



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JANAINA BOJIKIAN DA COSTA VITAL JULIATTO

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA EM PARTO DE RISCO HABITUAL: UM
GUIA DE CUIDADOS

CURITIBA

2019

JANAINA BOJIKIAN DA COSTA VITAL JULIATTO

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA EM PARTO DE RISCO HABITUAL: UM
GUIA DE CUIDADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Prática do Cuidado em Saúde.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Regina Rossi Kissula
Souza

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA

2019

Juliatto, Janaina Bojkian da Costa Vital

Atuação da enfermeira obstetra em parto de risco habitual [recurso eletrônico]: um guia de cuidados / Janaina Bojkian da Costa Vital Juliatto – Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza
Coorientadora: Professora Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

1. Enfermagem obstétrica. 2. Humanização. 3. Parto humanizado. 4. Trabalho de parto. 5. Cuidados de enfermagem. I. Souza, Silvana Regina Rossi Kissula. II. Trigueiro, Tatiane Herreira III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.20231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **JANAINA BOJIKIAN DA COSTA VITAL JULIATTO** intitulada: **ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA EM PARTO DE RISCO HABITUAL: UM GUIA DE CUIDADO**, sob orientação da Profa. Dra. SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 03 de Dezembro de 2019.


SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)


MARILUCI HAÜTSCH WILLIG

Avaliador Interno


RODRIGO JENSEN

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE EST. PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO)

Dedico esta dissertação a todas as Enfermeiras Obstetras que participaram do estudo, contribuindo para a construção do Guia de Cuidados para Enfermeiras Obstetras do Centro Obstétrico, afim de qualificar a assistência prestada à mulher em processo de parturição. Dedico também à minha família, meus filhos Carla, Cauan e Caio, e meu marido Rogério, que estiveram sempre presentes e me dando apoio para a conclusão deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por mais essa oportunidade em minha vida. Creio que nada aconteça sem Sua vontade e aqui estou, concluindo um grande feito, vencendo uma grande batalha tão sonhada por mim. Meu muito obrigada.

Às minhas raízes familiares que sempre foram minha base, família Vital. Em especial aos meus pais, **Alcione e José Fernando** (mais conhecido como Vital) pela dedicação incondicional à nossa formação, minha e de meus irmãos; grandes incentivadores à minha trajetória tanto na enfermagem quanto em tudo aquilo que eu quis realizar na vida; grandes lutadores nas dificuldades enfrentadas por cada um de nós; grandes exemplos de seres humanos. Aos meus irmãos **Jéssica, Lucas, Tiago, Melissa, Ivy e Luiz Fernando** que, apesar de distantes, me trouxeram experiências de vida das quais me guiam a todo momento; jamais esquecerei a vivência que tivemos juntos entre brigas e alegrias; cada experiência serviram e continuam servindo ao meu amadurecimento diário profissional, acadêmico e pessoal. Agradeço especialmente ao meu irmão **Lucas** pela disponibilidade, sendo ouvidos nas horas difíceis, me confortando com palavras de carinho e incentivo. Vocês foram vitais em minha vida.

Aos meus filhos **Caio e Cauan**, por me apoiarem e compreenderem o motivo de minha ausência em muitos momentos durante esses mais de dois anos; me perdoem se falhei. À minha filha e amiga **Carla**, hoje uma grande mulher, que mesmo distante pude e posso contar sempre; obrigada pela parceria, incentivo e carinho. Vocês são minha razão de viver.

Ao meu amado marido **Rogério** por cuidar de mim e de meus filhos como se fossem seus, assumindo inúmeras tarefas para que eu pudesse concluir este estudo. Obrigada pelo carinho, dedicação, companheirismo, calma, otimismo, incentivo e todo o apoio. Você é meu porto seguro, meu presente de Deus; amo você mais do que tudo.

À minha orientadora **Prof.^a Dr.^a Silvana Regina Rossi Kissula Souza** e co-orientadora **Prof.^a Dr.^a Tatiane Herreira Trigueiro** que me serviram como exemplo de serenidade, carinho e compreensão. Agradeço pelo incentivo e otimismo sem igual, pela paciência e respeito às minhas dificuldades e limitações, amenizando momentos de angústias que me permearam. Vocês são exemplos de determinação, mulheres

batalhadoras e guerreiras. Tenho grande admiração e respeito por tudo o que me proporcionaram durante o período do mestrado.

Aos professores que aceitaram participar da banca de avaliação, **Prof.^a Dr.^a Mariluci Hautsch Willig**, **Prof.^a Dr.^a Rejane Antonello Griboski** e **Prof.^o Dr.^o Rodrigo Jensen**, pela disponibilidade do tempo para leitura e contribuição para o aprimoramento deste estudo.

Aos gestores do Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais que me apoiaram desde o processo seletivo para o mestrado até a efetivação e conclusão deste estudo, em especial às enfermeiras **Ana Paula Barros**, **Elaine Correia**, **Débora Chemin**, **Estela Kunrath**, **Jenifer Goes Rosa** e **Clementina Bressam**, profissionais e mulheres que representam fielmente e lindamente nossa classe enquanto gestoras.

À minha grande amiga e companheira de trabalho, enfermeira **Julita Royer Garcia**, que me deu todo apoio revezando plantões, facilitando e me favorecendo na escolha de folgas pra que eu pudesse concluir essa etapa da minha vida. Sua calma e compreensão foram indispensáveis pra mim.

Às **Enfermeiras Obstetras** que aceitaram participar da pesquisa que, em respeito ao sigilo e anonimato não serão citadas uma a uma, contribuindo para a melhoria da assistência à mulher em processo de parturição. Admiro todas vocês.

À minha equipe de trabalho do CAPS, emprego recém exonerado, que me acompanharam e apoiaram parte ou todo o processo do mestrado, enfermeiras **Daniele Drula** e **Ângela Kureski** e às técnicas em enfermagem **Elisângela**, **Suely** e **Clarice**.

À toda a equipe de enfermagem do Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais, em especial às técnicas em enfermagem **Cleonice**, **Fernanda**, **Maria Joceli**, **Patrícia** e **Reusa**. Aos técnicos em enfermagem do Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização **Fábio**, **Judith**, **Margarete**, **Rose**, **Cristiane Sudol**, **Helena**, **Terezinha Raquel**, **Ângela Maria** e **Solange**. Obrigada pela compreensão e incentivo.

À minha parceira de Parto Domiciliar Planejado da Equipe 9 Luas, Enfermeira Obstetra **Raquel Colaço**, que me deu todo apoio e incentivo na fase final do mestrado, poupando horas e dias pra que eu pudesse concluir este estudo.

Ao **Grupo de Pesquisa NEPECHE** – Saúde da Mulher, pela troca de experiências proporcionada através das diversas pesquisas apresentadas, que

auxiliou a sanar dúvidas para a execução e conclusão deste estudo, com vistas ao desempenho de futuros estudos.

Aos ***amigos e colegas da turma do Mestrado*** pela troca de experiências e aprendizagem enriquecedora que passamos juntos.

A todos os colegas e amigos que, direta ou indiretamente, participaram e contribuíram pra que eu chegasse até aqui, acreditando e torcendo por mim. Peço desculpas se esqueci de mencionar nominalmente alguém.

*“Aprendi a deixar os dias mais leves... comecei a acreditar que ser feliz é
descomplicar a vida pelo lado de dentro.*

*Que eu não perca a vontade de doar este enorme amor que existe em meu coração,
mesmo sabendo que muitas vezes ele será submetido a provas e até rejeitado.”*

Chico Xavier

RESUMO

Introdução: O parto e nascimento passou de evento fisiológico a ser um procedimento médico, estreando-se o modelo de atenção tecnocrático ao parto. Este por sua vez, hoje predominante no Brasil, nasceu da medicina moderna e vem tentando ser substituído pelo modelo humanístico através de normativas governamentais. A Organização Pan-Americana da Saúde, a Organização Mundial da Saúde, o Fundo de Populações das Nações Unidas e a Confederação Internacional de Parteiras, recomendam a inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto e nascimento como meio de reduzir a epidemia de cesarianas. Em razão da inexistência de um instrumento para a assistência ao parto e nascimento pela Enfermeira Obstetra, surge a questão norteadora: Quais as dificuldades e potencialidades de um serviço de obstetrícia, cenário do estudo? E, a partir disso, construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual. **Objetivos:** Identificar as dificuldades e potencialidades do serviço de obstetrícia no cenário do estudo; construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual. **Método:** O estudo foi delineado através do método da Pesquisa Convergente Assistencial, realizada em um Hospital e Maternidade da Região Metropolitana de Curitiba, no período de março a julho de 2019. Contou com a participação de sete Enfermeiras Obstetras lotadas na instituição objeto do estudo. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionário semiestruturado e através de quatro oficinas, segundo Afonso (2010), com temas pré definidos. Para a análise dos dados utilizou-se a análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2011). **Resultados:** Foram identificadas três categorias resultantes da codificação dos discursos das Enfermeiras Obstetras, sendo: “Dificuldades na atenção obstétrica”, “Humanização no processo de parturição” e “Perspectivas de mudança no cenário”. As principais dificuldades estão relacionadas ao déficit de recursos humanos, estrutura física pequena, sobrecarga de atividades administrativas e falta de apoio na assistência ao parto. Foram encontradas práticas de assistência humanizada como métodos não farmacológicos para o alívio da dor, comunicação efetiva e apoio emocional. As perspectivas de mudança concentram-se na expectativa de uma nova estrutura física, na contratação de recursos humanos, atuação efetiva da Enfermeira Obstétrica no parto e educação continuada. Por meio das oficinas foi construído o Guia de Cuidados. **Considerações finais:** Foram verificadas dificuldades e potencialidades no serviço de obstetrícia e percebido o quanto a organização dos processos de cuidado contribuem à melhoria da assistência. A padronização da assistência prestada pela Enfermeira Obstetra, pautada nas boas práticas e em evidências científicas, promove a humanização da assistência e garante a segurança da mulher. O presente estudo alcançou os objetivos de identificar as dificuldades e potencialidades do serviço de obstetrícia no cenário do estudo; e construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual, constituindo-se este último o produto desta dissertação e atendendo aos pressupostos do Programa de Mestrado Profissional e da Pesquisa Convergente Assistencial.

Palavra-chave: Humanização. Enfermagem Obstétrica. Cuidados de Enfermagem. Parto Humanizado. Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Introduction: Childbirth and birth went from being a physiological event to being a medical procedure, with the technocratic care model for childbirth debuting. This in turn, now prevalent in Brazil, was born from modern medicine and has been trying to be replaced by the humanistic model through government regulations. The Pan American Health Organization, the World Health Organization, the United Nations Population Fund and the International Confederation of Midwives, recommend the inclusion of Nurse Obstetricians in childbirth and birth care as a means of reducing the epidemic of cesarean sections. Due to the inexistence of an instrument for assistance to childbirth and birth by the Obstetric Nurse, the guiding question arises: What are the difficulties and potential of an obstetrics service, scenario of the study? And, from that, build a care guide for the performance of the Obstetric Nurse in childbirth of usual risk.

Objectives: To identify the difficulties and potential of the obstetrics service in the study setting; to build a care guide for the performance of the Obstetrical Nurse in usual risk delivery. **Method:** The study was designed using the Convergent Care Research method, carried out in a Hospital and Maternity in the Metropolitan Region of Curitiba, from March to July 2019, with the participation of seven Obstetric Nurses from the institution object of the study. Data collection was performed through the application of a semi-structured questionnaire and through four workshops, according to Afonso (2010), with pre-defined themes. For data analysis, the thematic content analysis proposed by Bardin (2011) was used. **Results:** Three categories were identified resulting from the codification of the speeches of the Obstetric Nurses, being: "Difficulties in obstetric care", "Humanization in the parturition process" and "Perspectives of change in the scenario". The main difficulties are related to the deficit of human resources, small physical structure, overload of administrative activities and lack of support in childbirth care. Humanized care practices were found as non-pharmacological methods for pain relief, effective communication and emotional support. The prospects for change are focused on the expectation of a new physical structure, the hiring of human resources, the effective performance of the Obstetric Nurse in childbirth and continuing education. The Care Guide was built through the workshops. **Final considerations:** Difficulties and potentialities in the midwifery service were verified and the extent to which the organization of the care processes contributed to the improvement of care. The standardization of the assistance provided by the Obstetric Nurse, based on good practices and scientific evidence, promotes the humanization of care and guarantees the safety of women. The present study achieved the objectives of identifying the difficulties and potential of the obstetrics service in the study scenario; and to build a care guide for the performance of the Obstetrical Nurse in usual risk delivery, the latter being the product of this dissertation and meeting the assumptions of the Professional Master's Program and Convergent Care Research.

Keywords: Humanization. Obstetric Nursing. Nursing care. Humanizing delivery.
Labor, obstetric.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 -	BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO - CATEGORIA A, B, C E D.....	34
QUADRO 2 -	PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES DA OMS DE ACORDO COM O MOMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO E CATEGORIA DE RECOMENDAÇÃO.....	36
QUADRO 3 -	RESUMO DAS FASES DA PCA.....	40
QUADRO 4 -	DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (RS)”.....	46
QUADRO 5 -	CODIFICAÇÃO CONTENDO AS CATEGORIAS COM SUAS RESPECTIVAS UNIDADES DE REGISTRO.....	61
QUADRO 6 -	CARACTERIZAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA DA MATERNIDADE DO ESTUDO.....	62
QUADRO 7 -	SÍNTESE DO GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO CENTRO OBSTÉTRICO.....	77

LISTA DE SIGLAS

ABENFO	- Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras
ACR	- Acolhimento e Classificação de Risco
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APICEON	- Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
BCF	- Batimento Cardíaco Fetal
BPF	- Boas Práticas de Funcionamento
CAP	- Comunidade Ampliada de Pesquisa
CC	- Centro Cirúrgico
CEEO	- Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
CGSM	- Coordenação-Geral da Saúde da Mulher
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CO	- Centro Obstétrico
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONITEC	- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CPN	- Centro de Parto Normal
CTH	- Câmara Técnica de Humanização
DN	- Declaração de Nascido
DNV	- Declaração de Nascido Vivo
EAS	- Estabelecimentos de Atenção à Saúde
FEBRASGO	- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	- Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
GTH	- Grupo de Trabalho de Humanização
HPP	- Hemorragia Pós-Parto
ICM	- Confederação Internacional das Parteiras
IM	- Intramuscular
IPA	- Associação Internacional de Pediatria
IV	- Intravenoso

MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-americana da Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCA	- Pesquisa Convergente Assistencial
PDP	- Parto Domiciliar Planejado
PFST	- Programa de Formação em Saúde e Trabalho
PHPN	- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	- Política Nacional de Humanização
PPP	- Pré-parto, Parto e Puerpério
PQM	- Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
REPAI	- Recuperação Anestésica Imediata
RMC	- Região Metropolitana de Curitiba
RN	- Recém-nascido
RPM	- Ruptura Prematura de Membranas
RT	- Requisição de Transfusão
SIH	- Sistema de Informação Hospitalar
SISPRENATAL	- Sistema de Informação de Saúde do Pré-Natal
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	- Trabalho de Parto
UCIN	- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UI	- Unidades Internacionais

UNFPA	- Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 INTRODUÇÃO	18
2.2 OBJETIVO.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER.....	21
3.2 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA.....	29
3.3 MODELOS DE ATENÇÃO E BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO.....	32
4 MÉTODO	39
4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL.....	39
4.1.1 Fase da Concepção.....	41
4.1.2 Fase da Instrumentação.....	41
4.1.2.1 Local do estudo.....	42
4.1.2.2 Participantes do estudo.....	43
4.1.2.3 Negociação da proposta.....	44
4.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	44
4.1.2.4.1 Planejamento das oficinas.....	52
a) Tema.....	52
b) Análise da demanda.....	53
c) Pré análise, foco e tema geradores.....	54
d) Enquadre.....	55
4.1.3 Fase de Perscrutação.....	55
4.1.3.1 Desenvolvimento das oficinas para a construção do Guia de Cuidados.....	56
a) Desenvolvimento da oficina 1 – admissão no centro obstétrico.....	56
b) Desenvolvimento da oficina 2 – trabalho de parto e parto.....	57

c) Desenvolvimento da oficina 3 – puerpério, emergências obstétricas e alta.....	58
d) Desenvolvimento da oficina 4 – Apresentação do guia e confraternização.....	59
4.1.4 Fase de Análise.....	59
4.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	61
5 RESULTADOS.....	62
5.1 CATEGORIAS.....	64
5.1.1 “Dificuldades da atenção obstétrica”.....	65
5.1.2 “Humanização no processo de parturição”.....	71
5.1.3 “Perspectivas de mudança no cenário”.....	73
5.2 SÍNTESE DO PRODUTO GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO CENTRO OBSTÉTRICO.....	77
6 DISCUSSÃO.....	79
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	105
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA COM ENFERMEIRAS OBSTETRAS.....	109
APÊNDICE 3 – CHEK LIST PARA AVALIAÇÃO DAS OFICINAS.....	112
APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA DAS OFICINAS.....	113
APÊNDICE 5 – GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO CENTRO OBSTÉTRICO.....	114
APÊNDICE 6 – CATEGORIAS E SUAS RESPECTIVAS UNIDADES DE CONTEXTO E UNIDADES DE REGISTRO.....	155
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	179
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PARA INÍCIO DA PESQUISA.....	183

1 APRESENTAÇÃO

Quando escolhi trilhar minha caminhada na área da enfermagem em meados de 2000, já me identificava com a obstetrícia. Recém-formada, com informações básicas obtidas no curso de graduação sobre essa área, de 2006 a 2010 tive a oportunidade de atender, mesmo sem a formação de especialista em obstetrícia, com parteiras no interior do estado do Amazonas. Neste local, onde tudo era muito precário, com mínimos recursos humanos e materiais, atendi, aproximadamente, 300 partos de mulheres que me proporcionaram o encantamento de continuar a explorar, estudar e a atuar na área da enfermagem obstétrica.

Durante alguns anos, de 2010 a 2014, passei a atender mulheres e gestantes na atenção básica através do Programa de Saúde da Mulher, que contemplava o pré-natal. Na ânsia de me reaproximar da assistência ao parto e nascimento, ao final do ano de 2014 passei a atuar como enfermeira no Centro Obstétrico (CO) do hospital onde estou lotada desde então. No entanto, não mais num lugar tão carente de recursos, minha experiência do Amazonas não seria o suficiente para que pudesse atuar diretamente na assistência ao parto, me faltando a habilitação para tal.

Em 2016 tive a satisfação de, após processo seletivo, compor a turma do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) II – Rede Cegonha e, com isso, além de modificar o local da minha prática profissional, voltei a atuar diretamente na assistência ao parto, porém pautada em práticas baseadas em evidências científicas.

Enquanto atuante no Centro Obstétrico de uma maternidade da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) e especializanda do CEEEO II – Rede Cegonha, ao final de 2017, com o Projeto de Intervenção “A inserção do enfermeiro obstétrico na assistência ao parto normal em uma maternidade da região metropolitana de Curitiba” (Juliatto,2017), em uma instituição na qual o parto era atendido predominantemente pelo profissional médico, consegui um resultado bem sucedido, ou seja, a inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto. Contudo, foram observadas limitações no momento do atendimento pela Enfermeira Obstetra como a pouca autonomia, relato de insegurança e a inexistência de um instrumento de trabalho que pudesse direcionar o atendimento da Enfermeira Obstetra dentro do Centro Obstétrico (CO) da instituição objeto do estudo.

Contudo, originou-se o presente estudo com o objetivo identificar as dificuldades e potencialidades do serviço de obstetrícia no cenário do estudo; e construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual.

2 INTRODUÇÃO

Nos primórdios o parto era considerado um processo fisiológico e natural, cenário predominante feminino, no qual as mulheres da comunidade e de confiança da parturiente como parteiras, curandeiras e comadres eram as responsáveis por partejar (SILVA; ASSIS; MELO, 2018). A partir do século 20, houveram mudanças significativas na assistência prestada à mulher através da institucionalização da assistência e do parto hospitalar. Este colaborou para o desenvolvimento da apropriação do saber médico e, conseqüentemente, à medicalização do corpo feminino, contribuindo à descaracterização do protagonismo da mulher durante o processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

O parto e nascimento passou de evento fisiológico a ser um procedimento médico, no qual os riscos para patologias e complicações tornaram-se regras, estreando-se o modelo de atenção tecnocrático ao parto. Este por sua vez, hoje predominante no Brasil, nasceu da medicina moderna e vem tentando ser substituído pelo modelo humanístico através de normativas governamentais (MAIA, 2010).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2017) divulgou, em 2017, relatório no qual o Brasil é o segundo maior país com número de cesarianas no mundo, com taxa de 57%, sendo que o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 15%. O UNICEF apoia o parto e é contra a indicação da cesariana sem indicação clínica.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a OMS, o Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA) e a Confederação Internacional de Parteiras (ICM), recomendam e incentivam o investimento na formação de parteiras, Enfermeiras Obstetras e obstetrizes em todo o mundo assim como a inserção dessas profissionais na assistência ao parto e nascimento como meio de reduzir a epidemia de cesarianas, e declaram: “A parteira é um elemento chave da atenção à saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal” (OPAS; OMS; UNFPA; ICM, 2014).

A consolidação da profissão de enfermeiro, Enfermeira Obstetra e demais profissionais da classe, no Brasil, ocorreu mediante a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. O artigo 6º assegura que obstetriz ou Enfermeira Obstetra é o titular do diploma ou certificado de obstetriz ou de Enfermeira Obstetra. Dentre algumas das atividades de enfermagem descritas como competências da Enfermeira Obstetra

estão: assistir à parturiente e ao parto normal, identificar distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico, entre outras atividades (BRASIL, 1986).

A OMS, desde 1996, preconiza para a assistência ao parto normal a utilização mínima de intervenções seguras para que ao final mãe e bebê estejam saudáveis, respeitando-se o processo fisiológico do parto; incentiva o resgate de uma relação de harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas, em busca do respeito aos direitos humanos. E afirma que a Enfermeira Obstetra desempenha um dos papéis mais adequados e com o melhor custo-efetividade à assistência a gestação e ao parto normal, podendo avaliar riscos e reconhecer complicações nesse processo (OMS, 1996).

As evidências científicas mostram que devemos, além de respeitar o processo fisiológico do parto com o mínimo ou sem intervenções desnecessárias considerando a mulher protagonista do seu processo de parturição, incentivar a verticalização do trabalho de parto e parto e a participação da mulher nas decisões quanto às condutas a serem tomadas (BRASIL, 2016).

A *World Health Organization* (WHO) incentiva a atuação de obstetras e Enfermeiras Obstetras na assistência ao parto de risco habitual de forma respeitosa e humanizada em todo o mundo. Assim como a capacitação de profissionais dessa categoria para que as mulheres tenham acesso a uma assistência obstétrica de qualidade (WHO, 2018).

Este estudo parte do cenário de uma instituição em processo de reorganização do modelo de atenção ao parto com vistas à inserção da Enfermeira Obstetra na assistência direta ao parto. Atualmente, nesta instituição, a Enfermeira Obstetra apresenta pouca autonomia nas decisões clínicas, além de não existirem instrumentos ou protocolos institucionais para a assistência ao parto.

No modelo tecnocrático, antes da inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto, o intervencionismo por vezes era realizado sem indicação clínica baseada nas últimas evidências científicas disponíveis, pelo profissional médico. Para muitas mulheres o momento da gestação e parturição é considerado único em suas vidas, e pode ficar drasticamente marcado caso não aconteça de forma respeitosa e humana. O modelo humanístico reconhece o parto como um evento fisiológico e afetivo, tornando esse evento em um momento prazeroso (MAIA, 2010).

