26901331.
2. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Levels of Maternal Care: Obstetric Care Consensus No, 9 Summary. **Obstet Gynecol**, v. 134, n. 2, p. 428-34, 2019. Available from: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003384>
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS E OBSTETRIZES. Assistência ao Parto e Nascimento. Diretrizes para o cuidado multidisciplinar. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: [https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/241\\_Protocolo-Assistencia\\_Partto\\_Nascimento-18-12-2015.pdf](https://www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/manuais/241_Protocolo-Assistencia_Partto_Nascimento-18-12-2015.pdf)
4. AUTONOMO, F.R.O.M et al. A preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária: análise das publicações brasileiras. **Rev Bras Educ Med**, v. 6, n. 2, p. 316-27, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>
5. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
6. BRASIL. Resolução CNE/CES Nº 3 DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
7. BRASIL. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. 2016. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretriz\\_ParttoNormal\\_Rec omendacao.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretriz_ParttoNormal_Rec omendacao.pdf)
8. BROUWERS, M. et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Canadian Medical Association Journal, v. 182, n. 18, p. 839-42, 2010. Available from: <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
9. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 516 DE 23/06/2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)
10. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN Nº 564 DE 06/11/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)

11. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM No 2217 DE 27/09/2018. Código de Ética Médica. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>
12. FENTON, A. N.; STEER, C. M. Fetal distress. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**. v. 83, n. 3, p. 354-62, 1962. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(16\)35842-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(16)35842-2)
13. FILBY, A.; MCCONVILLE, F.; PORTELA, A. What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective. **PLOS ONE**, v. 11, n. 5, 2016. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>
14. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. ICM Definition. 2018. Available from: <https://internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
15. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Intrapartum care for healthy women and babies. 2014. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-35109866447557>
16. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Safe midwifery staffing for maternity settings, 2015. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng4>
17. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2017. (National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK290736/>
18. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies, 2019. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542149/>
19. PERINATAL SERVICES BC. Provincial maternal newborn Transfer network: Principles and processes, 2014. Available from: <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/TransferProcess/MNTNPrinciplesProcessesApril2014.pdf>
20. PERINATAL SERVICES BC: Provincial Perinatal Guidelines Standards for Neonatal Resuscitation, 2017. Available from: <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Newborn/NeonatalResuscitationGuideline.pdf>
21. QUEENSLAND CLINICAL GUIDELINES. Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Neonatal resuscitation, 2016. Available from: [https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/140600/g-resus.pdf](https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0011/140600/g-resus.pdf)

22. QUEENSLAND CLINICAL GUIDELINES. Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Normal Birth, 2017. PMID: 25752310; PMCID: PMC4356152. Available from: [https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf](https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0014/142007/g-normalbirth.pdf)
23. QUEENSLAND CLINICAL GUIDELINES. Perineal care. Maternity and Neonatal Clinical Guideline, 2018. Available from: [https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0022/142384/g-pericare.pdf](https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0022/142384/g-pericare.pdf)
24. RENFREW, M.J. et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. **The Lancet**, v. 384, p. 1129-45, 2014. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
25. ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES OF LONDON. RCM Midwifery Blue Top Guidance: Midwifery care in labour guidance for all women in all settings, 2018. Available from: <https://www.rcm.org.uk/media/2539/professionals-blue-top-guidance.pdf>
26. ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES OF LONDON. RCM Midwifery care for Induction of Labour, 2019. Available from: [https://www.rcm.org.uk/media/3552/midwifery-care-for-induction-of-labour-a4-2019-16pp\\_2.pdf](https://www.rcm.org.uk/media/3552/midwifery-care-for-induction-of-labour-a4-2019-16pp_2.pdf)
27. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS R. Umbilical Cord Prolapse- Green-top Guideline No. 50. 2014. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-50-umbilicalcordprolapse-2014.pdf>
28. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Providing Quality Care for Women: Obstetrics and Gynaecology Workforce. 2016. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/working-party-reports/ogworkforce.pdf>
29. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Assisted Vaginal Birth: Green-top Guideline No. 26. **BJOG Int J Obstet Gynaecol**. 2020. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.16092>
30. SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. **Cochrane Database Syst Rev**. 2016. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2012. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf)
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2<sup>a</sup>ed., 2017. Available from:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf;jsessionid=8613CF3E3B7741E4D774DCEAD25AE823?sequence=1>

33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections, 2018. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532672/>