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto normal (Brasil, 2016), a Enfermeira Obstetra proporciona uma assistência de maior qualidade e

satisfação à mulher e seu neonato. Considerando que sua formação está voltada à prática baseada em evidência e à assistência humanizada, firma-se um cuidado de excelência oferecido pela instituição do estudo. No entanto, é de suma importância que a Enfermeira Obstetra se sinta segura para que possa atuar de forma autônoma e respeitosa, tendo como auxílio “um Guia de Cuidados”.

Diante do exposto surge a seguinte questão norteadora: **Quais as dificuldades e potencialidades de um serviço de obstetrícia, cenário do estudo?** E, a partir disso, construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual.

2.2 OBJETIVOS

- Identificar as dificuldades e potencialidades do serviço de obstetrícia no cenário do estudo;
- Construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER

A saúde da mulher no Brasil passou a fazer parte das políticas nacionais no início do século XX, limitando-se a assistência à gestação e ao parto, e somente ao final dos anos 90 a mulher passou a ser considerada uma prioridade de governo (BRASIL, 2004).

As mulheres organizadas, descontentes com as desigualdades sociais entre homens e mulheres, com conseqüente comprometimento da qualidade de vida, em especial da população feminina, reivindicaram melhorias através de argumentos plausíveis para a elaboração de políticas que lhes proporcionassem saúde em todo o seu ciclo de vida. De acordo com o Ministério da Saúde (MS):

com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher (BRASIL, 2004, p. 16).

A política pública de saúde atual, uma das conseqüências da reforma da constituição de 1988, prevê em sua diretriz a descentralização como forma de acabar com a fragmentação social, territorial e de comando. Porém, acabou ocasionando disputas por funções e recursos na gestão pública, significando avanços e retrocessos. Retrocessos devido a desigualdade política, financeira, administrativa, técnica e de necessidades de saúde em que vivem os municípios brasileiros; a inexistência de cultura da população para legitimar os conselhos locais de saúde, entre outros motivos. Avanços devido a melhora das políticas públicas por aumentar o número de representantes do SUS; mais acessibilidade aos usuários, entre outros (DUARTE et al., 2015).

O Brasil possui extenso território geográfico, tornando complexo a cada território assumir a saúde de forma descentralizada. As principais políticas públicas são decididas nas macrorregiões de governo e precisam ser aceitas ou não por aqueles que irão implementar essas políticas a nível local. Na análise da implementação das políticas é primordial entender por que algumas são mais ou menos eficientes do que outras (DUARTE, PESSOTO; GUIMARÃES et al., 2015).

De acordo com Souza (2006, p. 26):

pode-se [...] resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

[...] políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas. Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetidas a sistemas de acompanhamento e avaliação.

Em 1984 foi lançada pelo MS a primeira política pública específica à saúde da mulher denominada Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este foi elaborado em um momento político e social turbulento, de luta pela democracia, onde parte da sociedade acreditava que o objetivo do governo, através do PAISM, era controlar a natalidade do país e acreditavam que o programa não respeitava o princípio da universalidade por privilegiar apenas mulheres; por outro lado, mulheres militantes defendiam fielmente a implementação do PAISM (OSIS, 1998).

O PAISM estava pautado nos princípios e diretrizes que embasariam a construção do SUS, ou seja, descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços; integralidade e equidade da atenção à saúde (BRASIL, 2004).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País (BRASIL, 2004, p. 17).

Durante o processo de mudança em que o país se encontrava, relacionado à saúde da mulher, principalmente ao parto e nascimento, onde o panorama era de alto índice de cesarianas, alto índice da medicalização do parto e de violência obstétrica, foi a partir de então que a Enfermeira Obstetra passou a ser pensada como estratégia para estimular a melhoria da assistência obstétrica (BRASIL, 2001).

Em 1998 foi criada a Portaria MS/GM 2.815, de 29 de maio de 1998, que inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS)

o procedimento "parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro Obstetra" e tem a intenção de reconhecer a assistência prestada por esse profissional, no contexto da humanização do parto (BRASIL, 2014). A partir desse período o Ministério da Saúde passou a fomentar, técnica e financeiramente, 55 cursos de especialização em enfermagem obstétrica, formando cerca de 854 Enfermeiras Obstetras para a rede do SUS (BRASIL, 2001).

Através da Portaria MS/GM 985, em 1999, foram criados os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS onde, vinculado a um nível de referência secundário, a assistência ao parto não era exclusiva da Enfermeira Obstetra, sendo facultativa a presença do profissional médico (BRASIL, 1999). Hoje essa portaria foi redefinida, prevalecendo a de nº 11, de 7 de janeiro de 2015, que estabelece apenas a presença da Enfermeira Obstetra na composição da equipe dos CPN, estes podendo ser intra ou extra hospitalares (BRASIL, 2015).

Os CPN no Brasil, além de terem se tornado uma estratégia política do Ministério da Saúde, promovendo mudanças na assistência ao parto e nascimento, também abriram campo para a inserção da Enfermeira Obstetra na assistência direta ao parto, conferindo maior visibilidade na área da atenção obstétrica e neonatal no sistema público de saúde (AMORIM, 2010).

De acordo com um estudo realizado com Enfermeiras Obstetras de 15 maternidades do município de São Paulo, no ano de 1999, mais da metade dessas enfermeiras atendiam ao parto esporadicamente enquanto as demais de forma rotineira; grande parte das Enfermeiras Obstetras relataram sentir-se satisfeitas com sua área profissional, alegando ter autonomia; apenas uma enfermeira relatou não atender parto (MERIGHI, C.; MERIGHI, M. A. B., 2003).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo MS através da Portaria/GM nº 569, no ano de 2000, para durar até 2003, porém perdura até os dias de hoje. Tem como prioridades reduzir as taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal; melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; ampliar ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, entre outros (BRASIL, 2002).

A base de apoio do PHPN é a humanização e foi construído devido a precarização da assistência pré-natal à puerperal, podendo considerá-la como

desumanizada. A assistência pré-natal carecia de atendimento qualificado; as gestantes tinham “alta do pré-natal” no qual a prevenção de complicações na gestação, parto e puerpério não eram identificadas precocemente, havendo necessidade de repensar uma nova forma de assistência (SERRUYA, 2003).

O objetivo principal do PHPN é garantir acessibilidade e qualidade da assistência pré-natal, assim como uma assistência ao parto e nascimento dignos, sem intervenções desnecessárias, e está pautado nos seguintes princípios:

toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
 toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
 toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
 todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002, p. 6).

Os requisitos específicos do PHPN são: incentivo à assistência pré-natal; organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal; e nova sistemática de pagamento da assistência ao parto (BRASIL, 2002).

Por meio do PHPN foi implementado o Sistema de Informação de Saúde Pré-natal (SISPRENATAL), que possibilitou o controle, regulação e monitoramento de indicadores relacionados à assistência obstétrica; alguns municípios e gestores tiveram dificuldade na adesão e implementação do programa, outros não implementaram na íntegra ou não alimentavam o SISPRENATAL corretamente (SERRUYA, 2003). Iniciativas importantes e inovadoras foram tomadas como visita à maternidade, direito ao acompanhante no momento do pré-parto, parto e pós-parto, limitação no pagamento de cesarianas, e o PHPN foi considerado como um modelo a ser seguido por outros países (SERRUYA, 2003).

Em 2003 foi lançada, pelo MS, a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e I Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, e oficialmente anunciada ao SUS na 12ª Conferência Nacional de Saúde, eventos que ocorreram no mesmo ano (BRASIL, 2010).

Humanização, dentro do contexto da área da saúde, para a PNH está relacionada a uma aposta ético-estético-política:

- ética, porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis;
- estética, porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas;
- política, porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010, p. 5).

As diretrizes da PNH são: acolhimento; clínica ampliada; cogestão; defesa dos direitos do usuário; fomento de grupidades, coletivos e redes; valorização do trabalho e do trabalhador e construção da memória do SUS que dá certo. E os dispositivos são: Acolhimento e Classificação de Risco (ACR); colegiado gestor; contrato de gestão; equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial; Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH); Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); projeto memória do SUS que dá certo; Projeto Terapêutico Singular (PTS) e Projeto de Saúde Coletiva; projetos co-geridos de ambiência; sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de porta aberta, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação, etc.; e visita aberta e direito a acompanhante (BRASIL, 2010)

Em 2004, o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com intenção de nortear a assistência à saúde da mulher de forma humanizada e de qualidade (BRASIL, 2004).

Com o passar dos anos outras políticas de saúde à mulher foram elaboradas e implementadas, principalmente relacionadas à mulher e ao nascimento, ou melhor, do pré-natal ao puerpério, incluindo-se a saúde da criança. Em 2004, foi instituído “O pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal” devido as altas taxas de mortalidade materna e neonatal justificado pela desigualdade social, falta de organização dos serviços com conseqüente déficit da qualificação da assistência obstétrica e neonatal e planejamento familiar (BRASIL, 2004).

As altas taxas encontradas se configuram como uma violação dos Direitos Humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras. É portanto, da maior relevância a garantia do exercício de cidadania das mulheres e crianças brasileiras (MS, 2004, p. 2).

Dentre algumas das ações estratégicas do pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal podemos citar: direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto; qualificar e humanizar a atenção ao parto, nascimento, abortamento legal ou inseguro; gestão humanizada e participativa; apoio a Centros de Parto Normal; priorizar a capacitação de profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2004).

A lei do direito ao acompanhante foi instituída no ano de 2005, pela Lei nº 11108 – Planalto, que “altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS” (BRASIL, 2005).

Em 2008 foi lançado o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) em decorrência ao alto índice de mortes materna e infantil na Amazônia Legal e Nordeste que representavam dois terços das mortes no país. Tinha como objetivo alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) através de ações que visavam a qualificação dos serviços e promoção da mudança no cuidado, num trabalho em rede de atenção considerado inovador; foi coordenado pela PNH em conjunto com a Saúde da Mulher e Saúde da Criança (BRASIL, 2014).

A Organização das Nações Unidas (ONU), junto aos governos, sociedade civil e demais parcerias, está movendo uma ação global com dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para transformar nosso mundo e melhorar a vida das pessoas em todos os lugares. Novos objetivos foram definidos em 2015 para serem implementados em um período de 15 anos, ou seja, até o ano de 2030 (ONU, 2018).

O ODS 3 e 5 estão diretamente relacionados à saúde da mulher e da criança, sendo o ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades e o ODS 5 - Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (ONU, 2018).

Alguns dos indicadores que podemos citar do ODS 3 são: reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos; assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e

reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais (ONU, 2018).

Os indicadores do ODS 5 são:

- Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte;
- Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos;
- Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas;
- Reconhecer e valorizar o trabalho de assistência e doméstico não remunerado, por meio da disponibilização de serviços públicos, infraestrutura e políticas de proteção social, bem como a promoção da responsabilidade compartilhada dentro do lar e da família, conforme os contextos nacionais;
- Garantir a participação plena e efetiva das mulheres e a igualdade de oportunidades para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública;
- Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão;
- Realizar reformas para dar às mulheres direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso a propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, serviços financeiros, herança e os recursos naturais, de acordo com as leis nacionais;
- Aumentar o uso de tecnologias de base, em particular as tecnologias de informação e comunicação, para promover o empoderamento das mulheres;
- Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis (ONU, 2018).

Em meio a um momento político eleitoral presidencial, com a experiência do PQM, foi apresentado pela Dra. Sônia Lanski uma proposta que apresentava a primeira rede de cuidados para a mulher e crianças até 2 anos, a Rede Cegonha (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha, estratégia do MS, instituída pela Portaria N° 1459/2011, veio com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no Brasil, assegurando às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, assim como o direito às crianças ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis; dentre as ações para a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento prevê a capacitação de profissionais em boas práticas de atenção ao parto e nascimento e em atendimento das urgências obstétricas, assim como ampliar a oferta

de curso de especialização em enfermagem obstétrica por todo o território nacional (BRASIL, 2016).

Com a criação da Rede Cegonha no âmbito do SUS, em 2011, na temática Parto e Nascimento, algumas das ações adotadas foram as práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Nessa direção, o Ministério da Saúde, solicitou à Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM) e à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) a elaboração de diretrizes para a assistência ao parto normal, para utilização no SUS e Saúde Suplementar no Brasil (BRASIL, 2017).

A Rede Cegonha tem como um de seus objetivos fomentar cursos de especialização em enfermagem obstétrica em todo o Brasil, justificando-se pelo alto índice de cesarianas, e pelo modelo assistencial intervencionista atual, considerando que a formação da Enfermeira Obstetra está voltada ao cuidado. No entanto, a Rede Cegonha, financiados pelo MS, tem ofertado cursos de especialização em enfermagem obstétrica por todo o Brasil, através da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, em parceria com outras universidades do Brasil (ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFMG, 2015).

As mulheres avaliam a estratégia Rede Cegonha através da comissão de saúde da mulher do Conselho Nacional de Saúde, do Comitê Nacional de Mobilização da Rede Cegonha, a Carta-SUS e a Ouvidoria Ativa, além de participarem de entrevistas que são realizadas para avaliação do cuidado sob a ótica da mulher (BRASIL, 2014).

Um dos maiores desafios da Rede Cegonha é transformar o parto em um evento fisiológico num país em que o mesmo passou a ser visto como uma ação médica, com intervenções desnecessárias e altas taxas de cesarianas. O principal desafio da Rede Cegonha é “mudar a concepção de parto, de nascimento e de gravidez; [...] organizar o serviço com outra lógica [...]” (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha teve reconhecimento internacional, através da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde, como sendo um modelo de política de saúde capaz de reduzir a mortalidade materna e mudar o modelo da assistência obstétrica centrada no médico (BRASIL, 2014).

Em 2017 foi lançado no Brasil, através do MS, o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn) em parceria

com hospitais de ensino, tendo a UFMG como instituição executora. O projeto propõe a qualificação de profissionais na atenção e cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, atenção à mulher em situações de violência, abortamento e aborto legal e estimula, além da qualificação da prática, de pesquisas inovadoras referentes aos temas do projeto de forma articulada entre as instituições de ensino e de saúde (BRASIL, 2017).

3.2 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA

A gravidez e o nascimento representam, para todo o ser humano, mais do que um evento biológico, representam a passagem do status de ser “mulher” para o de ser “mãe”, processo do qual diversos grupos sociais participam. Apesar do parto ser um processo fisiológico universal, é encarado de formas diferentes pelo mundo afora, estando essas diferenças condicionadas às especificidades culturais de cada grupo que o vivencia (BRASIL, 2008).

Desde que a OMS, em 1996, propôs mudanças na assistência ao parto e nascimento, com o resgate de sua fisiologia e a inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto, passou a recomendar a utilização de práticas baseadas nas melhores evidências científicas e o acesso às tecnologias apropriadas de atenção ao parto (BRASIL, 2017). No entanto, é fundamental que as políticas e práticas de saúde estejam pautadas nas melhores evidências disponíveis e transformadas em ações, promovendo assim a efetividade e segurança das intervenções (PEARSON; JORDAN; MUNN, 2012).

A Enfermeira Obstetra tem o objetivo de contribuir, junto com os demais profissionais de saúde, para a redução da morbidade e mortalidade materna, e assegurar um nascimento seguro através do fortalecimento de capacitações técnicas de profissionais e utilização de estratégias de humanização, assim como a incorporação das boas práticas baseadas em evidências científicas (WHO, 2018).

De acordo com o MS,

[...] habilidades e experiência clínica do provedor de cuidados associadas às expectativas e necessidades únicas das mulheres e suas famílias, mais a informação derivada da melhor pesquisa científica, formam o tripé que se chama de prática clínica baseada em evidência, uma das regras básicas para uma assistência focada na qualidade (BRASIL, 2016, p. 18).

O MS reconhece que a Enfermeira Obstetra e sua equipe são os profissionais que permanecem por todo o tempo ao lado da mulher durante o processo de parturição, fazendo-se compreender que o significado desse momento é muito importante e que compete à Enfermeira Obstetra promover segurança, acolhimento e efetividade na atenção, proporcionando autonomia e garantindo os direitos da mulher (BRASIL, 2014).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) normatizou, através da resolução 516/2016, a atuação e responsabilidade dos profissionais de enfermagem que atendem do pré-natal ao puerpério, nos diversos locais de assistência à saúde, estabelecendo critérios para o registro do título de Enfermeira Obstetra, onde se deve comprovar o mínimo de quinze consultas de enfermagem pré-natais, atendimento completo de vinte partos e quinze atendimentos ao recém-nascido na sala de parto. A mesma resolução define as competências cabíveis à Enfermeira Obstetra em locais de assistência, dentre algumas:

- I – Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
 - II – Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
 - [...]
 - IV – Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;
 - V – Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;
 - VI – Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;
 - VII – Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;
 - [...] além das atividades dispostas nesse artigo compete ainda:
 - a) Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;
 - b) 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).

Em 2016 o Conselho Regional de Enfermagem (Coren) do estado do PR e SC publicaram, respectivamente, os pareceres técnicos 001/2016 e 007/2016 com o

seguinte assunto: atuação do Enfermeiro Obstétrico que assiste ao parto domiciliar e critérios para cadastramento para fins de emissão e preenchimento de Declaração de Nascidos Vivos. O parecer de SC foi originário do parecer do PR, adequando-se a sua realidade. Ambos pareceres afirmam que *“o Enfermeiro é um profissional autônomo, legalmente habilitado por lei para exercer com liberdade suas atividades laborais”* (COREN/SC, 2016).

O exemplo do Hospital Sofia Feldman, localizado em Belo Horizonte – MG e fundado em 1982, vem mantendo um modelo de assistência ao parto e nascimento diferenciado, destacando-se no cenário nacional. Hospital que atende cem por cento SUS, é composto por CPN, casa da gestante, alojamento conjunto, dentre outros setores para a assistência da gestante à parturiente; mais de oitenta por cento dos partos de risco habitual são assistidos por Enfermeiras Obstetras (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2018).

A Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) é legítima representante das obstetizes e Enfermeiras Obstetras no Brasil, incentivando o espírito de união e solidariedade entre a categoria, favorecendo o avanço das áreas da Saúde da Mulher e Neonatal (ABENFO, 2020).

A *International Conferational of Midwives* (ICM), organização não governamental, que apoia, representa e trabalha para fortalecer as associações de obstetizes e Enfermeiras Obstetras de todo o mundo, tem como um de seus objetivos a excelência do cuidado do binômio mãe e recém-nascido, trabalhando com a colaboração da OMS, Organização das Nações Unidas (ONU), Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), Associação Internacional de Pediatria (IPA), Conselho Internacional de Enfermeiros, outras organizações não-governamentais, grupos bilaterais e da sociedade civil; e está pautada nas práticas obstétricas baseadas em evidências científicas (ICM, 2017).

Como representante das obstetizes e Enfermeiras Obstetras no mundo, a ICM apoia a capacitação dessas para que as mulheres tenham acesso a cuidados obstétricos de qualidade em todos os contextos. A ICM é uma parceria interessada em alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas até 2030, concentrando-se mais nos ODS 3 – Boa saúde e bem-estar e ODS 5 – Igualdade de gênero. A ICM reconhece a importância em defender as obstetizes e Enfermeiras Obstetras para que as mulheres e suas famílias possam ter uma

assistência obstétrica acessível e de qualidade, alcançando-se assim uma cobertura universal de saúde (ICM, 2017).

3.3 MODELOS DE ATENÇÃO E BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO

O panorama geral atual da assistência ao parto no Brasil, apesar dos grandes esforços do MS em mudar essa realidade, infelizmente ainda não é o desejável, considerando-se crítico devido ao alto índice de cesarianas, intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, morbimortalidade perinatal, neonatal e materna, prevalecendo-se o modelo hegemônico tecnocrático de assistência ao parto e nascimento (SILVA et al., 2016).

Davis-Floyd (2001) definiu três modelos de atenção ao parto: o tecnocrático, o humanista e o holístico. O modelo de atenção tecnocrático está caracterizado pelo predomínio da utilização de tecnologias onde a maior parte dos procedimentos obstétricos não estão pautados em evidências científicas. Mente e corpo da mulher são separados, passando o corpo a ser visto como máquina onde, metaforicamente, o hospital é a fábrica, o corpo da mulher a máquina, o homem é quem opera a máquina e o bebê é o produto final do processo industrial (DAVIS-FLOYD, 2001).

Ainda no modelo tecnocrático, a mulher é vista como um objeto e está subordinada ao profissional que lhe atende, a responsabilidade e autoridade são conferidas exclusivamente ao profissional, este passando a ser o protagonista da assistência; a medicalização, valorização da ciência e das tecnologias são excessivas e o cuidado é extremamente padronizado; a morte é vista como um fracasso; existe a hegemonia tecno-médica devido ser um sistema movido pelo lucro e poder, com intolerância a outras modalidades de assistência (DAVIS-FLOYD, 2001).

O modelo de atenção humanista veio com a intenção de humanizar a tecno-medicina devido aos excessos causados pelo modelo tecnocrático. Conecta mente e corpo reconhecendo que os aspectos emocionais da gravidez e do parto influenciam nas condições físicas do corpo; reconhece a mulher como um sujeito de relações, permitindo-se ao profissional interagir, relacionar-se com a gestante/parturiente e a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto; inclui métodos alternativos e a melhoria dos espaços para uma assistência obstétrica de acordo com a necessidade da mulher; a tomada de decisão é compartilhada entre o profissional e a mulher; as tecnologias são utilizadas quando necessário e se necessário,

embasadas em evidências científicas e com o consentimento da mulher; a morte é vista como uma possibilidade aceitável; o cuidado é movido pela empatia e outras modalidades de assistência são aceitas (DAVIS-FLOYD, 2001).

O modelo de atenção holístico é completamente contraditório ao modelo tecnocrático, que visa a interação da mente, corpo, emoções, espírito e ambiente como influência no processo da gestação e parturição. Corpo, mente e espírito são uma unidade na qual o corpo é considerado um sistema de energia capaz de conectar-se com outros sistemas de energias como, por exemplo, técnicas médicas ou tratamentos que trabalham com energia – acupuntura, homeopatia, Reiki, entre outros. A mulher é vista como um todo, desde o seu contexto de vida, estabelecendo uma relação mútua com o profissional, este sendo visto também como um sistema de energia onde ambos interagem como parte de uma única realidade (DAVIS-FLOYD, 2001).

Na atenção holística o cuidado à mulher é individualizado, seu trabalho de parto é único e incomparável, sendo respeitado o processo fisiológico; a mulher é a protagonista do seu processo de parturição, sendo de sua autoridade e responsabilidade esse momento; a ciência e a tecnologia são colocadas a serviço da mulher; a morte é vista como uma etapa do processo; o foco está na cura e não no dinheiro; esse modelo convive com diversas modalidades de assistência com vistas à cura (DAVIS-FLOYD, 2001).

Em 1996, a OMS lançou um guia prático para a assistência ao parto normal que contemplava as Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento. A intenção desse guia foi diminuir intervenções desnecessárias e proporcionar uma assistência obstétrica segura, definindo-se trabalho de “parto normal” e identificando as práticas mais comuns utilizadas durante o trabalho de parto, para assim se estabelecer normas de boas práticas para a conduta no trabalho de parto sem complicações (OMS, 1996).

As Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento baseavam-se nas melhores evidências científicas do momento e foram classificadas em quatro categorias descritas no QUADRO 1.

QUADRO 1 – BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO - CATEGORIA A, B, C E D.

CATEGORIA A – práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas
CATEGORIA B – práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas
CATEGORIA C – práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão
CATEGORIA D – práticas frequentemente usadas de modo inadequado

Fonte: OMS (1996)

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal baseadas em evidências científicas as quais foram direcionadas pelas Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento da OMS, quando devidamente utilizadas, são potentes aliadas na prática profissional (BRASIL, 2017).