## ANEXOS

### ANEXO I

Tabela 1. Escores (%) das diretrizes clínicas selecionadas nos domínios do AGREE II

| Diretrizes    | Escopo e finalidade | Envolvimento das partes | Rigor do desenvolvimento | Clareza da apresentação | Aplicabilidade | Independência editorial | Avaliação global | Recomendação |
|---------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|-------------------------|------------------|--------------|
| ACOG, 2016    | 94                  | 78                      | 55                       | 81                      | 58             | 50                      | 75               | Sim          |
| ACOG, 2019    | 81                  | 56                      | 59                       | 100                     | 50             | 75                      | 75               | Sim          |
| CONITEC, 2016 | 100                 | 100                     | 100                      | 100                     | 75             | 100                     | 100              | Sim          |
| NICE, 2015    | 100                 | 92                      | 64                       | 86                      | 48             | 75                      | 83               | Sim          |
| NICE, 2017    | 100                 | 100                     | 100                      | 100                     | 92             | 67                      | 67               | Sim          |
| NICE, 2019    | 92                  | 69                      | 53                       | 100                     | 31             | 25                      | 75               | Sim          |
| QCG, 2017     | 72                  | 100                     | 58                       | 100                     | 25             | 50                      | 75               | Sim          |
| QCGG, 2018    | 67                  | 100                     | 54                       | 100                     | 48             | 50                      | 75               | Sim          |
| RCM, 2018     | 86                  | 67                      | 58                       | 94                      | 29             | 54                      | 67               | Sim          |
| RCM, 2019     | 86                  | 67                      | 60                       | 94                      | 29             | 54                      | 67               | Sim          |
| RCOG, 2016    | 86                  | 56                      | 41                       | 100                     | 56             | 25                      | 75               | Sim          |
| RCOG, 2020    | 92                  | 67                      | 84                       | 100                     | 58             | 75                      | 92               | Sim          |
| WHO, 2017     | 81                  | 58                      | 45                       | 94                      | 52             | 63                      | 67               | Sim          |
| ABENFO, 2015  | 78                  | 53                      | 28                       | 67                      | 31             | 0                       | 42               | Não          |
| PSBC, 2014    | 81                  | 28                      | 8                        | 89                      | 8              | 0                       | 25               | Não          |
| PSBC, 2017    | 86                  | 44                      | 28                       | 78                      | 42             | 17                      | 50               | Não          |
| QCG, 2016     | 69                  | 94                      | 52                       | 89                      | 44             | 25                      | 60               | Não          |

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists; CONITEC: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; QCG: Queensland Clinical Guidelines; RCM: Royal College of Midwives; RCOG: Royal College of Obstetricians And Gynaecologists; WHO: World Health Organization; ABENFO: Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras; PSBC: Perinatal Services BC.