Os objetivos gerais dessas Diretrizes são: sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal. E os específicos são: promover mudanças na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal; diminuir a variabilidade de condutas entre os profissionais no processo de assistência ao parto; reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto normal e conseqüentemente os seus agravos; difundir práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal; e recomendar determinadas práticas sem, no entanto, substituir o julgamento individual do profissional, da parturiente e dos pais em relação à criança, no processo de decisão no momento de cuidados individuais (BRASIL, 2017).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do MS (2017) contemplam o local de assistência ao parto, dentre as quais recomenda qual o profissional que assiste o parto; os cuidados gerais durante o trabalho de parto abordando aspectos importantes para o estabelecimento de uma comunicação eficaz e respeitosa entre o profissional e a parturiente e quanto ao acesso à informações baseadas em evidências para a tomada de decisões compartilhada. Ainda nas recomendações relacionadas aos cuidados gerais traz referências sobre o apoio físico e emocional, a dieta durante o trabalho de parto, medidas de assepsia para o parto vaginal e a avaliação do bem-estar fetal (BRASIL, 2017).

No que diz respeito à temática alívio da dor no trabalho de parto, as Diretrizes trazem recomendações baseadas em evidências relacionadas à experiência e

satisfação das mulheres em relação à dor no trabalho de parto, estratégias e métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, analgesia inalatória, analgesia intramuscular e endovenosa, analgesia regional, ruptura prematura de membranas (RPM) no termo e eliminação de mecônio imediatamente antes ou durante o trabalho de parto (BRASIL, 2017).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do MS (2017) trazem também recomendações relacionadas a assistência no primeiro, segundo e terceiro período do parto, assim como aos cuidados maternos imediatos após o parto (BRASIL, 2017).

No primeiro período do parto incluem-se recomendações sobre o diagnóstico do início do trabalho de parto e momento de admissão para assistência ou início da assistência no domicílio, a definição e duração das fases do primeiro período do trabalho de parto, observações e monitoração no primeiro período do parto, as intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto e falha de progresso no primeiro período do trabalho de parto. No segundo período as recomendações evidenciadas atentam-se a dados relacionados ao ambiente de assistência, posições e imersão em água, puxos e manobra de Kristeller, definição e duração do segundo período do trabalho de parto, falha de progresso no segundo período do parto e cuidados com o períneo. No terceiro período a recomendação trata sobre a retenção placentária. E nos cuidados maternos imediatos após o parto as recomendações estão relacionadas à observação e monitoração da mulher imediatamente após o parto e aos cuidados com o períneo (BRASIL, 2017).

A última diretriz, tão importante quanto as demais, trata sobre a assistência ao recém-nascido e traz recomendações relacionadas à assistência imediatamente após o parto (BRASIL, 2017).

De acordo com a WHO, toda mulher deve ter um atendimento respeitoso, com direito a um acompanhante de livre escolha que irá favorecer uma experiência positiva de parto. O trabalho de parto e parto deve sofrer o mínimo de intervenções, respeitando-se seu processo fisiológico; a mulher deve ser empoderada a protagonizar seu momento de parir, com livre escolha de posições, movimentos, alimentação e informação sobre todos os acontecimentos do seu processo de parturição. O recém-nascido com índice de Apgar adequado deve ser colocado em contato pele a pele imediatamente após o nascimento, na primeira hora de vida, para que lhe seja garantido calor e estímulo ao aleitamento materno precoce, entre outros

benefícios, adiando-se nesse momento manipulação e intervenções desnecessárias (WHO, 2018).

Recentemente, após mais de 20 anos de defasagem, a OMS publicou no dia 15 de fevereiro de 2018, as novas diretrizes para a assistência ao parto normal, “*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*”- Recomendações da OMS: cuidado intraparto para uma experiência de parto positiva. Essas diretrizes apresentam 56 recomendações, baseadas em evidências científicas dentre as quais incluem o direito ao acompanhante; livre escolha de posição para o trabalho de parto e parto; atendimento respeitoso; privacidade e confiabilidade, dentre outras recomendações; e tem como um dos objetivos reduzir o número de cesarianas e intervenções desnecessárias, respeitando-se ao máximo o processo fisiológico do parto (WHO, 2018).

As recomendações da OMS (2018) estão classificadas de acordo com o momento da assistência ao parto e nascimento, ou seja, cuidados durante o parto e nascimento, primeiro estágio do trabalho de parto, segundo estágio do trabalho de parto, terceiro estágio do trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido e cuidados com a mulher depois do parto. E cada recomendação apresenta sua categoria de recomendação, ou seja, recomendado, não recomendado, recomendado apenas em contextos específicos e recomendado apenas no contexto de pesquisas rigorosas (WHO, 2018).

A seguir, no QUADRO 2, estão descritas as principais recomendações da OMS (2018) de acordo com o momento de assistência ao parto e nascimento e categoria de recomendação.

QUADRO 2: PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES DA OMS DE ACORDO COM O MOMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO E CATEGORIA DE RECOMENDAÇÃO.
(continua)

CUIDADOS DURANTE O PARTO E NASCIMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados materno respeitoso (mantendo-se a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de maus tratos e possibilitando apoio a escolha informada) • Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes • Garantia do acompanhante durante o trabalho de parto e parto 	
Recomendado em contexto específico	
<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de cuidado contínuo liderados por parteiras, onde pequenos grupos de parteiras prestam assistência pré-natal, intraparto e pós-natal contínua, são recomendados para gestantes onde existem tais programas obstétricos. 	
CUIDADOS NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO (TP)	
Recomendados	Não recomendados

(continuação)

<ul style="list-style-type: none"> • Usar as definições dos estádios do trabalho de parto (TP): Primeiro estágio: latente (dilatação do colo até 5 cm) e ativo (dilatação do colo > 5 cm) • A duração normal do primeiro estágio é controversa e variável para cada paciente (a fase ativa geralmente não se prolonga além de 12h em nulíparas e 10h em múltiparas) • Controle intermitente do batimento cardíaco fetal (BCF) com sonar Doppler ou Pinard a cada 15 à 30 minutos • Toque vaginal a cada quatro horas • São opções para alívio da dor: analgesia epidural ou opioides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina), e as medidas não farmacológicas como as técnicas de relaxamento, massagens e compressas • Permitir a ingestão de líquidos e alimentos a gestantes que tenham baixo risco de necessitar de anestesia geral • Encorajar a livre movimentação e a posição vertical 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar o critério de evolução da dilatação cervical inferior a 1 cm/h, durante a fase ativa, para identificar o risco de resultados adversos e/ou com critério isolado para indicar intervenções (aumento da ocitocina ou cesariana). Também não são recomendadas intervenções de rotina durante a fase latente. • Realizar a pelvimetria clínica ou cardiotocografia de rotina na admissão e/ou contínuo durante o TP em gestações saudáveis e com TP espontâneo • Tricotomia e enemas • Embrocação vaginal de rotina com antissépticos • Manejo ativo para evitar um trabalho de parto prolongado (amniotomia e/ou ocitocina) • Ocitocina de rotina quando realizado analgesia de parto • Antiespasmódicos e/ou fluidos endovenosos para evitar atrasos no TP
CUIDADOS NO SEGUNDO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Considerar que a duração do segundo estágio pode ser variável, sendo que geralmente é inferior a duas horas em múltiparas e três horas em nulíparas • A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente • A mulher deve ser orientada a empurrar (durante o puxo) seguindo sua própria necessidade e urgência • Recomenda-se técnicas para a redução do trauma perineal como a massagem perineal, compressas quentes e a proteção perineal com as mãos • Controle intermitente do BCF com sonar Doppler ou Pinard a cada cinco minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso rotineiro ou liberal da episiotomia • Pressão manual do fundo do útero
CUIDADOS NO TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Administração em todas as pacientes de ocitocina (10UI IM/IV). Se não estiver disponível recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometrina / metilergometrina ou misoprostol) • Tração controlada do cordão • Retardar o clameamento do cordão, se não houver contraindicação, por pelo menos um minuto 	<ul style="list-style-type: none"> • Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina

(conclusão)

CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO (RN)	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Contato pele a pele do RN com sua mãe durante a primeira hora após o nascimento • Colocar o RN no peito da mãe o mais rápido possível, estimulando o aleitamento materno • Todo RN deve receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento • O banho deve ser adiado até 24h após o nascimento • Se possível, mãe e bebê não devem ser separados, permanecendo juntos no mesmo quarto 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspiração de boca e nariz do RN em que líquido amniótico for claro e respiração espontânea
CUIDADOS COM A MULHER DEPOIS DO PARTO	
Recomendados	Não recomendados
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação regular do tônus uterino, pressão arterial, sangramento vaginal, contração e altura uterina, temperatura e frequência cardíaca durante as primeiras 24 horas • Após um parto vaginal sem complicações, mãe e RN saudáveis devem receber cuidados por, pelo menos, 24h após o parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia

FONTE: Adaptado de WHO (2018).

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de intervenção com abordagem qualitativa na modalidade da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

4.1 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A idealização desse método de pesquisa, a PCA, teve início em 1989 e está orientado para que o pesquisador estude e opere na prática assistencial em saúde a partir das perspectivas dos profissionais e/ou usuários envolvidos na pesquisa; é necessário que haja imersão do pesquisador na assistência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Convergência na PCA relaciona-se a fazer a junção das ações da assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e temporal, sendo a convergência, o essencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O objetivo da PCA é instituir conhecimento para que haja melhoria da prática assistencial no campo a ser investigado, trazendo assim soluções aos problemas identificados; um de seus pressupostos é o campo da prática assistencial, local onde podemos encontrar diversas situações a serem investigadas, articulando-se teorias e pesquisa científica (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A implementação da PCA exige conceitos fundamentais direcionados pela convergência: a dialogicidade, caracterizada pela comunicação através do diálogo como gerador de mudanças; expansibilidade, que é a ampliação da intenção inicial do pesquisador como consequência do diálogo; a imersibilidade, caracterizada pela imersão do pesquisador no processo investigativo, originário de uma necessidade da prática assistencial; e a simultaneidade, que é a construção da mudança compartilhada com a simultaneidade do processo investigativo e assistencial, sem que haja sobreposição entre ambos (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A PCA está dividida em quatro fases: de concepção, de instrumentação, de perscrutação e de análise. A primeira fase, a da concepção, é aquela na qual se é delimitado a situação problema, justificativa, referencial teórico, o próprio referencial metodológico e metodologia. A segunda fase, a da instrumentação, é a fase na qual se descreve o local e participantes da pesquisa, instrumentos e técnicas para coleta de dados. A terceira fase, a de perscrutação, é a de examinar, investigar

rigorosamente, averiguar possibilidades de mudanças na prática assistencial. E, finalmente, a quarta fase, a de análise, é aquela que contempla os processos de apreensão, síntese, teorização e transferência, que ocorrem de maneira mais ou menos sequencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O QUADRO 3 apresenta, resumidamente, as fases da PCA na pesquisa em questão.

QUADRO 3 - RESUMO DAS FASES DA PCA

(continua)

FASE	OBJETIVO	PESQUISA: ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA EM PARTO DE RISCO HABITUAL: UM GUIA DE CUIDADOS
CONCEPÇÃO	Delimitar a situação problema, justificativa, referencial teórico e metodológico, e a metodologia (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	<p>Situação problema e justificativa: Pouca autonomia conferida à Enfermeira Obstetra e a inexistência de um instrumento que possa apoiar e direcionar a assistência ao parto e nascimento pela mesma dentro do CO de uma instituição em processo de reorganização do modelo de atenção ao parto com vistas à inserção da Enfermeira Obstetra na assistência direta ao parto.</p> <p>A instituição atende a, aproximadamente, 3 mil nascimentos por ano, dentre os quais 39,48% dos partos são classificados como de risco habitual, estes podendo ser atendidos por Enfermeiras Obstetras.</p> <p>Questão norteadora: Quais as dificuldades e potencialidades de um serviço de obstetrícia, cenário do estudo? E, a partir disso construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual. Referencial metodológico: Oficinas, de acordo com Afonso (2010), para a coleta de dados; Bardin (2011) para a análise dos dados.</p>
INSTRUMENTAÇÃO	Descrever o local e participantes da pesquisa, instrumentos e técnicas para coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	<p>Local da pesquisa: Hospital e Maternidade localizado na Região Metropolitana de Curitiba.</p> <p>Participantes: Sete Enfermeiras Obstetras.</p> <p>Coleta de dados: Questionário semi-estruturado e Oficinas de acordo com Afonso (2010), com temas pré-elaborados pelas pesquisadoras, utilizando-se o processo dos “Quatro Erres” (TRENTINI, 2014, p. 44), sendo:</p> <p>Fase de Reconhecimento; Fase da Revelação; Fase do Repartir; Fase do Repensar.</p>
PERSCRUTAÇÃO	Examinar, investigar rigorosamente, averiguar possibilidades de	Investigação rigorosa à construção do guia para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual, estabelecendo consenso entre as participantes da pesquisa.

(conclusão)

	mudanças na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	
ANÁLISE	Realizar a apreensão, síntese, teorização e transferência (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).	Para a análise dos dados, foi utilizado a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2015). A análise de conteúdo do tipo temática está organizada em três fases: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

FONTE: Adaptado de PILER (2018)

4.1.1 Fase da concepção

A fase da concepção é o marco referencial da pesquisa na qual se delimita a situação problema, a justificativa, o referencial teórico e metodológico, e a metodologia. Essa fase irá influenciar todas as outras fases assim como o sucesso do andamento da pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O marco referencial pode ser evidenciado pela aproximação da pesquisadora com a temática, assim como por sua vivência na assistência à saúde da mulher durante o processo de parturição e sua formação profissional na área da obstetrícia.

Nos últimos anos a pesquisadora pôde usufruir das recomendações às boas práticas na assistência ao parto e nascimento durante sua formação, prática profissional e participação em eventos relacionados ao tema. O local da prática profissional em questão vem sendo conquistado gradualmente, instituição na qual a assistência ao parto era centrada no médico e que carece de um instrumento para nortear a assistência da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto e nascimento.

Contudo, surgiu a questão norteadora: Quais as dificuldades e potencialidades de um serviço de obstetrícia, cenário do estudo? E, a partir disso construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual.

4.1.2 Fase de instrumentação

A fase de instrumentação é aquela na qual são dispostos os procedimentos metodológicos para o andamento da pesquisa. Nessa fase se determina o local para o estudo, os participantes e os instrumentos para a coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

4.1.2.1 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital e maternidade, localizado na Região Metropolitana de Curitiba (RMC), que foi fundado em dezembro de 1948 como entidade filantrópica, com início de suas atividades em 1951 (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSE DOS PINHAIS, 2010).

A partir de dezembro de 2011 o município aderiu a Gestão Ampliada de Saúde ou Gestão Plena, passando o Hospital a ser administrado diretamente pela Secretaria de Municipal de Saúde e a atender 100% pelo Sistema Único de Saúde, respeitando-se todos os seus princípios fundamentais (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSE DOS PINHAIS, 2014).

Apresenta-se como diretrizes de Missão, Visão e Valores: “Saúde e educação com sustentabilidade e credibilidade”, “Prestar serviço hospitalar, ensino e pesquisa de forma humanizada à população”, “Ser referência no Estado do Paraná até dezembro de 2016 em urgência e emergência, destacando-se no ensino, pesquisa, gestão profissional, tecnologia médica de vanguarda e conquistando a acreditação hospitalar” e Humanização; Comprometimento; Respeito à vida humana; Ética e Responsabilidade Social (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSE DOS PINHAIS, 2014).

O Hospital e Maternidade oferece os serviços de: Clínica Médica, Maternidade, Pediatria, ortopedia e traumatologia, casos de Urgência e Emergência, UTI Geral e UTI neonatal. A instituição é referência para gestação de alto risco e, além do próprio município, atende gestantes de outros dois municípios vizinhos, Tijucas do Sul e Agudos do Sul e está credenciada à Rede Cegonha através da portaria nº 2.297 de 2 de outubro de 2012 – Ministério da Saúde (MS). Hoje do total de 192 leitos, 45 são obstétricos, mais 10 leitos de UTI neonatal e 10 de UCIN (CNES, 2018).

O centro obstétrico (CO), local de atuação do pesquisador, é composto por cinco box com camas pré-parto, parto e puerpério (PPP), um box com duas macas para pacientes em tratamento ou observação, um box com uma cama para paciente alto risco, uma sala para recuperação pós anestésica imediata (REPAI) ampla com dois box e banheiro, e uma sala com dois berços aquecidos para atendimento do recém-nascido. Como extensão do CO encontra-se o centro cirúrgico (CC) com cinco salas cirúrgicas, onde a sala um é exclusiva para a realização de cesarianas.

Os partos da instituição são atendidos pelos médicos obstetras, pelos médicos residentes em obstetrícia e, desde meados de 2017, com o Projeto de Intervenção do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, onde a autora inseriu a Enfermeira Obstetra (EO) na assistência direta ao parto eutócico, assim como os recém-nascidos são atendidos pelos pediatras e médicos residentes em pediatria imediatamente após o nascimento; todos os plantões são cobertos pela profissional Enfermeira Obstetra. A instituição atende em média 250 nascimentos por mês, chegando a aproximadamente 3 mil nascimentos por ano (HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018).

No primeiro semestre de 2018 o percentual de cesarianas ficou em torno de 37,17%; 39,48% das parturientes atendidas no parto foram classificadas como sendo de risco habitual. O registro do indicador de atendimento ao parto realizado pela Enfermeira Obstetra passou a ser rotina e oficializado em abril de 2018, registrando-se um atendimento de 9,09% ao parto realizado pela Enfermeira Obstetra no segundo trimestre do mesmo ano (HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS, 2018).

4.1.2.2 Participantes do estudo

A PCA apresenta como uma de suas características o envolvimento do pesquisador em ações de assistência concomitantemente com ações de pesquisa e é exequível que seu processo de pesquisa seja conduzido simultaneamente com as atividades dos profissionais de enfermagem e/ou demais profissionais da saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Considerando que a Enfermeira Obstetra foi inserida recentemente na assistência direta ao parto e a importância da construção de um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual, as Enfermeiras Obstetras foram as eleitas como público alvo para esse estudo.

O critério de inclusão das participantes foi: ser Enfermeira Obstetra. Não houve critério de exclusão.

Participaram do estudo Enfermeiras Obstetras do Centro Obstétrico (CO) do hospital objeto do estudo, Enfermeiras Obstetras que atuam no alojamento conjunto e as demais Enfermeiras Obstetras que fazem parte do quadro de enfermeiras da instituição devido a possibilidade futura de compor quadro do setor, que aceitaram

espontaneamente participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

Atualmente o hospital conta com dez Enfermeiras Obstetras, incluindo a pesquisadora, dentre as quais sete participaram desse estudo, todas do sexo feminino. O convite foi realizado pessoalmente, de forma verbal, a nove Enfermeiras Obstetras; em seguida foi entregue o TCLE, este o qual sete Enfermeiras Obstetras devolveram assinado. Duas Enfermeiras Obstetras não participaram do estudo por não terem entregue o TCLE, sem justificativas para tal.

4.1.2.3 Negociação da proposta

A assistência de enfermagem é caracterizada pelo trabalho em equipe, no entanto, para que o pesquisador consiga colocar em prática sua proposta de mudança na PCA, é preciso negociar seu projeto, fazendo com que os participantes se comprometam com a causa proposta (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A negociação da proposta foi realizada de forma verbal e individual, tanto com a Coordenação do Bloco Materno-Infantil, gerência de enfermagem e direção do hospital, quanto com as participantes da pesquisa. Foi realizada uma explanação da proposta do estudo que tão logo foi aprovado pelos gestores e aceito pelas participantes.

4.1.2.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

A coleta de dados desse estudo foi trabalhada em duas etapas, com aplicação de questionário individual e através de oficinas em dinâmica de grupo, nestas utilizando-se como referencial Afonso (2010). Simultaneamente às oficinas, foi utilizado como recurso auxiliar a técnica de Dinâmica de Grupo, também proposta por Afonso (2010).

Para a construção do questionário aplicado na primeira etapa da coleta de dados, foi realizada uma aproximação com a temática e referenciais teóricos relacionados a área da Enfermagem Obstétrica, dando-se maior importância aos manuais, diretrizes, recomendações e portarias da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde, Coren e Cofen (OMS, 2018; BRASIL, 2016/2017; COREN, 2016; COFEN, 2016).

O questionário (APÊNDICE 2) foi construído utilizando-se a ferramenta eletrônica *GOOGLE DOCS* no formato semiestruturado e está composto por duas partes. A primeira parte do questionário apresenta questões que identificaram o perfil da Enfermeira Obstetra com questões de sua vida e experiência profissional, com dados como: o sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, se é atuante, se já trabalhou, se costuma fazer cursos de capacitação na área da enfermagem obstétrica e expectativas enquanto Enfermeira Obstetra.

A segunda parte do questionário identificou o conhecimento da Enfermeira Obstetra da instituição sobre assuntos relacionados à enfermagem obstétrica com questões sobre os Programas de Políticas Públicas de Saúde em obstetrícia; os recursos tecnológicos de cuidado baseado em evidências; a atuação e organização da prática de cuidado baseado em evidência na assistência obstétrica no campo profissional. Bem como o conhecimento das diretrizes, manuais e recomendações para a assistência ao parto e nascimento; a avaliação da autonomia da Enfermeira Obstetra na instituição; legislações que regem a atuação da Enfermeira Obstetra; as contribuições das Políticas Públicas do MS após a inserção da Enfermeira Obstetra na instituição e se elas são cumpridas; e indicação de pessoas importantes à inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto e nascimento.

O questionário foi aplicado por meio do correio eletrônico, enviado a cada participante do estudo após leitura, concordância e assinatura do TCLE (APÊNDICE 2). Este contemplou a participação em todas as fases de coleta de dados do estudo.

Na segunda etapa da coleta de dados foram realizadas quatro oficinas em dinâmica de grupo, onde foram trabalhados temas previamente elaborados pelas pesquisadoras, sendo: Admissão no Centro Obstétrico; Trabalho de Parto e Parto; Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta; e Apresentação do Guia e Confraternização. As oficinas aconteceram no mês de junho e julho de 2019 no auditório da própria instituição do estudo, semanalmente, e contaram com o apoio de referenciais do Ministério da Saúde, Coren, Cofen-PR e Coren-SC, Organização Mundial da Saúde, documentos do Hospital Sofia Feldman e da autoria de Melo et al. (2016).

Durante as oficinas o levantamento dos dados pautou-se em referenciais teóricos baseados em evidências científicas e nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento, o qual contribuiu para a construção do guia. Nessa etapa foi utilizado o

processo dos “Quatro Erres” (Rs), proposto por Trentini e Paim em 1997, dividido em quatro fases (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014):

- Fase de Reconhecimento: inicia-se no primeiro encontro, no qual os participantes se interessam em buscar seus pares e pela finalidade dos encontros;
- Fase da Revelação: identificação pelos participantes as experiências comuns de seus pares, sentindo-se confiantes em revelar suas experiências;
- Fase do Repartir: troca de experiências entre o grupo para a tomada de decisão compartilhada;
- Fase do Repensar: reflexão sobre o problema discutido e a possibilidade da transferência do que foi aprendido para as situações reais.

Na primeira oficina foi ofertado a cada participante uma pasta com elástico contendo bloco de notas, canetas e referenciais do MS, Coren, Cofen, MS, OMS e artigos relacionados ao tema das oficinas; *coffee break* durante todas as oficinas; e, ao final de cada, foi adaptado de Afonso (2010) e entregue, a cada participante, formulário no formato *check list* (APÊNDICE 3) para avaliação das oficinas.

As oficinas foram audiogravadas para posterior transcrição de seu teor. As referências relacionadas a cada oficina foram lidas entre as participantes, que foram pontuando cada item para a composição do guia. A pesquisadora utilizou-se de anotações dos principais tópicos definidos, em consenso comum. O guia foi construído considerando-se o modelo de assistência humanístico.

A seguir, no QUADRO 4, está representado o desdobramento do processo dos “Quatro Erres (Rs)”.

QUADRO 4: DESDOBRAMENTO DO PROCESSO DOS “QUATRO ERRES (Rs)”
(continua)

F A S E S	PCA Processo dos “Quatro Erres (Rs)”	PESQUISA: “ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA EM PARTO DE RISCO HABITUAL: UM GUIA DE CUIDADOS”		
		ENCONTROS	OBJETIVOS	PASSO A PASSO
R E C O N H E C I M E N	As participantes se interessam em buscar seus pares e pela finalidade dos encontros.	Oficina 1: Admissão no Centro Obstétrico (CO)	Apresentar o trabalho a ser desenvolvido e a programação prevista às oficinas; estabelecer acordo de convivência durante as oficinas; discutir o tema proposto	Oficina 1: Admissão no Centro Obstétrico (CO)
				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Procedimentos</th> <th>Material</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- Acolhimento; Realização da dinâmica “Mala Coletiva” (p. 275); 2- 2- Apresentaçãodo trabalho a ser desenvolvido;</td> <td>1- Pastas com elástico contendo bloco para anotações, canetas e referenciais sobre a temática para</td> </tr> </tbody> </table>
Procedimentos	Material			
1- Acolhimento; Realização da dinâmica “Mala Coletiva” (p. 275); 2- 2- Apresentaçãodo trabalho a ser desenvolvido;	1- Pastas com elástico contendo bloco para anotações, canetas e referenciais sobre a temática para			

(continuação)

T O			da oficina e dar início à construção do Guia de Cuidados.	<p>3- Apresentação da programação prevista às oficinas;</p> <p>4- Apresentação do acordo de convivência;</p> <p>5- 5- Convite à participação da construção do Guia de Cuidados;</p> <p>6- Apresentação do vídeo “OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto”;</p> <p>7- Apresentação e discussão do tema proposto para a oficina;</p> <p>8- Convite às participantes para participarem das demais oficinas;</p> <p>9- Avaliação da oficina;</p> <p>9- 10- Encerramento.</p>	<p>todas as oficinas;</p> <p>2- Gravador de voz;</p> <p>3- Fiação de fio para energia elétrica;</p> <p>4- Notebook;</p> <p>5- Datashow;</p> <p>6- Cabo para conectar Notebook no Datashow;</p> <p>7- Referenciais de apoio para consulta: “OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto” (matéria da OMS); “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2016)”;</p> <p>8- “Principais recomendações da OMS de acordo com o momento de assistência ao parto e nascimento e categoria de recomendação, WHO, 2018 (QUADRO 2 da dissertação)”;</p> <p>9- “Atuação e atribuições da equipe assistencial (Hospital Sofia Feldman)”;</p> <p>10- “Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto (artigo da Revista Eletrônica de Enfermagem, 2016)”</p>
--------	--	--	---	---	--

(continuação)

					8-Formulário pré-elaborado para avaliação da oficina. 9-Coffee Break 10-Lista de presença 11-Tapete e almofadas para sentar-se; 12- Difusor com óleos essenciais.
R E V E L A Ç Ã O	Identificação pelas participantes as experiências comuns de seus pares, sentindo-se confiantes em revelar suas experiências.	Oficina 2: Trabalho de Parto e Parto	Revisar, brevemente, dados sobre a oficina anterior, Admissão no CO; discutir o tema proposto da oficina e continuar a construção do Guia de Cuidados.	Oficina 2: Trabalho de Parto e Parto	
				Procedimentos	Material
				1- Acolhimento; 2- Relembrar o acordo de convivência; 3- Apresentação e discussão do tema proposto para a oficina; 4- Convite às participantes para participarem das demais oficinas; 5- Avaliação da oficina; 6- Encerramento.	1- Pastas com elástico contendo bloco para anotações, canetas e referenciais sobre a temática para todas as oficinas; 2- Gravador de voz; 3- Fita de extensão de fio para energia elétrica; 4- Notebook; 5- Datashow; 6- Cabo para conectar Notebook no Datashow; 7-Referenciais de apoio para consulta: “OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto” (matéria da OMS); “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2016)”; “Principais recomendações da OMS de acordo com o momento de assistência ao parto e

(continuação)

					<p>nascimento e categoria de recomendação, WHO, 2018 (QUADRO 2 da dissertação”); “Atuação e atribuições da equipe assistencial (Hospital Sofia Feldman)”; “Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto (artigo da Revista Eletrônica de Enfermagem, 2016)” 8-Formulário pré-elaborado para avaliação da oficina. 9-Coffee Break 10-Lista de presença 11-Tapete e almofadas para sentar-se; 12- Difusor com óleos essenciais.</p>
R E P A R T I R	Troca de experiências entre o grupo para a tomada de decisão compartilhada.	Oficina 3: Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta	Revisar, brevemente, dados sobre as oficinas anteriores, Admissão no CO e Trabalho de Parto e Parto; discutir o tema proposto da oficina e continuar a construção do Guia de Cuidados.	Oficina 3: Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta	
				Procedimentos	Material
				<p>1- 1- Acolhimento; 2- 2- Relembrar o acordo de convivência; 3- 3- Apresentação e discussão do tema proposto para a oficina; 9- 4- Convite às participantes para participarem da última oficina; 10- 5- Avaliação da oficina; 6- 6- Encerramento.</p>	<p>1- Pastas com elástico contendo bloco para anotações, canetas e referenciais sobre a temática para todas as oficinas; 2- Gravador de voz; 3- Tensão de fio para energia elétrica; 10- 4- Notebook; 11- 5- Datashow;</p>

(continuação)

					<p>o para conectar Notebook no Datashow;</p> <p>7-Referenciais de apoio para consulta: “OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto” (matéria da OMS); “Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2016)”;</p> <p>“Principais recomendações da OMS de acordo com o momento de assistência ao parto e nascimento e categoria de recomendação, WHO, 2018 (QUADRO 2 da dissertação)”;</p> <p>“Atuação e atribuições da equipe assistencial (Hospital Sofia Feldman)”;</p> <p>“Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto (artigo da Revista Eletrônica de Enfermagem, 2016)”</p> <p>8-Formulário pré-elaborado para avaliação da oficina.</p> <p>9-Coffee Break</p> <p>10-Lista de presença</p>
--	--	--	--	--	--

(continuação)

					11-Tapete e almofadas para sentar-se; 12- Difusor com óleos essenciais.
				Oficina 4: Apresentação do Guia e Confraternização	
				Procedimentos	Material
R E P E N S A R	Reflexão sobre o problema discutido e a possibilidade da transferência do que foi aprendido para as situações reais.	Oficina 4: Apresentação do Guia e Confraternização	Apresentar o trabalho a ser desenvolvido; apresentar o guia elaborado e realizar ajustes finais; comemorar o final das oficinas com uma confraternização.	1- Acolhimento; 2- 2- Relembrar o acordo de convivência; 3- 3- Apresentação e discussão do tema proposto para a oficina; 4- 4- Leitura e releitura do guia para ajustes e aprovação final; 5- 5- Avaliação da oficina; 6- Encerramento; 7- Confraternização	1- Pastas com elástico contendo bloco para anotações, canetas e referenciais sobre a temática para todas as oficinas; 2- Gravador de voz; 3- Tensão de fio para energia elétrica; 4- Notebook; 5- Datashow; 6- Cabo para conectar Notebook no Datashow; 7- Referenciais de apoio para consulta: "OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto" (matéria da OMS); "Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2016)"; "Principais recomendações da OMS de acordo com o momento de assistência ao parto e nascimento e categoria de recomendação, WHO, 2018 (QUADRO 2 da dissertação)"; "Atuação e

					(conclusão) atribuições da equipe assistencial (Hospital Sofia Feldman); “Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto (artigo da Revista Eletrônica de Enfermagem, 2016)” 8-Formulário pré-elaborado para avaliação da oficina. 9-Coffee Break 10-Lista de presença.
--	--	--	--	--	--

FONTTE: Adaptado de PILER (2018).

4.1.2.4.1 Planejamento das oficinas

As oficinas em dinâmica de grupo estão focadas em um objetivo comum ao qual um grupo pretende alcançar, considerando cada participante como um ser pensante, sentimental e de atitudes; devem ser organizadas em cada encontro necessário. As oficinas são *“práticas de intervenção psicossocial, seja em contexto pedagógico, clínico, comunitário ou de política social”* (AFONSO, 2010).

Para a construção de uma proposta de oficina, Afonso (2010) sugere alguns itens a serem seguidos, sendo: tema; análise da demanda; pré-análise, foco, temas-geradores; e enquadre.

a) Tema

O tema a ser definido em uma oficina deve obedecer à real necessidade de intervenção a ser realizada por um grupo (AFONSO, 2010). Oficina para Enfermeiras Obstetras é o tema central das oficinas que se subdividiram com os seguintes temas: Admissão no CO; Trabalho de Parto e Parto; Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta; e Apresentação do Guia e Confraternização.

b) Análise da demanda

Esse item consiste em analisar se a demanda escolhida é de interesse de todos os envolvidos na proposta e se trará benefícios aos diversos atores envolvidos como, por exemplo, a instituição, os profissionais, os pacientes (AFONSO, 2010).

Analisando a demanda do estudo, o parto e nascimento passou de evento fisiológico a ser um ato médico, onde os riscos para patologias e complicações tornaram-se regras, estreando-se o modelo de atenção tecnocrático ao parto. Este por sua vez, hoje predominante no Brasil, nasceu da medicina moderna e vem sendo tentado ser substituído pelo modelo humanístico através de normativas governamentais (MAIA, 2010).

No modelo tecnocrático, antes da inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto, o intervencionismo por vezes era realizado sem indicação clínica baseada em evidências, pelo profissional médico, na assistência ao parto. Para muitas mulheres o momento da gestação e parturição é considerado único em suas vidas, e pode ficar drasticamente marcado caso não aconteça de forma respeitosa e humana.

O modelo humanístico reconhece o parto como um evento fisiológico e afetivo, tornando esse evento como um momento prazeroso (MAIA, 2010). As evidências científicas mostram que devemos respeitar ao máximo o processo fisiológico do parto com o mínimo ou sem intervenções desnecessárias, considerando a mulher como protagonista do seu processo de parturição; incentivam a verticalização do trabalho de parto e parto e a participação da mulher nas decisões quanto às condutas a serem tomadas (BRASIL, 2016).

A OMS incentiva a atuação de obstetras e Enfermeiras Obstetras na assistência ao parto de risco habitual de forma respeitosa e humanizada por todo o mundo, assim como a capacitação de profissionais dessa categoria para que as mulheres tenham acesso a uma assistência obstétrica de qualidade (WHO, 2018).

A ausência da autonomia conferida à Enfermeira Obstetra e de um instrumento que possa apoiar e direcionar a assistência ao parto e nascimento pela mesma, dentro do Centro Obstétrico (CO) de uma instituição em processo de reorganização do modelo de atenção ao parto com vistas à inserção da Enfermeira Obstetra na assistência direta ao parto, determinou o tema desse trabalho.

A Enfermeira Obstetra proporciona uma assistência de maior qualidade e satisfação à mulher e seu neonato, considerando que sua formação está voltada à

prática baseada em evidência e a assistência humanizada, estabelecendo um cuidado de excelência. No entanto, é de suma importância que a Enfermeira Obstetra se sinta segura para que possa atuar de forma autônoma e respeitosa, tendo como auxílio “um Guia de Cuidados”.

c) Pré-análise, foco e temas-geradores

A pré-análise é a busca de dados importantes relacionados ao tema que será trabalhado; é a realização de um diagnóstico situacional (AFONSO, 2010).

Como pré-análise, pode-se considerar como diagnóstico situacional o local do estudo que, conforme já descrito, está em processo de reorganização do modelo de assistência, do tecnocrático para o humanístico. A Enfermeira Obstetra tem pouca autonomia na assistência direta ao parto e a instituição não dispõe de instrumentos ou protocolos assistenciais para a assistência ao parto e nascimento.

A autora inseriu recentemente, por meio do Projeto de Intervenção do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, a Enfermeira Obstetra na assistência direta ao parto de risco habitual. A instituição do estudo mostra dados viáveis à assistência ao parto pela Enfermeira Obstétrica, onde 39,48% dos partos vaginais são classificados como de risco habitual, tornando fundamental a construção de um Guia de Cuidados.

O foco é o tema principal da oficina, que poderá dar origem a temas-geradores (AFONSO, 2010).

O principal objetivo das oficinas foi discutir os temas-geradores, pré-definidos pelas pesquisadoras, para a construção de um Guia de Cuidados para a atuação das Enfermeiras Obstetras em parto de risco habitual no Centro Obstétrico, de acordo com as recomendações da OMS, MS e evidências científicas.

Os temas-geradores são temas que irão impulsionar as discussões de cada oficina, podendo ou não ser esgotado em cada encontro. No entanto, sugere-se que cada tema seja trabalhado individualmente em cada oficina (AFONSO, 2010).

No estudo em questão, os temas-geradores foram pré-elaborados de acordo com a assistência prestada à mulher durante o processo de parturição dentro de um Centro Obstétrico, desde sua admissão, incluindo-se as emergências obstétricas, até sua alta para o alojamento conjunto.

Os temas-geradores foram elaborados com o intuito de promover o aprofundamento da discussão de cada um deles, sendo: Admissão no CO; Trabalho de Parto e Parto; Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta; e Apresentação do Guia e Confraternização.

d) Enquadre

O enquadre relaciona-se ao número e tipo de participantes, local, recursos disponíveis e necessários, número e duração dos encontros (AFONSO, 2010).

As oficinas foram dirigidas a Enfermeiras Obstetras do CO de um Hospital e Maternidade da Região Metropolitana de Curitiba. Participaram ao todo sete Enfermeiras Obstetras. As oficinas aconteceram no Hospital e Maternidade citado, totalizando 4 encontros de aproximadamente 2 horas cada, em um intervalo semanal.

4.1.3 Fase de perscrutação

A fase de perscrutação é o momento de examinar, investigar rigorosamente, averiguar possibilidades de mudanças na prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Esse é o momento de apuração dos dados coletados e sua correlação do conhecimento científico à prática assistencial, afim de fomentar transformações; é o momento de estabelecer planos convergentes que irão realmente trazer mudanças à prática profissional, mostrando que os envolvidos na causa proposta serão contemplados com os resultados; é o momento de demonstrar a imersão do pesquisador na prática assistencial; e buscar dados que demonstrem interesse dos envolvidos nesse processo de transformação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

O desenvolvimento dessa fase se deu através de oficinas em dinâmica de grupo com Enfermeiras Obstetras, na própria instituição do estudo, local de vivência da prática profissional da pesquisadora. Foram ao todo quatro oficinas realizadas, semanalmente, no período de dez de junho de 2019 a primeiro de julho de 2019, conforme cronograma (APÊNDICE 4). As oficinas tiveram duração aproximada de duas horas cada uma, no período da tarde.

Participaram do estudo sete Enfermeiras Obstetras sendo que, na primeira oficina compareceram cinco, na segunda oficina duas, na terceira oficina duas e na última oficina cinco. Apenas uma participante esteve presente em todas as oficinas.

Para incentivo da participação nas oficinas, a coordenação do bloco materno-infantil disponibilizou banco de horas às participantes das oficinas que estivessem fora do horário de expediente, sendo computado duas horas para cada oficina frequentada.

4.1.3.1 Desenvolvimento das oficinas para a construção do Guia de Cuidados

A seguir está descrito os passos utilizados para a realização de cada oficina para o alcance dos objetivos propostos pelo estudo.

a) Desenvolvimento da oficina 1 – Admissão no Centro Obstétrico

A oficina 1, denominada “Admissão no Centro Obstétrico”, teve como objetivo apresentar o estudo a ser desenvolvido e a programação prevista às oficinas, estabelecer acordo de convivência durante as oficinas, discutir o tema proposto da oficina e dar início à construção do Guia de Cuidados. As participantes foram convidadas através de um grupo do aplicativo *Whatsapp* criado com aquelas que concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE; previamente foi realizado um convite verbal, pessoalmente, a cada participante.

As participantes foram recebidas no auditório da instituição do estudo, em um ambiente acolhedor onde todas sentaram-se em um tapete, com uma almofada cada uma; o ambiente estava aromatizado, através de difusor elétrico, com óleos essenciais diversos. Foi entregue a cada participante uma pasta contendo bloco de anotações, canetas e referenciais teóricos relacionados ao tema da oficina para consulta quando necessário. Ficou organizado e disponibilizado, durante toda a oficina, uma mesa com lanche.

Para iniciar a oficina, foi aplicada uma dinâmica intitulada “mala coletiva”, momento em que foi dado como exemplo uma situação fictícia na qual o grupo presente iria acampar, sendo solicitado às participantes exemplos de itens e objetos necessários para compor uma mala coletiva de viagem para um acampamento. Imediatamente as participantes começaram a citar itens. Ao final da dinâmica

objetivou-se demonstrar que o Guia de Cuidados a ser construído através das oficinas seria como uma mala coletiva de sugestões e ideias para o Centro Obstétrico e instituição de saúde.

Sequencialmente foi apresentado de forma resumida, através do programa *Power Point*, o projeto de intervenção a ser desenvolvido, evidenciando a situação problema, os objetivos e caminho metodológico a ser seguido pelo estudo; foi apresentada a programação prevista para as demais oficinas, com suas respectivas datas, horários e temas; foi efetuado um acordo de convivência, visando a aproveitamento do tempo disponível e a qualidade da gravação do áudio que posteriormente foi transcrito na íntegra. Foram dadas as boas vindas às participantes e realizado convite verbal para que as mesmas participassem de todas as oficinas rumo à construção do Guia de Cuidados.

Em seguida, foi apresentado o vídeo “OMS publica novas diretrizes para reduzir intervenções médicas desnecessárias no parto, (2018)” publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) no *You Tube*, com o objetivo de sensibilizar as participantes a uma assistência respeitosa, com o direito à presença do acompanhante e melhora da comunicação entre as mulheres e profissionais de saúde.

Foi apresentado o tema da presente oficina, Admissão no Centro Obstétrico, e iniciado as discussões. Conforme as sugestões foram elencadas, a pesquisadora foi registrando em um bloco de anotações.

Caminhando-se para o encerramento, foi entregue um formulário para a avaliação da oficina, que foi preenchido por cada participante e entregue anonimamente. Das 7 participantes do estudo, 5 estavam presentes nessa oficina com duas ausências, sendo uma devido férias e outra que justificou residir longe do hospital para comparecer fora de seu horário de expediente.

b) Desenvolvimento da oficina 2 – Trabalho de Parto e Parto

A oficina 2, denominada “Trabalho de Parto e Parto”, teve como objetivo revisar dados sobre a oficina anterior, discutir o tema proposto da oficina e continuar a construção do Guia de Cuidados.

As participantes foram recebidas no auditório da instituição do estudo com a mesma ambiência da oficina anterior. Sequencialmente foi lembrado o acordo de convivência e os principais tópicos elencados na oficina anterior, com sugestões e

ajustes. Foi incentivado a continuidade da participação dos encontros para a construção do Guia de Cuidados.

Em seguida, foi apresentado o tema da presente oficina, Trabalho de Parto e Parto, dando-se início as discussões. Conforme as sugestões foram elencadas, a pesquisadora foi registrando em um bloco de anotações.

Caminhando-se para o encerramento, foi entregue um formulário para a avaliação da oficina, que foi preenchido por cada participante e entregue anonimamente. Das 7 participantes do estudo, apenas duas estavam presentes nessa oficina com 5 ausências, sendo uma devido férias, uma que justificou residir longe do hospital para comparecer fora de seu horário de expediente, uma que estava em aula da pós-graduação, e duas não justificadas.

c) Desenvolvimento da oficina 3 – Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta

A oficina 3, denominada “Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta”, teve como objetivo revisar dados sobre as oficinas anteriores, discutir o tema proposto da oficina e dar continuidade à construção do Guia de Cuidados.

As participantes foram recebidas no auditório da instituição do estudo com a mesma ambiência da oficina 1. Sequencialmente foi lembrado o acordo de convivência e os principais tópicos elencados nas oficinas anteriores, com sugestões e ajustes. Foi incentivado a participação na última oficina, encontro de apresentação do Guia, para o qual ficou acordado que, na primeira hora, seria apresentado e realizado ajustes no Guia pelas participantes do estudo e, na segunda hora, seria realizado uma pré apresentação do Guia aos gestores e profissionais de enfermagem convidados do Bloco Materno-Infantil.

Em seguida, foi apresentado o tema da presente oficina, Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta, dando-se início as discussões. Conforme as sugestões foram elencadas, a pesquisadora foi registrando em um bloco de anotações.

Caminhando-se para o encerramento, foi entregue um formulário para a avaliação da oficina, que foi preenchido por cada participante e entregue anonimamente. Das 7 participantes do estudo, apenas duas estavam presentes nessa oficina com 5 ausências, sendo uma devido férias, uma que justificou residir longe do

hospital para comparecer fora de seu horário de expediente, uma que estava em aula da pós-graduação, e duas não justificadas.

d) Desenvolvimento da oficina 4 – Apresentação do Guia e Confraternização

A oficina 4, denominada “Apresentação do Guia e Confraternização”, teve como objetivo apresentar o Guia de Cuidados elaborado no decorrer das oficinas anteriores, realizar ajustes pertinentes e necessários, e comemorar o final das oficinas através de uma confraternização.

As participantes foram recebidas no auditório da instituição do estudo, em um ambiente acolhedor onde todas sentaram-se nas cadeiras do próprio auditório. Foi disponibilizado uma mesa com lanche para a finalização dos encontros com uma confraternização.

Sequencialmente foi lembrado o acordo de convivência e dado andamento a leitura, na íntegra, do Guia elaborado. Durante a leitura os ajustes foram realizados de acordo com a pertinência e necessidade.

Durante essa oficina as participantes foram chegando aos poucos, uma a uma, até o final da leitura do Guia.

Caminhando-se para o encerramento, foi entregue um formulário para a avaliação da oficina, que foi preenchido por cada participante e entregue anonimamente. Das 7 participantes do estudo, 5 compareceram nesse dia, havendo duas ausências, sendo uma devido exoneração e outra não justificada.

Em seguida foi realizada uma pré apresentação a profissionais de enfermagem convidados do Bloco Materno-Infantil, aproximadamente, 10 profissionais. Uma gestora compareceu, porém não pode ficar durante toda a apresentação.

4.1.4 Fase de análise

Na PCA, a análise e interpretação dos dados ocorrem simultaneamente, de forma que permita a imersão do pesquisador aos relatos obtidos. (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A análise dos dados foi realizada utilizando-se a técnica de análise de conteúdo, muito utilizada para analisar dados de pesquisas qualitativas. Essa técnica

faz análise das comunicações, do que foi falado durante entrevistas e observado pelo pesquisador; posteriormente o material é classificado em categorias para que se possa melhor compreender os discursos (SILVA; FOSSÁ, 2015).

O referencial que norteou a análise dos dados do presente estudo foi a Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2011), que está organizada em três fases: pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

As oficinas foram audiogravadas utilizando-se um gravador digital. Os áudios foram transcritos na íntegra utilizando-se a letra P com seu respectivo numeral ordinário para a identificação da fala de cada participante, sendo P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P7, garantindo assim o anonimato das participantes.

A primeira fase ou pré análise tem como objetivo a organização do material, na qual o material será editado, ou seja, preparado formalmente para ser utilizado (BARDIN, 2011).

Na pré análise foi realizada a leitura flutuante do material a ser analisado, organizando-o e sistematizando-o para quantas análises posteriores fossem necessárias, destacando-se observações importantes e condizentes com os objetivos do estudo para a melhor interpretação dos dados coletados (BARDIN, 2011).