## ANEXO II

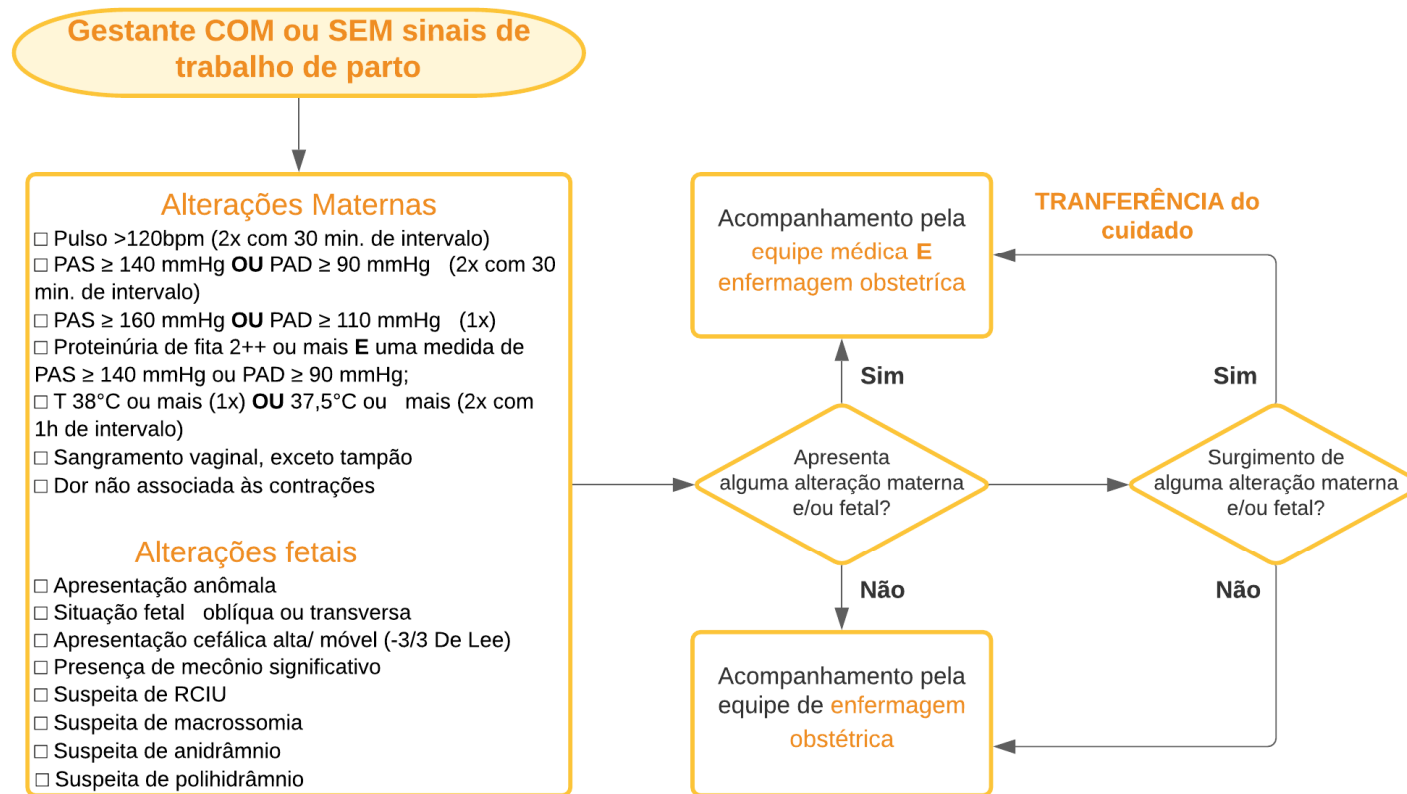
## CHECK-LIST DE TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome da Paciente: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Prontuário: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Idade Gestacional: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Data: ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Local: <input type="checkbox"/> PS-GO <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> PPP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Classificação de Robson: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>CONDIÇÕES MATERNAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pulso >120bpm (2x com 30 min. de intervalo)<br><input type="checkbox"/> PAS ≥ 140 mmHg <b>OU</b> PAD ≥ 90 mmHg (2x com 30 min. de intervalo)<br><input type="checkbox"/> PAS ≥ 160 mmHg <b>OU</b> PAD ≥ 110 mmHg (1x)<br><input type="checkbox"/> Proteinúria de fita 2++ ou mais <b>E</b> uma medida de PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg;<br><input type="checkbox"/> T 38°C ou mais (1x) <b>OU</b> 37,5°C ou mais (2x com 1h de intervalo)<br><input type="checkbox"/> Sangramento vaginal, exceto tampão<br><input type="checkbox"/> Presença de mecônio significativo<br><input type="checkbox"/> Dor não associada às contrações<br><input type="checkbox"/> Progresso lento do 1º e 2º períodos do TP<br><input type="checkbox"/> Solicitação pela mulher de analgesia de parto<br><input type="checkbox"/> Emergência obstétrica (hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno, retenção placentária, lacerações de 3º e 4º graus ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>CONDIÇÕES FETAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Apresentação anômala<br><input type="checkbox"/> Apresentação de cordão<br><input type="checkbox"/> Situação fetal transversa<br><input type="checkbox"/> Situação fetal oblíqua<br><input type="checkbox"/> Apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee)<br><input type="checkbox"/> Apresentação cefálica móvel em nulípara<br><input type="checkbox"/> Suspeita de RCIU<br><input type="checkbox"/> Suspeita de macrosomia<br><input type="checkbox"/> Suspeita de anidrâmio<br><input type="checkbox"/> Suspeita de polihidrânio<br><input type="checkbox"/> BCF < 110bpm<br><input type="checkbox"/> BCF > 160bpm<br><input type="checkbox"/> Desacelerações do BCF à ausculta intermitente |  |
| <b>Concordância com transferência de cuidados</b><br>- Transferência de cuidados solicitada por:<br><div style="text-align: center;">_____<br/>Assinatura/ COREN EO</div> Data: ____/____/____ Hora: ____:____<br>- Transferido cuidado para:<br><div style="text-align: center;">_____<br/>Assinatura/ CRM</div> Data: ____/____/____ Hora: ____:____<br><input type="checkbox"/> Cuidado transferido (equipe médica)<br><input type="checkbox"/> Cuidado transferido (EO + equipe médica) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |

USO EXCLUSIVO DA EQUIPE DE AUDITORIA

### ANEXO III

Figura 1 – Transferência de cuidados por condições maternas e fetais



## ANEXO IV

Figura 2 – Transferência de cuidados por falha de progresso