Na segunda fase, constituída pela exploração do material, foram formadas as categorias através da codificação dos dados. O critério utilizado para a formulação das categorias foi o semântico, o qual elencou as categorias em temáticas. Para a codificação os dados foram separados em unidades de contexto com seus respectivos temas ou unidades de registro. Estas são códigos ou significados dados a um determinado segmento de conteúdo, visando a categorização. Por sua vez, as unidades de contexto são segmentos da mensagem que auxiliarão na interpretação dos códigos aferidos às unidades de registro (BARDIN, 2011). No QUADRO 5 está representado a codificação realizada na análise dos dados contendo as categorias com suas respectivas unidades de registro.

QUADRO 5: CODIFICAÇÃO CONTENDO AS CATEGORIAS COM SUAS RESPECTIVAS UNIDADES DE REGISTRO.

CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO
DIFICULDADES NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA	DIFICULDADES DA GESTÃO
	DIFICULDADES RELACIONADAS AO ACOMPANHANTE
	DIFICULDADES DE ESTRUTURA
	DIFICULDADES NA INTERNAÇÃO E DURANTE O TRABALHO DE PARTO
	DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO
	DIFICULDADE NA INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA
HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO	HUMANIZAÇÃO
PERSPECTIVAS DE MUDANÇA NO CENÁRIO	ESTRATÉGIAS PARA A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA
	PROCESSO DE TRABALHO
	ENSINO/EDUCAÇÃO
	SEGURANÇA DO PACIENTE

FONTE: A autora (2019).

Na terceira e última fase, tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foi realizada a análise das categorias, destacando-se as semelhanças e diferenças captadas em todo o material coletado, relacionando-as com o referencial metodológico (BARDIN, 2011).

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná em novembro de 2018 e, de acordo com as atribuições definidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 (BRASIL, 2012), foi aprovado em 25 de fevereiro de 2019, com o registro nº 02471918.3.0000.0102e Parecer nº 3.166.754 (ANEXO 1). Foram previamente informados os objetivos, métodos, vantagens e desvantagens do estudo aos profissionais de enfermagem, convidando-os a participar, sendo-lhes garantida a desistência a qualquer momento. Para garantir sigilo e anonimato os nomes verdadeiros foram omitidos e atribuídos códigos para identificação. As oficinas foram gravadas, conforme permissão e autorização das participantes que assinaram o TCLE.

Foi obtida também a autorização da Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais (ANEXO 2) para o início da coleta dos dados no campo de pesquisa de sua responsabilidade, o local do estudo.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos na primeira etapa da coleta dos dados, através da aplicação do questionário que procurou identificar o perfil da Enfermeira Obstetra com questões de sua vida e experiência profissional, mostraram que em relação à faixa etária, seis participantes possuem entre 26 e 35 anos de idade, e uma participante entre 36 e 45 anos. Quanto ao tempo de formação como enfermeira, quatro tem entre seis e dez anos, uma entre dois e cinco anos, uma entre 11 e 15 anos, e uma entre 16 e 20 anos. Em relação ao tempo de formação como Enfermeira Obstetra, três tem entre dois e cinco anos, duas possuem menos de dois anos e duas entre seis e dez anos.

Quando questionadas sobre o tempo de atuação na assistência ao parto, três tem entre dois e cinco anos, uma possui menos de dois anos, uma entre 11 e 15 anos, e duas nunca atuaram na assistência ao parto. Em relação a atuação em outro serviço que não fosse Centro Obstétrico, na assistência ao parto, duas já atuaram e cinco não.

O QUADRO 6 mostra a caracterização da Enfermeira Obstetra deste estudo, trazendo informações sobre o gênero, faixa etária, tempo de graduação em enfermagem, tempo de graduação em enfermagem obstétrica, tempo de atuação em CO e/ou assistência ao parto, atuação na assistência ao parto fora do CO e a participação em cursos de atualização em enfermagem obstétrica.

QUADRO 6: CARACTERIZAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA DA MATERNIDADE DO ESTUDO

(continua)

GÊNERO	100% - FEMININO			
FAIXA ETÁRIA	26 – 35 anos		36 – 45 anos	
	6		1	
TEMPO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	2 – 5 anos	6 – 10 anos	11 – 15 anos	16 – 20 anos
	1	4	1	1
TEMPO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	Menos de 2 anos	2 – 5 anos	6 - 10 anos	
	2	3	2	
TEMPO DE ATUAÇÃO EM CO E/OU ASSISTÊNCIA AO PARTO	Menos de 2 anos	2 – 5 anos	11 – 15 anos	Nunca atuou / Não se aplica
	1	3	1	2
ATUAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO FORA DO CO	SIM		NÃO	
	2		5	

(conclusão)

	SIM	NÃO
PARTICIPAÇÃO EM CURSOS DE ATUALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	<ul style="list-style-type: none"> - “Sim” - “Atualização em aleitamento materno em 2017” - “Siaparto 2017, rede cegonha 2017 e 2018” - “Sim. Aprimoramento UFMG. Julho 2017” 	<ul style="list-style-type: none"> - “Não” - “Nos últimos 2 anos não” - “Não, infelizmente nos últimos anos não tive tempo devido problemas pessoais.”

FONTE: A autora (2019).

Em relação às expectativas enquanto Enfermeira Obstetra, pergunta presente ainda na primeira parte do questionário, três discursos falam sobre o desejo de mais autonomia à Enfermeira Obstetra, enquanto os demais discursos falam sobre conseguir prestar uma assistência de qualidade e humanizada, conforme as falas a seguir:

“Que consigamos conquistar o espaço da atenção a Enfermeira Obstetra que também é nosso por direito para que as mulheres consigam ter um atendimento mais humanizado”. (P3)

“Ter maior atuação, respeito e reconhecimento profissional.” (P6)

“Conseguir atuar no ambiente em que trabalho atualmente colocando em prática a visão humanizada e natural a qual acredito que a assistência deva ser prestada”. (P8)

“Proporcionar um atendimento de qualidade a mulher, e através do conhecimento técnico proporcionar uma assistência com qualidade e respeito.” (P7)

“Que a humanização do trabalho de parto e parto sejam uma realidade verdadeira no nosso serviço.” (P1)

“Melhorar o acolhimento as gestantes no meu atual local de trabalho”. (P5)

“Dar um melhor atendimento a nossa paciente.” (P2)

Os resultados seguintes, apresentados neste capítulo, foram obtidos a partir da Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2011), da qual emergiram três categorias, sendo: “Dificuldades na atenção obstétrica”, “Humanização no processo de parturição” e “Perspectivas de mudança no cenário”. Na sequência, será apresentada a síntese do produto desta dissertação, ou seja, o “Guia de Cuidados para Enfermeiras Obstetras do Centro Obstétrico” (APÊNDICE 5).

O APÊNDICE 6 apresenta as categorias emergentes, durante a análise dos dados das oficinas realizadas, com suas respectivas unidades de contexto e unidades de registro.

5.1 CATEGORIAS

“As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos [...] sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos” (BARDIN, 2011, p. 147).

A categoria “Dificuldades na atenção obstétrica”, emergiu através de dificuldades encontradas no serviço desde o internamento da parturiente até sua alta do CO, relacionadas à gestão, ao manejo do acompanhante, a estrutura, a internação e trabalho de parto, aos processos de trabalho e a inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto.

A categoria “Humanização no processo de parturição”, surgiu a partir da observância, durante os discursos, de uma assistência empática e respeitosa, pautada em diretrizes recomendadas pelo MS e pela OMS como, por exemplo, apoio emocional, oferta dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, comunicação efetiva, incentivo à livre movimentação e a escolha da posição para o momento do parto, entre outras.

A categoria “Perspectivas de mudança no cenário”, foi elencada baseada nas falas referentes as estratégias para a inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto, organização dos processos de trabalho, a importância do ensino, educação continuada e da segurança do paciente.

5.1.1 “Dificuldades na atenção obstétrica”

A categoria “Dificuldades na atenção obstétrica” representou as dificuldades encontradas nos discursos das participantes relacionadas à gestão, ao manejo do acompanhante, à estrutura, ao momento do internamento e processo do trabalho de parto, aos processos de trabalho e à inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto.

As dificuldades relacionadas à gestão foram mencionadas por três participantes, as quais pontuaram a necessidade de apoio à Enfermeira Obstetra e a estruturação da atenção ao pré-natal de alto risco, conforme as falas a seguir:

“Tem que ser feita uma reunião, tem que ser repassada pela nossa coordenação, que não adianta só a gente fazer e fazer barulho, a coordenação tem que estar junto, tem que estar sustentando a gente.” (P4)

“Mas tem um monte de paciente que eu estou entrevistando de puérpera que encaminharam para o alto risco e nem chegaram a consultar. E quando eu trabalhava na unidade sempre saía consulta do alto risco naquela época, sempre funcionava.” (P3)

“Está muito falho o alto risco desde que mudou para cá, para o centro daqui está muito falho.” (P2)

As dificuldades relacionadas ao acompanhante foram citadas por cinco participantes, dentre as quais mencionaram a falta de alinhamento, com a equipe multiprofissional, da gestão do acompanhante e o uso irracional do celular pelo mesmo e falta de apoio à parturiente, observados nos discursos a seguir:

“[...] foi uma emergência, não tinha como a gente parar para arrumar o acompanhante para entrar naquela emergência, é uma emergência não vai entrar acompanhante, ponto, infelizmente. Só que daí chegou a segunda emergência, piorou a situação, aí a anestesio virou para mim e falou assim: “Mas o Doutor deixou entrar”, eu olhei para cara dela e falei assim: “Doutora, quem manda aqui no plantão que entra

ou não entra acompanhante sou eu, não vai entrar porque eu tenho outra emergência entrando na sala três, eu não tenho como arrumar pai agora, infelizmente.” (P2)

“Não, assim, toda vez que a gente passa por ali tem um louco (acompanhante) querendo que a gente abre a porta para eles falarem, então se você vai abrir a porta ali do centro obstétrico “Por favor, já veja não sei quem” (P5)

A entrada do acompanhante de livre escolha pela parturiente é permitida na instituição do estudo durante o processo de parturição porém, democraticamente, as participantes optaram em não permiti-lo logo na entrada da parturiente ao CO quando, inicialmente, será efetuada a admissão, na qual está inclusa a entrevista sobre dados pessoais, comorbidades pregressas e atuais, e na sequência a recepção do acompanhante. A justificativa dessa decisão é o constrangimento e falta de informações adequadas fornecidas pela parturiente verificadas em alguns atendimentos quando o acompanhante está presente.

As dificuldades relacionadas à estrutura foram citadas por quatro participantes, com foco no dimensionamento de pessoal, pouco computadores para registro no prontuário eletrônico e estrutura física, conforme as falas a seguir:

“O duro é que o CO não tem isso descrito certinho. Não tem o dimensionamento. Não tem o dimensionamento, porque na verdade o dimensionamento do CO ele vai dependendo da classificação da paciente [...]” (P2)

“No hospital não tinha enfermeiro nem no centro cirúrgico e nem no CO (há alguns anos atrás).” (P1)

“Falta todo quanto é tipo de profissional.” (P5)

“Eu não sei quantos computadores estão lá, isso era o problema, não é, E.?”
(P6)

“Apesar que ali é um ambiente meio pequeno (o CO).” (P1)

As dificuldades encontradas na internação e durante o processo do trabalho de parto referem-se a falta de atualização cadastral pelo auxiliar administrativo que realiza o internamento, ao desrespeito à fisiologia do parto e à falta de humanização na assistência prestada pela equipe do CO. Cinco participantes trouxeram falas sobre essa temática, dentre algumas a seguir:

“Não, já tem o que é o cadastro pronto ... eles (os administrativos) não confirmam nada. Eles não confirmam nada. [...] Deveriam, mas eles não confirmam, porque tem mães que está com o nome do ex-marido no cadastro.” (P2)

“Porque se começa dá uma enroscadinha geralmente é colocado (ocitocina).” (P1)

“Está no banho lá (e o médico diz) “Tira do banho que eu quero avaliar.” (P1)

“(o médico) Só vai lá contar de vez em quando (como está a evolução do trabalho de parto).” (P1)

“As vezes a gente chega perguntando: “E aí, como é que foi?” (a avaliação médica), “Não sei, não me falou”. (P4)

“Às vezes o bebê está ruim ali, vem para neo (UTI Neonatal) e ninguém nem foi lá falar com a mãe ainda sobre.” (P1)

“O que a gente tenta sempre, vamos dizer assim, poupar, é que como já tem coleta, puncionou e coleta já para não ter que furar ela de novo, faz a punção e já faz a coleta, mas todas, a maioria delas é todas puncionadas.” (P2)

“É, que quase 100% dos médicos quer que esteja puncionado.” (P1)

“Lá (no CO) é sempre uma converseira.” (P6)

“É divertido, mas para as pacientes que estão com dor ali acho que não deve ser muito.” (P1)

“Esses dias veio uma paciente lá que tinha um plano de parto, acho que ela copiou e colou lá, e a gente percebia que ela não entendia de nada aquilo, e aí um dos tópicos estava lá “Deixar a placenta sair naturalmente”. (P1)

“É, vai ser difícil no hospital ela (a parturiente) conseguir (que deixem a placenta sair naturalmente).” (P4)

“O que a gente costuma ver, a gente vê muito aqui na nossa realidade... Puxos dirigidos, não é. São os puxos dirigidos que é difícil você retirar.” (P1)

“Ele (o médico) ficava: “Faz força, filha, faz força. Filha, para. Filha, agora deixa comigo, filha, vem, vem. Pode deixar que o bebê está vindo, filha, vem. Não faz força, filha, deixa o bebê vir” (relato da fala de um médico), [...]” (P2)

As dificuldades relacionadas aos processos de trabalho, mencionadas por cinco participantes foram muitas, dentre as quais a falta da definição de papéis e responsabilidades; de protocolos assistenciais, normas e rotinas; do cumprimento de protocolos já existentes; carência e inexistência do registro da assistência prestada pela Enfermeira Obstetra no prontuário eletrônico; excesso de serviços administrativos centrado na Enfermeira Obstetra; dificuldade em conciliar a presença de estagiários de enfermagem e medicina, de vários níveis, em formação, observadas nas falas a seguir:

“Aí ela foi passear lá e daí estava com frio, a criança estava com frio, aí peguei e chamei a nossa pediatra, aí a menina trouxe de volta a criança, a criança começou a gemer, eu falei: “Só avisa a pediatra que eu vou colocar um ou dois (litros de oxigênio), porque está com 89 (saturação), mas está gelada, eu vou esquentar ela”. Sabe o que a pediatra mandou eu fazer? Mandou eu colocar no hood... sem ver a criança, sem nada, eu falei: “Não, eu não vou colocar no hood..., ela tem que vir aqui”, “Agora eu estou prescrevendo, não posso ir”, ... está falando. Daí a pessoa não veio, a pessoa não veio, aí eu falei: “Não, não vai?” (P2)

“Porque eu preciso da sua ajuda aqui”, pegou, grudou no meu braço (a anestesista) e foi me puxando, eu falei: “Doutora, você não está vendo que eu estou

trabalhando?”, “Ai não, eu preciso que você veja aqui esse negócio”, eu falei: “Doutora, eu estou conversando com a Residente aqui a pediatra e eu já vou conversar com a doutora”. Mas eu ignorei daí ela, sabe? Daí daqui a pouco ela aparece: “Ai, não, eu só queria que você me ajudasse aqui porque essa mãezinha tem 24 anos é o terceiro filho cesárea e o útero dela está um papel, eu quero ver se você ajuda a fazer laqueadura nela”, eu falei assim para a cara dela: “Sou enfermeira obstetra, eu não faço laqueadura”, “Só me ajuda a ver se ...”, “Se a Doutora falou que vai fazer ela vai fazer, é o trabalho dela, não é nem da enfermeira e nem da anestesista”. (P2)

“Quem administra é o médico. Quem prepara é a enfermagem. (sobre o sulfato de magnésio)” (P4)

“Quem faz administra.” (P6)

“Eu acho que é bom colocar como rotina (aferição dos sinais vitais) agora já que estão colocando.” (P6)

“[...] Então só que muitos que nascem a gente coloca, o médico coloca, porque as vezes não sabe se o pediatra vai deixar ficar no contato pele a pele.” (P4)

“Eu não tenho o hábito de evoluir as coisas que eu faço.” (P1)

“Proceder o registro, que hoje vocês não colocam muito, mas fazer uma evolução de vocês.” (P6)

“Eu acho que dá para fazer também, dá para a gente já começar a evoluir no prontuário eletrônico.” (P4)

“Até para respaldo de vocês (a evolução no prontuário eletrônico), ... papelada aqui se perde até.” (P6)

“Pois é, seis horas para mim é complicado, quando você vê você consegue mal e mal fazer, que nem hoje eu fiquei com uma paciente ali, aquela no box dois, então eu fiquei fazendo a parte ali do acompanhamento, do apoio, da doula ali, a doutora

ficou ali para fazer o parto, mas eu fiquei acompanhando ela. Então é difícil também, porque já fiquei ali quando eu vi já tinha... já estava mais uns nascendo, já não tinha feito a primeira DN (preenchimento da DNV), já não tinha...” (P2)

“Eu acho que acadêmica é mais para observar mesmo.” (P1)

“E hoje eu fui lá e tirei elas do parto (as acadêmicas), porque a paciente não queria, a paciente queria a doutora que estava fazendo, a pediatra e eu só, ela não queria mais ninguém, eu peguei fechei a cortina e falei: “Olha, a paciente não quer mais ninguém olhando ela”. (P2)

As dificuldades relacionadas à inserção da Enfermeira Obstetra na assistência direta ao parto foram citadas por sete participantes, dentre as quais a sobrecarga de tarefas, principalmente administrativas; grande número de residentes e estagiários, principalmente durante o dia; resistência do médico à assistência prestada pela Enfermeira Obstetra, observadas nas falas a seguir:

“O exame físico para nós como enfermeira é inviável.” (P2)

“É muito paciente para só uma pessoa (a Enfermeira Obstetra).” (P3)

“Mas a DNV não é uma coisa a se pensar a tirar do CO, da enfermeira?” (P7)

“Porque eu acho o que seria ideal também para a Enfermeira Obstetra sair um pouco do administrativo, total sair do administrativo.” (P7)

“Mas é complicado, tem hora que você fecha ali, deu o tempo lá, nasceu dez, tem dez DNVs para preencher.” (P5)

“Mas a gente também não consegue olhar todas (as pacientes).” (P2)

“Mas nós podemos fazer essa avaliação (do puerpério imediato).” (P4)

“A gente partejar, a gente não consegue partejar, porque a gente está junto e de repente chega o médico “Deita aí, vamos fazer o toque”, poxa, aí quebra todo aquele clima.” (P4)

5.1.2 “Humanização no processo de parturição”

A categoria “Humanização no processo de parturição” trouxe relatos da assistência empática e respeitosa que é prestada à parturiente, pautada nas diretrizes recomendadas pelo MS e pela OMS como, por exemplo, apoio emocional com respeito à privacidade, oferta dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, comunicação efetiva, incentivo à livre movimentação e escolha da posição para o momento do parto. Os relatos foram citados por seis participantes, conforme a seguir:

“Sim, e a respiração também irregular, falta oxigênio para ela e aí dá sensação, ela falava: “Ai, eu vou desmaiar”, dava essa sensação de desmaio também. Aí quando ela respirava certo assim você via que até a fisionomia, os lábios ficavam mais corados, ela conseguia ficar mais tranquila. Então tem coisas tão simples que a gente pode ajudar e que faz a diferença.” (P4)

“Às vezes a gente coloca umas musiquinhas lá no celular da... a gente comprou uma caixinha de som até, daí eu fiz uma lista de músicas no pen drive assim, músicas ..., música bonitinhas assim.” (P1)

“Mas eu acho que se as vezes a gente tentar dividir a equipe para uma delas pelo menos estar dando esse apoio (ao acompanhante durante as emergências), eu vejo que faz bastante diferença. (P2)

As participantes também citaram o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e livre escolha de posição:

“E eu vou colocar aromoterapia também.” (P4)

“Aqui a gente pode colocar sobre a massagem, fazer ou orientar o acompanhante em relação a massagem e a respiração.” (P4)

“Uso só ele, nossa, eu uso bastante.” (chuveiro) (P2)

“Acho que não incentivar, mas mostrar, mostrar qual que tem. (posições para o parto)” (P6)

“Estimular a se movimentar. (durante o trabalho de parto)” (P1)

Falaram sobre a necessidade de empatia e comunicação efetiva:

“Seria interessante. Eu acho importante se apresentar.” (P5)

“Sempre falar pelo nome já da paciente, que esse é bem verdade, e não “Mãe, vem aqui”. (P5)

“Não, pelo nome eu fico brava, quando elas falam: “Do box dois, box três”, eu não conheço, eu falo: “Eu não conheço essa, não está registrado com esse nome aqui dentro”, aí até agora poucas vezes eu falava.” (P2)

“[...] Eu normalmente, todas que são admitidas no meu plantão e quando eu estou pegando plantão também eu tenho que fazer isso, ir de box em box e me apresentar, “Olha, eu sou a enfermeira responsável pelo plantão, o meu nome e tal e assim se você tiver alguma dúvida eu me coloco a disposição”.(P4)

“Estimular, incentivar o contato pele a pele e orientar a mãe o que está sendo feito, o que é o contato pele a pele.” (P4)

“Parabenizar a paciente.” (P6)

“Viu como você conseguiu, que elas falam assim: “Eu não vou conseguir”, “Como você conseguiu. Parabéns”. (P1)

“A gente pode ... para orientar a respiração que nem você falou, que é bem importante, falar antes, falar com o acompanhante.” (P6)

“E acho importante também ter que falar com o acompanhante, eu vejo muito, a gente passa ali e eles estão ali fora bem perdidos, sabe? Aí tipo alguma vez eu vou lá para fazer alguma coisa lá no centro obstétrico, “Você veja lá para eu não falar com não sei quem”, eles ficam desesperados.” (P5)

“Eu não me dou com esses cheiros, incenso, essas coisas eu não gosto, me dá muita dor de cabeça.” (P6)

“Dá para perguntar, não tem muitas pacientes, uma ou duas, vamos perguntar: “A gente tem um cheirinho aqui, vocês gostam? Querem?” (P1)

“A vontade dela (da mulher) é soberana.” (P1)

5.1.3 “Perspectivas de mudança no cenário”

A categoria “Perspectivas de mudança no cenário” trouxe falas relacionadas a estratégias para a inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto, para a organização dos processos de trabalho e sobre a importância do ensino, educação e segurança do paciente.

Todas as participantes se manifestaram sobre o assunto relacionado às estratégias para a inserção da Enfermeira Obstetra, contribuindo com sugestões para a inserção da Enfermeira Obstetra como a contratação de agente administrativo para desempenhar atividades administrativas pertinentes a sua função, divisão de tarefas entre a equipe de enfermagem, divisão da assistência ao parto entre médicos e Enfermeiras Obstetras quando mais de uma parturiente no CO, vantagens da assistência prestada pela Enfermeira Obstetra, esperança em uma nova estrutura previsão de construção.

As entrevistadas falaram sobre a contratação de agente administrativo:

“Isso, seria mais o administrativo, que eu acho que é importante a gente ter ali, porque quanto mais pessoas preenchem mais erros vão ter, se ficar concentrado em um outro só.” (P4)

“E., me eu trabalhei um tempo no Fátima e eles tinham lá secretária por conta disso, agendar cirurgia.” (P7)

Em relação à divisão de tarefas entre a equipe de enfermagem:

“Então assim, fazer orientações ao acompanhante sobre a rotina do setor que eu acho que não precisa ficar só no enfermeiro.” (P4)

“Não, eu acho que é a equipe. A equipe de enfermagem. Porque você não vai... A gente é sozinha, que nem hoje como é que eu ia fazer orientação para acompanhante.” (P2)

Em relação à divisão da assistência ao parto entre médicos e Enfermeiras Obstetras:

“Uma coisa que a gente poderia, que algumas médicas comentaram, a gente não precisa assumir todos como os médicos fazem, mas, por exemplo, chegou uma lá que a gente viu que é de risco habitual e a gente assumir uma, ficar responsável por aquela, naquele plantão. Não sei se para a Enfermeira do dia, não sei se é fácil, porque é muita gente durante o dia, mas a noite tem como fazer isso, porque aí fica essa... [...]” (P4)

“Mas não tem como colocar assim ali no guia, não sei, acho que guia que você está chamando, colocar a noite então a princípio, só para já dar essa definição essa abertura.” (P3)

Em relação às vantagens da assistência pela Enfermeira Obstetra:

“Bola, daí uma delas eu desviei (da intervenção médica), botei no banho antes, daí quando voltou do banho já (nasceu)...” (P2)

“Eu faço evolução no sistema do atendimento que eu fiz, porque a gente consegue fazer uma evolução bem mais rica, completa do que a que eles fazem, eu não sei se vocês já observaram o deles, a evolução dos médicos.” (P4)

Falaram também sobre a nova estrutura hospitalar prevista para construção, anexa ao hospital atual:

“Mas disse que esse hospital novo, o Doutor estava falando que não vai ser box assim com cortininha, ...vai ser tipo um quarto assim, doze, cada um com seu banheiro.” (P1)

“Doze mais dois com banheira, vão ser quatorze ao todo, você viu a planta?” (P4)

“Pelo menos teve um projeto. Tem que sonhar, ter esperança e acreditar que vai acontecer (a construção do novo anexo hospitalar).” (P6)

Dentro das perspectivas relacionadas ao processo de trabalho, três participantes discursaram conforme a seguir:

“A logística ... isso é uma coisa que eu acho que a gente tem que bater o pé, que nem entra na questão da punção também, de não vamos fazer, não vamos fazer. Acompanhante é nosso trabalho, aí eles: “Não, pode liberar a troca”, “Opa”. (P2)

“Eu acho que se continuar dessa maneira, explica assim: “Olha, ele vai entrar, a gente primeiro te admite”, sempre explica, “Te admite, vamos fazer todos os procedimentos iniciais aqui e depois a gente recolhe ele”, então os dois sabem que vai, é só um pouquinho, questão de meia hora.” (P1)

“E assim na minha noite toda, agora que está mudando um pouquinho, a M. ela entra com todo mundo lá dentro, com acompanhante, vai todo mundo, as vezes se a gente está lá na sala da RN ela entra até lá dentro com a gestante e com o acompanhante, sem brincadeira.” (P4)

“A gente tem que começar a colocar no sistema (a evolução).” (P2)

As perspectivas relacionadas ao ensino/educação estiveram presentes nos discursos de quatro participantes, conforme a seguir:

“Eu gostei desse fluxograma (de hemorragia pós-parto HPP). Eu achei bem interessante esse ali.” (P2)

“Fazer alguma coisa só de HPP só, que esse é o que eu acho que mais a gente tem ali dentro, está com desenhinhos, com mais esquemas para ficar mais fácil ...”
(P4)

“Colocar aquela fotinha lá (da mensuração) do sangue, eu achei legal.” (P6)

“[...] E ainda assim, dependendo do residente que está agora, eu vejo que a paciente não está assim tão em estado tão crítico, “Já aprendeu a sondar? O material está ali. Quer aprender?”, estou assim, ainda mais essa equipe de agora, cara.” (P2)

“E. aprendeu assim, entendeu? Diluir medicação, puncionar. “Já sabe?”, “Não, não sei”, “Então vai fazer”. (P2)

“Já tem faz um tempinho já que não é mais necessário (a limpeza do períneo).”
(P6)

“Esses campos (estéreis) todos ali nada disso não...” (P1)

“Isso eu acho que seria legal a gente incluir de repente um treinamento com as meninas lá da frente, as meninas que traz essa puérpera...” (P2)

Enfim, as perspectivas relacionadas à segurança do paciente foram mencionadas por quatro participantes, dentre as quais:

“[...] As mulheres devem ser informadas da importância da higiene perineal, incluindo a troca frequente de absorventes, lavando as mãos antes e depois disso, e banhos diários para manter seu períneo limpo. É uma coisa que a gente não frisa muito assim além de orientação, não sei depois no alojamento como que é.” (P4)

“É, eu enquanto estou ali fazendo (a sutura do períneo), depois que o neném nasceu eu gosto bastante de falar isso, principalmente da limpeza, lavar.” (P2)

“Até no curso da gestante aqui é falado também (sobre higiene), aquela palestra (do pré-natal)” ((P6)

“Eu pego bastante no pé das residentes ali, porque as residentes também “A paciente do box tal”, eu falei: “Eu não vou colocar ocito (ocitocina) em paciente de box nenhum”, eu falei assim: “Porque eu já troquei, já fiz a dança das cadeiras, então eu quero nomes”. (P2)

“Eu acho pouco, inclusive, a uma hora pós-parto só no CO, eu acho que tinha que ser pelo menos duas horas também. [...]” (P4)

“Permitir estimular a presença do acompanhante.” (P4)

5.2 SÍNTESE DO PRODUTO “GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO CENTRO OBSTÉTRICO”

As oficinas realizadas contribuíram de forma dinâmica à construção do Guia de Cuidados para Enfermeiras Obstetras do Centro Obstétrico, produto desta dissertação. Contou com a participação ativa das Enfermeiras Obstetras que poderão utilizar o guia para a melhoria da assistência obstétrica. O QUADRO 7 apresenta o Guia sintetizado e, no APÊNDICE 5, encontra-se a versão na íntegra do Guia de Cuidados para Enfermeiras Obstetras.

QUADRO 7: SÍNTESE DO GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO CENTRO OBSTÉTRICO

(continua)

SÍNTESE DO GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO CENTRO OBSTÉTRICO	
ÍNDICE	FINALIDADE
APRESENTAÇÃO	Apresentar a importância da construção do Guia
AGRADECIMENTOS	Demonstrar a colaboração das Enfermeiras Obstetras e gestores à construção do Guia
1 INTRODUÇÃO	Qualificar a assistência prestada pela Enfermeira Obstetra
2 ACOLHIMENTO DA GESTANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO	Padronizar e garantir um acolhimento humanizado e seguro à parturiente
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	Apresentar a melhor forma de assistência ao parto e nascimento, prestada pela Enfermeira Obstetra, baseada em evidências científicas.
3.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	Mostrar os cuidados prestados pela Enfermeira Obstetra na fase latente e ativa do trabalho de parto.
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	Mostrar os cuidados prestados pela Enfermeira Obstetra na fase expulsiva do trabalho de parto.

(conclusão)

3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	Mostrar os cuidados prestados pela Enfermeira Obstetra na fase do nascimento à dequitação placentária.
4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO IMEDIATO	Apresentar os cuidados prestados pela Enfermeira Obstetra após a saída completa da placenta.
5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ALTA DO CENTRO OBSTÉTRICO	Apresentar os cuidados prestados pela Enfermeira Obstetra para a alta segura da parturiente do CO.
6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	Apresentar a assistência da Enfermeira Obstetra nas principais emergências obstétricas, através de figuras, quadros e fluxograma.
6.1 SANGRAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO	Mostrar os sinais de alerta ao sangramento durante o trabalho de parto e a assistência da Enfermeira Obstetra às situações sugestivas de sangramento.
6.2 DISTÓCIA DE OMBRO	Mostrar os sinais sugestivos da distócia de ombro e as manobras possíveis de reverter a distócia, pela Enfermeira Obstetra, até a chegada do médico.
6.3 SOFRIMENTO FETAL	Mostrar os sinais de alerta sugestivos de sofrimento fetal com as respectivas condutas a serem adotadas pela Enfermeira Obstetra.
6.4 HEMORRAGIA PÓS-PARTO	Mostrar os sinais de alerta à hemorragia pós-parto com suas possíveis causas e conduta de tratamento.

FONTE: Adaptado de PILER (2018).

6 DISCUSSÃO

Este estudo revelou fragilidades e potencialidades relacionadas à assistência prestada no CO da maternidade objeto do estudo. Durante as falas das Enfermeiras Obstetras foi verificado a dificuldade do apoio da gestão à inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto, assim como outros fatores dificultadores como a sobrecarga de tarefas administrativas, o grande número de estagiários dentro do CO e a resistência dos profissionais médicos em aceitar a assistência prestada pela Enfermeira Obstetra.

A modificação do modelo assistencial ao parto e nascimento, com vistas à inserção da Enfermeira Obstetra, ainda é um desafio com necessidade de apoio dos gestores, profissionais de saúde e da própria sociedade, respeitando-se os preceitos das políticas públicas de saúde à mulher (SOUSA, F. D. T.; SOUSA, A. L. P. M., 2018).

A Enfermeira Obstetra enfrenta hoje dificuldades que interferem na sua vida profissional como a falência do SUS, a insatisfação profissional, a sobrecarga de atividades administrativas, a carência de concurso público específico à Enfermeira Obstetra, a não aceitação da mão-de-obra da Enfermeira Obstetras por outros profissionais de saúde, a falta de habilidade devido a não atuação na assistência direta ao parto (SOUZA; ROCHA; WALDRIGUES, 2016).

É desejável que a gestão do SUS seja participativa e mobilizadora. [...] o SUS é um processo em construção e uma conquista democrática, fruto de muitas lutas contra a exclusão social na saúde. Assim, quanto mais comprometida for a gestão e quanto mais ela conseguir envolver e comprometer os trabalhadores do SUS e a população, mais estaremos avançando rumo à sua consolidação como política de Estado (UFMA, 2016, p. 40).

A relação entre médico e Enfermeira Obstetra tem gerado disputa pela autonomia e espaço de trabalho, com conseqüente conflito e constrangimento a ambos. Enfermeiros são majoritariamente do sexo feminino, sendo-lhes associados atributos como cuidado, paciência, amor e compreensão, assim como atributos relacionados à maternidade. À medicina associa-se atributos como liderança, *status* elevado e conhecimento, tornando a enfermagem uma profissão secundária e hierarquicamente inferior. Porém, as enfermeiras têm se capacitado cada vez mais tecnicamente e cientificamente, aumentando a disputa entre as duas profissões (COSTA, R. L. M.; COSTA, I. L. S., 2017).

Oliveira, Leal, Wolff et al (2016), consideraram que o modelo de atenção à saúde Rede Cegonha não promove a organização das equipes de saúde de forma a favorecer o trabalho interdisciplinar, ou seja, os médicos dependem de outros profissionais enquanto enfermeiros e técnicos de enfermagem atuam exclusivamente em Centros de Parto Normal; ainda é pequena a parcela de partos normais assistidos exclusivamente por enfermeiros, precisando ampliar essa cobertura; os serviços orientados sob esse novo modelo de atenção ao parto necessita de profissionais médicos e de enfermagem ainda mais qualificados (OLIVEIRA et al., 2016).

O estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro destacou implementações sendo observadas nos serviços obstétricos, havendo uma maior participação das Enfermeiras Obstetras na assistência à mulher em trabalho de parto e parto (ROCHA; FONSECA, 2010).

A Portaria MS/GM 2815, de maio de 1998, incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstétrico”; a partir de 2011, com a Rede Cegonha, o Ministério da Saúde passou a fomentar cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica em todo o país, incentivando a atuação da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto, com foco na humanização do parto (BRASIL, 2014).

A resolução Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) 516/2016 normatizou a atuação e responsabilidade dos profissionais de enfermagem que atendem do pré-natal ao puerpério, nos diversos locais de assistência à saúde, estabelecendo critérios para o registro do título de Enfermeira Obstetra (COFEN, 2016).

Foi observado também o relato sobre a falha na assistência pré-natal às gestantes de alto risco que chegam à maternidade para dar à luz.

O pré-natal de alto risco é o acompanhamento às gestantes portadoras de doenças prévias ou durante a gestação, podendo trazer algum risco à gestação. As três condições que podem determinar uma gestação de risco são: gestantes com doenças crônicas prévias, gestantes que tiveram risco gestacional em uma gestação anterior e gestantes que desenvolveram doenças durante a gestação. No entanto, o acompanhamento pré-natal de alto risco é muito importante à saúde e segurança do binômio mãe-bebê, favorecendo o momento do parto (FEBRASGO, 2017).

O MS instituiu, em 30 de dezembro de 2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de promover e integrar as ações e serviços dos sistemas de saúde (BRASIL, 2010). A Rede Cegonha, instituída em 2011, é considerada uma rede

de cuidados de atenção à saúde materno-infantil, buscando qualificar a atenção e gestão da saúde à essa população (BRASIL, 2011). Os diversos níveis de atenção à saúde precisam estar integrados e organizados para uma assistência de acordo com a necessidade de cada mulher (BRASIL, 2014).

A dificuldade ao manejo do acompanhante mencionado pelas Enfermeiras Obstetras foi unânime. Ficou definido, conforme consta no Guia de Cuidados para Enfermeiras Obstetras do Centro Obstétrico, que o acompanhante permanecerá ao lado de fora do CO até que se recepcione e admita a parturiente, pra depois ser recepcionado o acompanhante.

A PNH, desde 2003 prevê a valorização da ambiência com a organização de espaços acolhedores aos trabalhadores, usuários e gestores, favorecendo as relações interpessoais. O ambiente influencia diretamente o comportamento das pessoas. O espaço físico das maternidades deve proporcionar ambiente acolhedor e confortável tanto à gestante quanto ao seu acompanhante, permitindo que este esteja presente durante o processo de parturição e puerpério (BRASIL, 2012).

As políticas públicas brasileiras recomendam a inserção do acompanhante no processo de parturição e a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde público e privado são obrigados a permitir o direito ao acompanhante de livre escolha pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2017).

A OMS recomenda a presença do acompanhante em todo o processo de parturição desde 1985 quando ocorreu a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto e, hoje, mostra através de evidências científicas os vários benefícios relacionados à presença do acompanhante como, por exemplo, a diminuição de intervenções, diminuição da ansiedade e maior confiança da parturiente, o fortalecimento dos laços sociais e familiares, o favorecimento do vínculo entre mãe e bebê (OMS, 1985 e 2018).

Fruturoso e Brüggemann (2013), mostram alguns sentimentos positivos e negativos vivenciados pelo acompanhante no CO como prazer, emoção, superação, companheirismo, medo, angústia e ansiedade pelo desconhecido, obrigação em ser acompanhante.

Os grupos de gestantes são uma grande oportunidade para o preparo de casais ao parto, porém nem todos tem essa oportunidade, restando a possibilidade de um

maior envolvimento do acompanhante durante as consultas pré-natais. Estas são o momento ideal para fornecer as informações adequadas quanto ao papel do acompanhante, estimulando-o a prover o apoio necessário no momento do trabalho de parto e parto. Os profissionais do CO também são responsáveis por fornecer orientações ao acompanhante para que este possa dar apoio à parturiente e assim ambos vivenciem uma experiência positiva (BRÜGGEMANN et al., 2015).

A falta de estrutura física, de equipamentos e recursos humanos foi relatada pelas participantes como influenciadora direta na assistência prestada dentro do CO.

Existem poucos estudos falando sobre o dimensionamento do pessoal de enfermagem no CO, porém Kajiyama (1979) atenta à importância da planta física para o favorecimento das atividades assistenciais e administrativas da equipe de enfermagem dentro do CO.

A resolução Cofen 543/2017 apresenta parâmetros para o dimensionamento de profissionais de enfermagem nos serviços onde são realizadas atividades de enfermagem, de acordo com a complexidade de cada local (COFEN, 2017).

Apesar do hospital em estudo ser antigo, com mais de 70 anos, o dimensionamento de pessoal qualificado e a estrutura física do CO estão diretamente relacionados a uma assistência adequada e humanizada. Para que se possa garantir uma assistência baseada em evidências, centrada na mulher e seus familiares é necessário uma estrutura física e dimensionamento de pessoal adequados (KAJIYAMA, 1979).

Em relação a equipamentos, os investimentos com tecnologia da informação não podem mais ser adiados diante dos avanços da ciência e tecnologia atuais. As instituições de saúde tendem a realizar planejamentos a curto prazo, dando maior importância a equipamentos e insumos em relação à tecnologia da informação que despenderia um investimento maior. O bom investimento a longo prazo, poderá ter um resultado futuro amortizado devido a eficiência e diminuição de desperdícios (BITTAR et al., 2018).

Verificaram-se falas sobre o excesso de intervenções, desrespeitando-se o processo fisiológico do parto, como o uso da ocitocina sintética sem indicação baseada em evidência científica, a orientação do puxo dirigido à parturiente no período expulsivo, o ambiente tumultuado com excesso de barulho que contribui à ansiedade da parturiente.

A ocitocina sintética produzida em laboratório é um hormônio também produzido pelo corpo humano, que chegou ao Brasil por volta dos anos 50 para acelerar o processo do trabalho de parto. O uso irracional da ocitocina, de forma rotineira, além de aumentar a dor durante o trabalho de parto, pode levar a um efeito cascata de intervenções (NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

A violência física, humilhação física e verbal, procedimentos não consentidos, a não confidencialidade, a recusa em administrar analgésicos, a violação da privacidade e negligências aos cuidados prestados são exemplos de desrespeito e abusos durante o processo de parturição e precisam ser inibidos aqueles profissionais que os praticam (OMS, 2014a).

A OMS (2014) declarou que “toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso”. Ações que favoreçam a mudança de atitude dos profissionais de saúde devem ser tomadas pelas instituições de saúde, com enfoque na assistência respeitosa como sendo um indicador de qualidade.

Os puxos dirigidos são considerados desconfortáveis às mulheres no momento do parto e apresentam baixa evidência que os justifiquem, não alterando a duração do período expulsivo ou os desfechos neonatais (LEMOS et al., 2017).

Os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto e nascimento devem proporcionar um ambiente tranquilo, de confiança, acolhedor, com respeito a privacidade da parturiente, contribuindo assim para que a mesma sinta segurança em dar à luz (OMS, 2018).

Os relatos das Enfermeiras Obstetras mostraram o quanto a instituição de saúde precisa organizar os processos de trabalho dos diversos profissionais envolvidos na assistência à parturiente, dentre os quais: auxiliar administrativo, equipe de enfermagem, médicos, estudantes de medicina e enfermagem.

O processo de trabalho na área da saúde é a forma como os trabalhadores produzem serviços, organizados em equipes ou grupos, de forma integrada ou paralela. As diferentes vivências do ser humano são geradoras de conflitos e disputas nos serviços de saúde, necessários para que se haja mudanças, exigindo um olhar diferenciado às equipes de saúde. No trabalho isolado, o profissional não agrega conhecimento e experiências que contribuam à qualidade do serviço, diferente do trabalho em equipe no qual se somam talentos, experiências, conhecimentos em busca de soluções efetivas (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016).

A identificação de potencialidades para a posterior distribuição de responsabilidades é importante para o mapeamento da força de trabalho existente e um melhor planejamento das ações (UFMA, 2016).

A padronização de um procedimento através de reunião e discussão com as pessoas envolvidas na sua execução tem como objetivo a melhoria dos resultados. Após o treinamento da equipe e a execução desse padrão por um período, é possível avaliar a qualidade ou necessidade de intervenções para correções das falhas, melhorando assim os processos de trabalho (CENCI, 2015).

A elaboração de protocolos, normas e rotinas assistenciais, fundamentados em evidências científicas, é um importante recurso para a padronização da assistência, podendo trazer resultados positivos (SALES et al., 2018).

Como potencialidades, as Enfermeiras Obstetras mencionaram práticas de assistência humanizada utilizadas dentro do CO como o apoio emocional à parturiente, a comunicação efetiva e o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

A humanização do trabalho de parto e parto consiste no respeito ao protagonismo da mulher, considerando sua individualidade e singularidade feminina. A assistência humanizada permeia o acolhimento, a oferta dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a livre movimentação durante o trabalho de parto, a comunicação efetiva, a assistência respeitosa e empática, entre outras práticas assistenciais ofertadas durante o processo parturitivo (POSSATI; PRATES; CREMONESE, 2017).

O estudo da Cochrane que avaliou mais de 15 mil mulheres, de 17 países distintos, concluiu que o apoio contínuo durante o trabalho de parto pode resultar em melhores desfechos obstétricos e neonatais como o aumento do parto vaginal, menor duração do trabalho de parto, diminuição de cesarianas e parto instrumental, diminuição de baixo Apgar no quinto minuto de vida do bebê, diminuição de sentimentos negativos em relação ao parto (BOHREN et al., 2017).

A comunicação efetiva entre a equipe assistencial e a parturiente é considerado um dispositivo de cuidado que, através da comunicação verbal ou não verbal, é capaz de promover segurança à mulher e seu bebê (DORNFELD; PEDRO, 2011).

A prática do contato pele a pele deve ser consentido e os seus benefícios explicados à parturiente. Estas devem ser orientadas sobre como proceder o contato pele a pele. Os profissionais de saúde que desempenham suas funções pautados no

modelo biomédico tendem a agir de forma mecânica, apenas para cumprir uma norma institucional, acabando por menosprezar o verdadeiro significado e objetivo do contato pele a pele, trazendo anseio à parturiente e prejuízos ao binômio mãe-bebê (SANTOS; SILVA; CARVALHO, 2014).

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor são benéficos ao trabalho de parto. O banho de aspersão que promove o relaxamento; a aromaterapia que, através dos óleos essenciais, promove sensação significativa relacionada à dor; a massagem lombosacra e dorsal que promovem relaxamento e conseqüente alívio da dor, são considerados métodos não farmacológicos que favorecem o processo do trabalho de parto e parto (DUARTE et al., 2019).

O estudo realizado em um CPN, no município de São Paulo, onde o atendimento é realizado cem por cento por Enfermeiras Obstetras, mostra resultados favoráveis relacionados às práticas obstétricas e utilizadas na assistência ao recém-nascido. Dentre os principais resultados, destacam-se: o respeito a presença do acompanhante de livre escolha; a utilização de práticas como o banho de aspersão e imersão, massagem, deambulação, bola suíça e banquinho; quase que cem por cento dos recém-nascidos recebem índice de Apgar igual ou maior que sete no primeiro e décimo minuto; o trabalho de parto e parto acontecem fisiologicamente sem o uso de ocitócitos para acelerar e/ou aumentar as contrações uterinas; o contato pele a pele ocorre com o mínimo de manipulação do bebê imediatamente após o nascimento. (LOBO et al., 2010).

Diante das perspectivas de mudança para a melhoria da qualidade da assistência prestada, as Enfermeiras Obstetras sugeriram a divisão das atividades administrativas e assistenciais para que possam se dedicar mais à assistência ao parto.

A sobrecarga de tarefas e a defasagem de recursos humanos configuram-se uma dificuldade de gestão gerando cobranças, esgotamento físico e insatisfação com o trabalho. A instituição é responsável por prover melhores condições de trabalho e infraestrutura, facilitando assim a superação dos desafios diários enfrentados pelos enfermeiros (COPELLI; OLIVEIRA; ERDMANN, 2015).

O trabalho em equipe contribui para a humanização e integralidade da assistência à parturiente; é necessário que haja diálogo e interação entre os profissionais de saúde com prioridade à assistência ao usuário (BRÜGGEMANN; EBSEN; EBELE, 2015).

Dias e Domingues (2005), há mais de dez anos, já registravam sobre a necessidade de mudança do modelo de assistência ao parto, onde sua medicalização era excessiva, para uma assistência humanizada e prestada por Enfermeiras Obstetras ao parto de risco habitual. Os autores ainda consideram que humanizar inclui mudança da cultura hospitalar, de forma que a assistência esteja voltada às necessidades da mulher e de seus familiares; modificações dos espaços para que se tornem acolhedores e favoráveis à implementação de práticas humanizadoras (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A Enfermeira Obstetra é capaz de superar o modelo tecnocrático assistencial desenvolvendo habilidades para um modelo humanizado peculiar de assistência ao parto, desmedicalizando-o (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008). Enfermeiras Obstetras são potenciais agentes de mudança cultural para a implementação do cuidado sensível e humano à mulher durante o processo de parturição (PEREIRA; MOURA, 2008).

Em março de 2019 a FEBRASGO e a ABENFO assinaram o Acordo de Cooperação do Projeto Parto Adequado afim de integrar o trabalho entre médicos e Enfermeiras Obstetras, de acordo com suas habilidades técnicas e legais, em benefício das mulheres, seus bebês e familiares (ABENFO, 2019). O Projeto Parto Adequado, desenvolvido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, Hospital Israelita Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement*, com o apoio do MS, tem o objetivo de identificar modelos de assistência que valorizem o parto normal e reduzam o número de cesarianas (BRASIL, 2019).

A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane sobre a assistência prestada por obstetras versus outros modelos de assistência obstétrica, analisou 15 estudos, totalizando 17674 mulheres. As gestantes atendidas por obstetras tiveram menor probabilidade de receber analgesia regional (risco relativo médio [RR] 0,85, intervalo de confiança de 95% [95% CI] 0,78 a 0,92, 17.674 participantes, 14 estudos, *evidência de alta qualidade*), de ter parto vaginal instrumental (RR 0,90, 95% CI 0,83 a 0,97; 17.501 participantes; 13 estudos; *evidência de alta qualidade*), de ter parto prematuro antes da 37ª semana (RR 0,76, 95% CI 0,64 a 0,91; 13.238 participantes; 8 estudos; *evidência de alta qualidade*) e de perda fetal (RR 0,84, 95% CI 0,71 a 0,99; 17.561 participantes; 13 estudos; *evidência de alta qualidade*) (SANDALL et al., 2016).

Os resultados ainda encontrados na revisão sistemática mostram que as gestantes atendidas por obstetras tiveram menor probabilidade de precisar de

amniotomias (rotura artificial das membranas) (RR 0,80, 95% CI 0,66 a 0,98; 3253 participantes; 4 estudos), episiotomias (RR 0,84, 95% CI 0,77 a 0,92; 17.674 participantes; 14 estudos), mortes fetais antes da 24ª semana e mortes neonatais (RR 0,81, 95% CI 0,67 a 0,98; 15.645 participantes; 11 estudos); tiveram maior probabilidade de não receber qualquer analgesia/anestesia intraparto (RR 1,21, 95% CI 1,06 a 1,37; 10,499 participantes; 7 estudos) e, as gestantes no grupo de assistência obstétrica contínua, tiveram maior probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo (RR 1,05, 95% CI 1,03 a 1,07; 16.687 participantes; 12 estudos; *evidência de alta qualidade*). Na maioria dos estudos houve relato por parte das mulheres de maior satisfação da assistência prestada pelas obstetras. Contudo essa revisão nos mostra os benefícios da assistência prestada por Enfermeiras Obstetras e obstetras onde há a menor probabilidade de intervenções e a maior satisfação da mulher com os cuidados recebidos (SANDALL et al., 2016).

Tal evidência também foi apontada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde (SUS) que através do Ministério da Saúde (MS), lançou em 2016, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, consolidando recomendações baseadas em evidências científicas e apontando vantagens de um modelo de cuidados promovido por Enfermeiras Obstetras (BRASIL, 2016).

Outro modelo de assistência que tem sido permeado por Enfermeiras Obstetras é o Parto Domiciliar Planejado (PDP). Apesar de ser um modelo pouco conhecido e disseminado, permite que a Enfermeira Obstetra dispa-se de uma assistência obstétrica hegemônica e adote um modelo de assistência que contemple a dimensão biopsicossocial da parturiente e respeite a fisiologia do corpo feminino. O PDP é capaz de contemplar de forma integral a prática baseada em evidências, o que respalda cientificamente e fortalece a Enfermeira Obstetra. (SANFELICE et al., 2014)

Concluindo as perspectivas mencionadas pelas participantes, estas esperam que com a construção de um novo anexo hospitalar propiciará meios para a qualificação da assistência à parturiente e que, o ensino/educação, poderá contribuir à melhoria dos processos de trabalho, conseqüentemente, à segurança do paciente.

No estudo de intervenção quase experimental aplicado em uma maternidade pública de referência no estado do Amapá, do tipo antes e depois, seguiu o processo de auditoria clínica para implementação de evidências na prática utilizado pelo Instituto Joanna Briggs (JBI). Participaram profissionais médicos e Enfermeiros

Obstétricos, estes constituindo a maioria dos participantes do estudo. Foram avaliados prontuários de puérperas buscando informações que pudessem indicar a utilização das melhores evidências científicas como o aumento do parto normal, da presença do acompanhante; diminuição de amniotomia; posição de parto de livre escolha e verticalizada; redução da realização de ocitocina, puxo dirigido e manobra de Kristeller; foram realizadas também entrevistas com os profissionais do estudo e puérperas (CÔRTEZ et al., 2018).

Ainda no mesmo estudo, a avaliação dos prontuários e entrevistas foram realizadas antes e depois da aplicação de uma intervenção educativa aos profissionais que participaram da auditoria. Apesar das barreiras encontradas como a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a falta de infraestrutura física, a falta de conhecimento sobre os métodos e resultados de pesquisa e a atitude negativa em relação à prática baseada em evidências, o estudo trouxe resultados significativos após a intervenção educativa como o aumento do número de partos vaginais, aumento da presença do acompanhante de livre escolha da mulher, redução da amniotomia e de infusão de ocitocinas, aumento da posição verticalizada devido maior participação das Enfermeiras Obstetras no seminário, diminuição de puxos dirigidos e manobra de Kristeller (CÔRTEZ et al., 2018).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 50, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), é uma norma jurídica de 2003 que regulamenta a reforma, construção ou ampliação de Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS) (BRASIL, 2002). A equipe de enfermagem está intrinsecamente relacionada aos EAS, local onde desempenha suas atividades laborais e com que divide entre outros profissionais de saúde. As normas visam assegurar a construção e instalação adequados, favorecendo o atendimento eficiente e seguro (DRAGANOV; SANNA, 2018).

Segundo a RDC 36/2008, “o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ser fundamentado na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente” (BRASIL, p. 53, 2014). Esses serviços devem utilizar a ferramenta de gerenciamento Garantia da Qualidade com a implantação das Boas Práticas de Funcionamento (BPF), as quais correlacionam-se entre si. As BPF são os componentes da Garantia da Qualidade que asseguram que os serviços são ofertados dentro de padrões adequados” (BRASIL, p. 54, 2014).

Os EAS devem garantir a segurança do paciente através de ações como a identificação adequada do paciente e orientações com vistas à participação do paciente na assistência prestada; implementar processos de trabalho através de normas, protocolos e rotinas técnicas atualizadas; garantir o registro adequado no prontuário do paciente, constando todos os procedimentos realizados; promover a educação permanente, entre outros requisitos (BRASIL, 2014).

O Guia de Cuidados irá contribuir para a organização dos processos de trabalho dentro do CO da instituição deste estudo, assim como para a qualidade da assistência e maior visibilidade à prática da Enfermeira Obstetra. Por sua vez, irá nortear a assistência prestada por essa categoria profissional considerando que sua construção foi pautada nas melhores evidências científicas de assistência ao parto e nascimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo foi delineado por meio do método da PCA, permitindo que a pesquisa e a assistência caminhassem juntas. Um dos pressupostos da PCA é a imersão do pesquisador na prática assistencial na qual se quer intervir, fato ocorrido em todo o processo deste estudo considerando que o local do estudo é também o local das práticas laborais da pesquisadora.

A troca de experiências foi enriquecedora pra compreender o ponto de vista de cada participante, contribuindo à construção do um guia com práticas mais humanizadas.

As limitações encontradas para a realização deste estudo permearam a demora nos trâmites administrativos para a autorização do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPR e a ausência de algumas participantes durante as oficinas.

As dificuldades observadas nos discursos das participantes durante as oficinas, chamaram a atenção para a pouca estrutura que a Enfermeira Obstetra dispõe para exercer a assistência direta ao parto plenamente, dentre as quais: a falta de recursos humanos; o excesso de serviços administrativos que contribuem para a sobrecarga das atividades assistenciais; CO com estrutura física pequena; falta de apoio da gestão e a não aceitação da assistência ao parto pela Enfermeira Obstetra por parte de alguns profissionais. Outra grande dificuldade é a inexistência de protocolos definidos, assim como de normas e rotinas, dificultando e tumultuando os processos de trabalho.

Em contrapartida, existem potencialidades que podem ser trabalhadas para estimular à qualidade da assistência, as quais podemos citar a assistência humanizada que é demonstrada, principalmente, pela equipe de enfermagem por meio de apoio emocional, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e a comunicação efetiva.

O apoio da instituição do estudo foi de grande importância para a implementação de todas as etapas da pesquisa, demonstrando o quanto se interessa pelo crescimento de seus colaboradores assim como pela melhora dos seus serviços prestados.

A educação continuada, o ensino e pesquisa são exemplos de intervenção visando a melhoria dos serviços de saúde, auxiliando na elaboração de instrumentos e na organização dos processos de trabalho.

A padronização da assistência prestada pela Enfermeira Obstetra, pautada nas boas práticas e em evidências científicas, promove a humanização da assistência e garante a segurança da mulher. O presente estudo alcançou os objetivos de identificar as dificuldades e potencialidades do serviço de obstetrícia no cenário do estudo e construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual do Centro Obstétrico, este último constituindo o produto desta dissertação e atendendo aos pressupostos do Programa de Mestrado Profissional e da Pesquisa Convergente Assistencial.

Espera-se que o produto, ou seja, O Guia de Cuidados para Enfermeiras Obstetras contribua para uma assistência mais respeitosa, digna, humanizada e segura, na qual a mulher é a protagonista do seu momento de parturição. Sendo assim, as boas práticas à assistência ao parto, baseadas em evidências científicas, praticadas de forma adequada, irão contribuir à uma assistência de excelência.

Este estudo deixa um amplo leque para a sua continuidade por meio da validação, implementação e avaliação do Guia de Cuidados, promovendo a articulação entre as instituições de ensino/pesquisa e de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS. **Em momento histórico, em que seguimos firmes no propósito de fomentar mudanças no modelo de atenção obstétrico brasileiro, foi assinado com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO o Acordo de Cooperação do Projeto Parto Adequado.** ABENFO, Rio de Janeiro: 20 março 2019. Disponível em: <https://www.facebook.com/abenfonacionaloficial/posts/2198461400472478?__tn__=K-R>. acesso em: 02 agosto 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS. **Quem somos.** ABENFO, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<http://abenfo.wixsite.com/meusite/quem-somos>>. Acesso em: 27 janeiro 2020.

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde.** Editora: Casa do Psicólogo, 2010.

AMORIM T. **O resgate da formação e inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto no Brasil.** Tese [doutorado]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-10112010.../TeseTorcata.pdf>. Acesso em: 12 junho 2018.

ARAÚJO, M. C. M. **Assistência de Enfermagem ao parto normal e as principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro obstetra em uma maternidade referência de Campina Grande - PB.** 2016. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016. Disponível em: <<http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/11292>>. Acesso em: 10 maio 2019.

AZEVEDO, E. B. et al. Período Puerperal e Atuação do Enfermeiro: uma Revisão Integrativa. **Ensaio**, v. 22, n. 3, p. 157-165, 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/janaina/Downloads/4712-22660-1-PB.pdf>>. Acesso em 07 julho 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, S. M. O. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. 1ª ed. **Editora Manole**, 2006.

BITTAR, O. J. N. et al. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/77>>. Acesso em: 3 agosto 2019.

BOHREN, M. A. et al. *Continuous support for women during childbirth.* **Cochrane Database of Systematic Reviews**: 2017. Disponível em:

<https://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth>. Acesso em: 10 agosto 2019.

BRASIL. **Abenfo e Febrasgo assinam acordo de cooperação do projeto parto seguro. Brasil, Apiceon**, 2019. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/abenfo-e-febrasgo-assinam-acordo-de-cooperacao-do-projeto-parto-adequado/>>. Acesso em: 10 outubro 2019.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2014. Disponível em: <<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Servi%C3%A7os%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Materna%20e%20Neonatal%20-%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade.pdf>>. Acesso em 2 outubro 2019.

BRASIL. Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. **Revista Apice ON**. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - DAPES/SAS/MS SAF. Brasília/DF, Agosto/2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>>. Acesso em 20 julho 2018.

BRASIL. Atenção integral à saúde da mulher e da criança. **Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil**. Rede Cegonha. Brasília, abril/2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>>. Acesso em: 18 junho 2018.

BRASIL. Atenção integral à saúde da mulher e da criança. **Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil**. Rede Cegonha. Brasília, abril/2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>>. Acesso em: 18 junho 2018.

BRASIL. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal – Relatório de recomendações**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília (DF): Ministério da Saúde, jan. 2016.

BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 10 junho 2018.

BRASIL. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a. 465 p. : il. – (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4) Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 25 junho 2018.

BRASIL. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília – DF: Ministério da Saúde; 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 20 junho 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/Ato20Q4-2QQ6/2005/Lei/L11108.htm>>. Acesso em: 18 agosto 2019.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 2 junho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Universidade Estadual do Ceará. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: MS; 2014. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 3 agosto 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, avaliação, elaboração de projetos físicos de EAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+Nº.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002.pdf?MOD=AJPE RES>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei do acompanhante**. Brasília, 2017c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/artigos/811-saude-do-homem/40638-lei-do-acompanhante>>. Acesso em: 12 março 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 16 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf>. Acesso em 10 julho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de**

saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 07 julho 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itensdoacervo/files/ambiencia.pdf>>. Acesso em: 12 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasil (DF); 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 14 agosto 2018.

BRASIL. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_O_Modelo_da_atencao_obstetrica_no_setor_da_SS.pdf>. Acesso em: 19 junho 2018.

BRASIL. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Ministério da Saúde**. Brasília – DF, 2004a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20reducao%20mortalidade.pdf>>. Acesso em 30 maio 2018.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 10 junho 2018.

BRASIL. **Política nacional de humanização. O que é. Como implementar. (Uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2010c. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf>. Acesso em: 20 julho 2018.

BRASIL. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. **Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde: Brasília – DF. Jan./2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em: 10 junho 2018.

BRASIL. Portaria nº 985, de de agosto de 1999. **Criar o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS**. Ministério da Saúde: Brasília – DF. Agost./1999. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/portarias/985_99.htm>. Acesso em: 10 junho 2018.

BRASIL. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2018.

BRASIL. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2018.

BRUGGEMANN, O. M. et al. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 152-158, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500152&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 setembro 2019.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Possibilidades de inserção do acompanhante no parto nas instituições públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(8):2555-2564, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/323391/1/2-s2.0-84983049760.pdf>>. Acesso em: setembro 2019.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Satisfação dos acompanhantes com a experiência de apoiar a parturiente em um hospital universitário. **Texto Contexto Enferm**, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-2015004220014.pdf>. Acesso em: 4 setembro 2019.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, Out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 setembro 2019.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. **Consultas. Ficha estabelecimento**. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar/4125502753278>>. Acesso em 10 maio 2018.

CENCI, T. **Gestão de processos administrativos no Hospital Beneficente Santa Terezinha**. 69f. Monografia (Bacharelado em Administração). Setor de Ciências Contábeis, Centro Universitário Univates, Lajeado, 2015. Disponível em: <<https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/1029/1/2015TatianeCenci.pdf>>. Acesso em: 10 novembro 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN N° 543/2017**, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília (DF): COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em: 2 agosto 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 516 de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Cofen, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RES.-COFEN-516-2016.pdf>>. Acesso em: 2 junho 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SC. Parecer Técnico 007/2016. **Atuação do Enfermeiro Obstétrico que assiste ao parto domiciliar e critérios para cadastramento para fins de emissão e preenchimento de Declaração de Nascidos Vivos**. Coren/SC. Santa Catarina, 2016. Disponível em: <<http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/08/Atua%C3%A7%C3%A3o-do-Enfermeiro-Obst%C3%A9trico-.pdf>>. Acesso em: 20 julho 2018.

COPELLI, F. H. S. et al. Compreendendo a governança da prática de enfermagem em um centro obstétrico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 239-245, Jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000200239&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 setembro 2019.

CÔRTEZ, C. T. et al. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 26:e2988; 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf>. Acesso em 2 agosto 2019.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 75, S5 – S23, 2001. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf>. Acesso em: 20 julho 2018.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, Sept.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 maio 2019.

DORNFELD, D.; PEDRO, E. N. R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 13(2):190-8; abr/jun2011. Disponível

em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a05.htm>>. Acesso em: 2 agosto 2019.

DRAGANOV, P. B.; SANNA, M. C. Normas sobre construção de estabelecimentos assistenciais de saúde no Brasil e a enfermagem. *Rev. Adm. Saúde* - Vol. 18, Nº 70, jan. – mar. 2018. Disponível em: <<file:///C:/Users/janaina/Downloads/79-403-1-PB.pdf>>. Acesso em: 8 agosto 2019.

DUARTE, L. S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saude soc.**, São Paulo, 24 (2). Apr-Jun/2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/revistas/sausoc/paboutj.htm>>. Acesso em: 01 julho 2018.

DUARTE, M. R. et al. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuições para o parto e nascimento. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 24, jan. 2019. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54164>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFMG. **Curso de Especialização em enfermagem obstétrica – rede cegonha**. Belo Horizonte/MG; 2015. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/ceeo-redecegonha/index.php/o-curso/justificativa>>. Acesso em: 01 julho 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Cuidados no trabalho de parto e parto: recomendações da OMS**. FEBRASGO, 2018. Disponível em: <<https://www.febRASGO.org.br/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>>. Acesso em 3 agosto 2018.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **O que é o pré-natal de alto risco?** FEBRASGO, 2017. Disponível em: <<https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/203-o-que-e-o-pre-natal-de-alto-risco>>. Acesso em: 7 julho 2019.

FRUTUOSO, L. D.; BRUGGEMANN, O. M. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 909-917, Dez/2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 agosto 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Quem espera espera. Pelo direito de nascer na hora certa. **Unicef Brasil**, 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf>. Acesso em: 8 janeiro 2020.

HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. **Caderno de indicadores do centro obstétrico**. São José dos Pinhais – PR, Agosto, 2018.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Guia de práticas assistenciais. **Assistência ao parto e nascimento**. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e-books/7607-hsf-assistencia-ao-parto-de-baixo-risco/file>>. Acesso em: 05 novembro 2018.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **História e indicadores hospitalares**. Hospital Sofia Feldman. Belo Horizonte, 2018. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/>>. Acesso em 2 junho 2018.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Strengthening midwifery globally**. 2017. Disponível em: <<http://internationalmidwives.org/>>. Acesso em: 21 junho 2018.

KAJIYAMA, H. Influência da planta físico do centro obstétrico na assistência de enfermagem à parturiente. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, /5(1):41-56, 1979. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v13n1/0080-6234-reeusp-13-1-041.pdf>>. Acesso em: 8 junho 2018.

LEMOS, A. et al. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2017. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009124.pub3/full>>. Acesso em: 24 agosto 2019.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; ALDEN, K. R. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**, 10ª ed. Editora Elsevier. 2013.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>>. Acesso em 3 agosto 2018.

MELO, G. et al. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, V. 18; 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/40589>>. Acesso em: 2 março 2019.

MENDES COSTA, R. L.; SILVA COSTA, I. L. Um ponto de Resistência: enfermagem, medicina e gênero no contexto hospitalar. **Caderno Espaço Feminino**: - Uberlândia-MG - v. 30, n. 2 – Jul./Dez. 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/janaina/Downloads/39015-Texto%20do%20artigo-171770-1-10-20180212.pdf>>. Acesso em: 3 agosto 2019.

MERIGHI, C.; MERIGHI, M. A. B. A atuação da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto. **Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte – MG, 7(1):2-8. Jan./jul., 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=10897&indexSearch=ID>>. Acesso em: 12 junho 2018.

MICHAELIS. Dicionário brasileiro da língua portuguesa. **Editora Melhoramentos**, 2019. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=xR2v>>. Acesso em: 17 novembro 2019.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Obstetrícia. 13ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONUBR). **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Nações Unidas, 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 20 julho 2018.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 julho 2019.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 979-998, Dez 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702018000400979&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 novembro 2019.

OLIVEIRA, F. A. M. et al. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na rede cegonha. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, 10(Supl. 2):867-74, fev., 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/janaina/Downloads/11030-24267-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/janaina/Downloads/11030-24267-1-PB%20(3).pdf)>. Acesso em 10 maio 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. OMS, Genebra; 2014a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 9 setembro 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2014b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12>. Acesso em: 15 novembro 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A parteira é um elemento chave da atenção à saúde sexual, reprodutiva, materna e neonatal (SSRMN)** – Relatório SoWMN – 2014. OPAS Brasil. Brasília: 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4661:a-parteira-e-um-elemento-chave-da-atencao-a-saude-sexual-reprodutiva-materna-e-neonatal-ssrmn-relatorio-sowmy-2014&Itemid=820>. Acesso em: 10 junho 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 novembro 2019.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0734.pdf>>. Acesso em: 01 julho 2018.

PEARSON, A.; JORDAN, Z.; MUNN, Z. *Translational Science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare*. **Nursing Research and Practice**, vol. 2012, Artigo ID 792519, 6 páginas, 2012. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/792519/>>. Acesso em: 20 junho 2018. <https://doi.org/10.1155/2012/792519>.

PEREIRA, A. L. F.; MOURA, M. A. V. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2008 jan/mar; 16(1):119-24. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a19.pdf>>. Acesso em 3 agosto 2019.

PILER, A. A. **Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição**. 167f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba: 2018.

POSSATI, A. B. et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 março 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. **Plano diretor hospitalar 2015-2016**. Secretaria Municipal de Saúde. Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais. São José dos Pinhais, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. **Plano municipal de saúde 2010 – 2013**. Secretaria Municipal de Saúde, São José dos Pinhais, 2010. Disponível em: <www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/.../Plano-Municipal-de-Saude-2010-2013.pdf>. Acesso em: 30 maio 2018.

ROCHA, C. R.; FONSECA, L. C. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental**, Online. abr/jun. 2(2):807-816 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/339/pdf_19>. Acesso em 10 setembro 2019.

SALES, C. B. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, Fev. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 agosto 2019.

SANDALL, J. et al. **Assistência obstétrica contínua liderada por obstetras versus outros modelos de assistência obstétrica durante a gestação, parto e pós-parto**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/pt/CD004667/assistencia-obstetrica-continua-liderada-por-obstetras-versus-outros-modelos-de-assistencia>>. Acesso em: 05 dezembro 2017.

SANFELICE, C. F. O. et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rev Rene [Internet]**. 15(2):362-70. Mar/abr 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1561/pdf>>. Acesso em: 2 agosto 2019.

SANTOS, L. M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev Bras Enferm.** 67(2): 202-7; mar-abr 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0202.pdf>>. Acesso em 5 julho 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ. **Dados epidemiológicos. Rede mãe paranaense 2018**. 7º encontro mãe paranaense 2018. Curitiba, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3460>>. Acesso em: 10 setembro 2019.

SERRUYA, S. J. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Tese [Doutorado]. Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2003. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/D_suzanne_final.pdf>. Acesso em: 28 junho 2018.

SILVA, A. F. et al. Atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto: saberes e práticas humanizadas. **BJSCR**, v. 23, n. 3, p. 87-93. Jun/ago 2018. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180805_111247.pdf>. Acesso em: 2 setembro 2019.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**. Vol.17. No 1. 2015. Disponível em:

<revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/download/2113/1403>. Acesso em 4 agosto 2018.

SILVA, A. L. A. et al. Assistência ao parto no Brasil: uma situação crítica ainda não superada. 1999-2013. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 16, n. 2, p. 129-137, Jun/2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000200129&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Julho 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200004>.

SOUSA A. M. M.; SOUZA K. V.; REZENDE E. M. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de Enfermeiras Obstetras, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**; 20(2):324-331; 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 16, p. 20-45. Jul/dez/2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>>. Acesso em: 01 julho 2018.

SOUZA, E. B. D. et al. O processo de trabalho do enfermeiro na assistência ao parto em uma maternidade de Curitiba-PR. **Anais do EVINCI-UniBrasil**, v. 1, n. 4, p. 1540-1561, 2016. Disponível em:

<<http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/972/948>>. Acesso em: 10 maio 2019.

TIMBÓ SOUSA, F. D.; MARTINS SOUSA, A. L. P. O Papel Do Enfermeiro Obstetra Em Uma Maternidade E Centro De Parto Normal. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, Ed. 12, Vol. 03, pp. 74-105 Dezembro de 2018. Disponível em:

<<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/maternidade>>. Acesso em 10 agosto 2019.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. M. G. V. **Pesquisa convergente assistencial**. 3ª edição. Editora Moriá. Porto Alegre – RS. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA). UNA-SUS/UFMA. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. São Luís, 2016. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp02.pdf>. Acesso em: 7 abril 2019.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de Enfermeiras Obstetras. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, June 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 maio 2019.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 novembro 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=69AE1CD6EC277DE62412BC611EED3DD8?sequence=1>>. Acesso em: 08 junho 2018.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, **Silvana Regina Rossi Kissula Souza**, professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná (UFPR), pesquisadora principal e orientadora dessa pesquisa; **Tatiane Herreira Trigueiro**, professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR, pesquisadora e co-orientadora desse projeto; e **Janaina Bojikian da Costa Vital Juliatto**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Paraná, e pesquisadora dessa pesquisa, convidamos você, Enfermeira Obstetra, a participar da pesquisa intitulada “**Atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual: um Guia de Cuidados**”. Essa pesquisa torna-se relevante em razão da observância da falta de autonomia conferida à Enfermeira Obstetra e a falta de um instrumento que possa apoiar e direcionar a assistência ao parto e nascimento pela mesma dentro do CO de uma instituição em processo de reorganização do modelo de atenção ao parto com vistas à inserção da Enfermeira Obstetra na assistência direta ao parto.

Os objetivos da pesquisa é identificar as dificuldades e potencialidades do serviço de obstetrícia no cenário do estudo; e construir um Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que participe de duas etapas, na primeira respondendo a um questionário individual e na segunda participando de oficinas.

Na primeira etapa o questionário será aplicado através da ferramenta eletrônica *GOOGLE DOCS*, que será enviado para você pelo correio eletrônico. O questionário está composto por duas partes, uma onde identificará o perfil da Enfermeira Obstetra com questões de sua vida e experiência profissional, e outra que identificará o seu conhecimento sobre assuntos relacionados a enfermagem obstétrica.

A primeira parte do questionário apresenta questões para a identificação do sexo, idade, tempo de formação, tempo de atuação, se é atuante, se já trabalhou e se costuma fazer cursos de capacitação na área da enfermagem obstétrica.

A segunda parte do questionário apresenta questões relacionadas ao seu conhecimento sobre os Programas de Políticas Públicas de Saúde em obstetrícia; os recursos tecnológicos de cuidado baseado em evidências; a atuação e organização da prática de cuidado baseado em evidência na assistência obstétrica no campo

profissional; sobre o conhecimento das diretrizes, manuais e recomendações para a assistência ao parto e nascimento; avaliação da autonomia da Enfermeira Obstetra na instituição; legislações que regem a atuação da Enfermeira Obstetra; contribuições das Políticas Públicas do MS após a inserção da Enfermeira Obstetra na instituição e se são cumpridas.

Na segunda etapa serão realizadas oficinas onde serão trabalhados temas já categorizados, a partir da primeira etapa, e com o apoio de referenciais do Ministério da Saúde, Coren – PR e SC, Cofen, Organização Mundial da Saúde entre outros, será construído coletivamente o Guia de Cuidados para a atuação da Enfermeira Obstetra em parto de risco habitual adaptado de acordo com os recursos disponíveis atualmente na instituição.

Para tanto, além de responder ao questionário, você deverá comparecer às oficinas que acontecerão na sua própria instituição de trabalho com data pré-definida, quinzenalmente, no período de fevereiro a junho de 2019.

O tempo previsto para o preenchimento do questionário da pesquisa pelas participantes será de um mês, ou seja, no período de 5 de fevereiro à 5 de março de 2019 e para a realização das oficinas no período de 1º de abril à 30 de junho de 2019.

Os principais benefícios esperados com essa pesquisa são: maior segurança à Enfermeira Obstetra para que a mesma possa atuar de forma autônoma e respeitosa, tendo como auxílio “um Guia de Cuidados”; maior qualidade da assistência ao parto e nascimento.

As pesquisadoras Silvana Regina Rossi Kissula Souza, Tatiane Herreira Trigueiro e Janaina Bojikian da Costa Vital Juliatto, responsáveis por esta pesquisa, poderão ser localizadas no 4º andar do Setor de Ciências da Saúde – Bloco Didático II, da UFPR, sito à Avenida Lothário Meissner, 632 – Jd. Botânico, durante horário comercial; pelos respectivos e-mails skissula@gmail.com, tatiherreira@gmail.com e janainavenf@hotmail.com, ou pelo celular (41)99191-3536 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como as pesquisadoras mencionadas nesse termo. No entanto, se

qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.**

O material obtido – questionários, imagens, áudios e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado dentro de dez anos após o término da pesquisa.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa como materiais de papelaria e para a confecção do guia, material áudio visual, referenciais de apoio, impressões não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Autorizo (), não autorizo (), o uso de minha imagem e áudio para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a essa pesquisa, conforme título supracitado.

Eu, _____, li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar desta pesquisa.

São José dos Pinhais, _____ de _____ de 2018.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Silvana Regina Rossi Kissula Souza
Pesquisadora Principal /Professora do Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem – Mestrado Profissional da UFPR

Tatiane Herreira Tigueiro
Pesquisadora/Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPR

Janaina Bojikian da Costa Vital Juliatto
Pesquisadora / Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO PARA PESQUISA COM ENFERMEIRAS OBSTETRAS

Questionário para coleta de dados da primeira etapa metodológica da dissertação "Atuação do Enfermeiro Obstétrico em Parto de Risco Habitual: um Guia para o Cuidado", que tem o objetivo de traçar o perfil da Enfermeira Obstetra.

PRIMEIRA PARTE - Questões de sua vida e experiência profissional.

1- Qual o seu sexo?

() Feminino

() Masculino

2- Qual a sua idade?

() Menos de 25 anos

() Entre 26 e 35 anos

() Entre 36 e 45 anos

() Entre 46 e 55 anos

() Entre 56 e 66 anos

() Mais de 66 anos

3- Quanto tempo de graduação em enfermagem você possui?

() Menos de 2 anos

() Entre 2 e 5 anos

() Entre 6 e 10 anos

() Entre 11 e 15 anos

() Entre 16 e 20 anos

() Mais de 20 anos

4- Quanto tempo de formação em enfermagem obstétrica você tem?

() Menos de 2 anos

() Entre 2 e 5 anos

() Entre 6 e 10 anos

() Entre 11 e 15 anos

- () Entre 16 e 20 anos
- () Mais de 20 anos

5- Há quanto tempo você atua no Centro Obstétrico e/ou em assistência ao parto?

- () Menos de 2 anos
- () Entre 2 e 5 anos
- () Entre 6 e 10 anos
- () Entre 11 e 15 anos
- () Entre 16 e 20 anos
- () Mais de 20 anos
- () Nunca trabalhei em centro obstétrico / Não se aplica

6- Você já trabalhou em algum outro de serviço, que não fosse em Centro Obstétrico, na assistência ao parto?

- () Sim
- () Não

7- Você costuma participar de cursos de atualização/capacitação na área de Enfermagem Obstétrica? Se sim, quais foram os cursos que você participou nos últimos dois anos? Citar nome do curso com suas respectivas datas.

8- Quais são suas expectativas enquanto Enfermeira Obstetra?

SEGUNDA PARTE - Questões de conhecimento sobre Enfermagem Obstétrica.

1- Você conhece os Programas de Políticas Públicas de Saúde em obstetrícia que possam auxiliar o exercício da Enfermeira Obstetra? Cite alguns.

2- A instituição na qual você trabalha possui recursos tecnológicos de cuidado baseado em evidências científicas? Se sim, quais você utiliza no seu dia a dia de trabalho?

3- Descreva como você atua e organiza sua prática de cuidado baseado em evidências na assistência obstétrica no seu campo profissional? Se você não está diretamente no centro obstétrico, como você organizaria sua prática?

4- Cite diretrizes, manuais e recomendações para a assistência ao parto e nascimento que você costuma utilizar para nortear sua prática profissional.

5- Considerando as competências técnica e científica da formação profissional da Enfermeira Obstetra, como você avalia a autonomia conferida à Enfermeira Obstetra na instituição em que você trabalha, pela gestão, pela equipe médica e pela equipe de enfermagem?

6- Quais legislações regem a atuação profissional da Enfermeira Obstetra?

7- Na sua opinião, após a inserção da Enfermeira Obstetra na instituição onde você trabalha, quais as contribuições das políticas públicas criadas pelo Ministério da Saúde, para a atuação dessas profissionais?

8- Na sua opinião, as políticas públicas de inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto são cumpridas? Justifique.

9- Indique outras pessoas que você considere importante serem entrevistadas, dentro do contexto da assistência ao parto e nascimento, da inserção da Enfermeira Obstetra na assistência ao parto, e que possam contribuir na construção de uma rede sujeitos desse trabalho.

APÊNDICE 3 - CHEK LIST PARA AVALIAÇÃO DAS OFICINAS

AVALIAÇÃO DA OFICINA

DATA: ____/____/____

Avaliação da Oficina	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Sem opinião
Sua motivação p/ participar da Oficina							
Interação entre as participantes e coordenadora da Oficina							
Compreensão do tema abordado							
Comprometimento do grupo							
Sua reflexão sobre os assuntos abordados							
Sugestões do grupo para o tema abordado							
Oficina como espaço para construção de estratégias para lidar com as dificuldades que surgem no processo de trabalho							
Contribuição da oficina para sua mudança em relação à autonomia no processo de trabalho							
Avaliação da atuação da coordenadora da oficina	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Sem opinião
Acolhimento e integração do grupo							
Acompanhamento do grupo como um todo							
Incentivo e facilitação da comunicação							
Abertura para as opiniões do grupo							
Uso das técnicas de dinâmica de grupo							
Formas de lidar com as dificuldades que surgiram na Oficina							

APÊNDICE 4 – CRONOGRAMA DAS OFICINAS



OFICINA

P/ ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS

Juntas somos fortes!

PROGRAMAÇÃO

***10 junho 2019**
Oficina 1: Admissão no Centro Obstétrico (CO)

***14 junho 2019**
Oficina 2: Trabalho de Parto e Parto

***17 junho 2019**
Oficina 3: Puerpério, Emergências Obstétricas e Alta

***24 junho 2019**
Oficina 4: Apresentação do Guia e Confraternização

Local: Auditório do HMMSJP (2o andar)
Horário: das 14 às 16h



C O N V I T E

— OFICINA 4 —

—

Apresentação do

GUIA DE CUIDADOS

*PARA ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS
NO CENTRO OBSTÉTRICO*

—

01 JULHO 2019 ÀS 15:15H

Auditório HMMSJP / 2o andar

**APÊNDICE 5 – GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO
CENTRO OBSTÉTRICO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
PROFISSIONAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS

GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO CENTRO
OBSTÉTRICO

CURITIBA

2019

GUIA DE CUIDADOS PARA ENFERMEIRAS OBSTETRAS DO CENTRO
OBSTÉTRICO

Organizadores

Janaina Bojkian da Costa Vital Juliatto

Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Tatiane Herreira Trigueiro

CURITIBA

2019

PARTICIPANTES

Enfermeiras Obstetras lotadas na instituição durante a realização do estudo.

APRESENTAÇÃO

O Guia de Cuidados para Enfermeiras Obstetras do Centro Obstétrico é o produto surtido do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Paraná. Foi construído com o objetivo de nortear a assistência prestada pela Enfermeira Obstetra considerando sua inserção na assistência direta ao parto em meados de 2017.

Este guia padroniza a assistência prestada pela equipe de enfermagem do CO gerenciada pela Enfermeira Obstetra, dividindo tarefas e facilitando a assistência direta ao parto e nascimento. A padronização da assistência permitirá às Enfermeiras Obstetras a mesma qualidade e humanização dentro do Centro Obstétrico (CO).

Espera-se que as Enfermeiras Obstetras atuantes no CO façam uso deste conteúdo contribuindo à melhoria das práticas assistenciais e dos indicadores da assistência prestada ao parto e nascimento.

AGRADECIMENTOS

Este Guia de Cuidados teve a participação das Enfermeiras Obstetras lotadas não só no Centro Obstétrico mas em toda a instituição de saúde em sua construção, as quais contribuíram de forma ativa e com muita dedicação, tornando-se co-autoras deste instrumento. O apoio da gestão, em especial da coordenadora do Bloco Materno Infantil foi fundamental, tornando possível a realização das oficinas para a concretização deste Guia.

Agradecimentos a toda equipe gestora do Hospital e Maternidade Municipal de São José dos Pinhais, da Secretaria de Saúde e da Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais. O apoio à pesquisa é de suma importância para o crescimento e melhoria da assistência à saúde aos cidadãos são joseenses.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	– PARÂMETROS PARA NORTEAR O EXAME OBSTÉTRICO ...	10
FIGURA 1	– REPRESENTAÇÃO DAS MANOBRAS DE LEOPOLD.....	11
FIGURA 2	– ALTURA DO CONCEPTO EM RELAÇÃO ÀS ESPINHAS ISQUIÁTICAS MATERNA.....	15
FIGURA 3	– APRESENTAÇÃO DE VÉRTICE: GRAUS DE FLEXÃO DA CABEÇA.....	16
FIGURA 4	– APRESENTAÇÃO DA POSIÇÃO FETAL.....	17
FIGURA 5	– MANOBRA DE MCROBERTS.....	27
FIGURA 6	– PRESSÃO SUPRAPÚBICA.....	27
FIGURA 7	– TÉCNICA DE RUBIN.....	28
FIGURA 8	– MANOBRA DE QUATRO DE GASKIN.....	28
QUADRO 2	– CONDUCTA NO PERÍODO DE DILATAÇÃO.....	29
QUADRO 3	– CAUSAS FREQUENTEMENTE ASSOCIADAS AOS DESFECHOS ADVERSOS MATERNOS EM PACIENTES COM HPP.....	31
QUADRO 4	– CAUSAS ESPECÍFICAS DE HPP – MNEMÔNICO DOS “4TS”.....	32
QUADRO 5	– ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HPP.....	32
QUADRO 6	– CONDUCTAS PREVENTIVAS BASEADAS NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HPP NA ADMISSÃO.....	33
FIGURA 9	– ESTIMATIVA VISUAL DA PERDA VOLÊMICA NA HPP.....	34
QUADRO 7	– GRAU DE CHOQUE E SINAIS CLÍNICOS NA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA.....	34
QUADRO 8	– ÍNDICE DE CHOQUE NA HPP: VALOR, INTERPRETAÇÕES E CONSIDERAÇÕES NA ABORDAGEM.....	35
QUADRO 9	– TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA HEMORRAGIA.....	35
FLUXOGRAMA 1	– SEQUENCIAMENTO DO ATENDIMENTO DA HPP.....	36

LISTA DE SIGLAS

AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
AU	- Altura Uterina
BCF	- Batimento Cardíaco Fetal
CC	- Centro Cirúrgico
CEEO	- Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica
CLAP	- Centro Latino-americano de Perinatologia
CO	- Centro Obstétrico
DHEG	- Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DNV	- Declaração de Nascido Vivo
DPP	- Descolamento Prematuro da Placenta
DU	- Dinâmica Uterina
DUM	- Data da Última Menstruação
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HPP	- Hemorragia Pós-Parto
IG	- Idade Gestacional
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan Americana da Saúde
P	- Pulso
PA	- Pressão Arterial
PPP	- Pré-parto, Parto e Puerpério
R	- Respiração
RN	- Recém-Nascido
SOGC	- <i>Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada</i>
SSVV	- Sinais Vitais
T	- Temperatura
VDRL	- <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 ACOLHIMENTO DA GESTANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO	09
3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	14
3.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO.....	14
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO.....	18
3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO.....	20
4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO IMEDIATO	22
5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ALTA DO CENTRO OBSTÉTRICO	24
6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO	25
6.1 SANGRAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	25
6.2 DISTÓCIA DE OMBRO.....	26
6.3 SOFRIMENTO FETAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	29
6.4 HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	30
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

A assistência à parturiente desde a admissão até sua alta, perpassando o trabalho de parto e parto, influencia no desfecho materno e neonatal.

A Enfermeira Obstetra é uma profissional competente e capacitada à assistência ao parto e nascimento. A consolidação da profissão de enfermeiro, Enfermeira Obstetra e demais profissionais da classe, no Brasil, ocorreu mediante a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. O artigo 6º assegura que obstetrix ou Enfermeira Obstetra é o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de Enfermeira Obstetra. Dentre algumas das atividades de enfermagem descritas como competências da Enfermeira Obstetra estão: assistir à parturiente e ao parto normal, identificar distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico, entre outras atividades (BRASIL, 1986).

O Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) II – Rede Cegonha, ao final de 2017, com o Projeto de Intervenção “A inserção do enfermeiro obstétrico na assistência ao parto normal em uma maternidade da região metropolitana de Curitiba” (Juliatto, 2017), inseriu a Enfermeira Obstetra na assistência ao parto nessa mesma instituição para qual este Guia foi construído. Contudo, na época, foi observado a inexistência de um instrumento de trabalho que pudesse direcionar o atendimento da Enfermeira Obstetra dentro do Centro Obstétrico (CO) dessa instituição.

Este Guia trás situações específicas da assistência do CO em questão e foi construído baseado em evidências científicas; proporcionará maior qualidade da assistência e segurança das parturientes, diminuindo falhas e melhorando os desfechos materno e neonatal.

2 ACOLHIMENTO DA GESTANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO

A palavra acolhimento é uma derivação da palavra acolher, que tem o significado de “Ato ou efeito de acolher; acolhida, acolho, guarida. Abrigo pelo qual não se pede pagamento; agasalho, hospitalidade, pousada. Lugar onde se encontra amparo, proteção; refúgio” (MICHAELIS, 2019).

De acordo com Brasil (2014):

o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão (BRASIL, 2014, p. 19).

O ato de acolher implica garantir o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produzir saúde, assim como proporcionar escuta respeitosa atendendo-se à peculiaridade de cada sujeito (BRASIL, 2014).

O acolhimento não é um ato isolado, mas sim “um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias” (BRASIL, 2017).

O processo gravídico gera dúvida e insegurança à mulher e seus familiares, tornando indispensável o acolhimento. Este é o momento no qual se estabelece o vínculo de confiança para a promoção do protagonismo da parturiente durante o processo de parturição (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, objetiva-se padronizar o acolhimento da mulher no Centro Obstétrico no momento da admissão.

Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Apresentar-se à mulher pelo nome e função, chamando-a também pelo nome;
- Informar à mulher os procedimentos de rotina do setor;
- Realizar o teste rápido para HIV, após 10 a 15 minutos proceder a leitura e registro do resultado no prontuário físico e eletrônico;

- Gerir a entrada e saída dos acompanhantes ao setor, assim como efetuar o status dos acompanhantes para enviá-lo à recepção, conforme memorando interno 32/2018;
- Estimular e apoiar a participação do acompanhante durante o processo de parturição;
- No plantão diurno, devido atividades administrativas, número de residentes e estagiários, acompanhar a mulher desde a admissão, assistindo-a no trabalho de parto, parto e puerpério, quando possível;
- No plantão noturno, devido a presença residentes, acompanhar a mulher desde a admissão, assistindo-a no trabalho de parto, parto e puerpério, quando houver mais de uma mulher no setor em trabalho de parto;
- Realizar anamnese observando: queixas, medos, expectativas, desejos, antecedentes obstétricos, comorbidades pregressas, intercorrências obstétricas atuais, data da última menstruação (DUM);
- Realizar exame clínico avaliando mucosas, presença de edema nos membros inferiores e outros sinais importantes;
- Realizar exame obstétrico avaliando mamas; altura uterina (AU); situação, posição, apresentação fetal e insinuação (manobras de Leopold); ausculta de batimentos cardíacos fetais (antes, durante e após a contração uterina); dinâmica uterina (DU); condição da bolsa amniótica e perdas vaginais; exame vaginal se necessário, evitando-se toques repetidos. Segue, no QUADRO 1, os parâmetros para nortear o exame obstétrico.

QUADRO 1: PARÂMETROS PARA NORTEAR O EXAME OBSTÉTRICO.

(continua)

DADOS A SEREM AVALIADOS	PARÂMETROS
Mamas e mamilos	Mamas: integridade, volume, flacidez e simetria. Mamilos: protuso, semi-plano, plano, invertido. Presença de colostro.
AU	Curva de altura uterina para a IG: considerar normal o percentil de 10 a 90. Percentil abaixo de 10 = deficiente. Percentil acima de 90 = excessivo.
Manobras de Leopold	1ª manobra: palpa-se o fundo uterino procurando identificar o pólo fetal que o ocupa, cefálico ou pélvico. 2ª manobra: palpa-se os flancos da mãe para se determinar a situação e posição do dorso fetal. Nos casos de situação transversa palpam-se os pólos. 3ª manobra: permite palpar o pólo fetal que se apresenta que, normalmente, é o cefálico. 4ª manobra: permite avaliar o encaixamento da apresentação na pelve e a flexão. Se os dedos são

(conclusão)

	introduzidos em uma escavação vazia, deve suspeitar-se de situação transversa. Observe a FIGURA 1.
BCF	Considerar normal de 120 a 160 batimentos por minuto, desde que rítmicos e não desacelerados.
DU	Verificação das contrações no intervalo de 10 minutos. DU efetiva = duas a três contrações com duração de, no mínimo, 40 segundos.
Bolsa amniótica e perdas vaginais	Verificação se bolsa rota (BR) ou bolsa íntegra (BI). Quando BR, registrar horário, características do líquido (cor, presença de grumos, odor). Verificação de outras perdas vaginais como sangue e quantidade, diurese.
Toque Vaginal	Avaliar o apagamento do colo que se descreve indicando a longitude do canal cervical, em valores absolutos (1 a 4 cm) ou em porcentagem (0 a 100%); a dilatação que é a ampliação transversal do colo uterino que varia de milímetros até 10 cm; e a posição que se descreve como posterior, anterior ou centralizado.

FONTE: BRASIL (2001, 2012, 2017); OMS (2018); LOWDERMILK, PERRY, CACHION ET AL. (2013); BARROS (2006)

FIGURA 1: REPRESENTAÇÃO DAS MANOBRAS DE LEOPOLD



FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

- Estabelecer vínculo através da comunicação clara e concisa;
- Orientar quanto ao processo do trabalho de parto e parto, sobre a frequência e importância da avaliação durante o processo do trabalho de parto, sanando dúvidas e minimizando ansiedades;
- Ofertar e orientar sobre os métodos para alívio da dor disponíveis: massagem, bola de bobat, banho, deambulação, verticalização do trabalho de parto, musicoterapia, aromaterapia, respiração adequada. Orientar o acompanhante em como proceder a massagem para o alívio da dor;
- Informar as possíveis posições, não litotômicas, para o momento do parto, orientando quanto aos benefícios da verticalização do parto;
- Garantir conforto e privacidade à mulher e seu acompanhante;

- Proceder evolução de enfermagem no prontuário eletrônico;
- Abrir partograma quando trabalho de parto ativo estabelecido (contrações uterinas regulares e dilatação a partir de 5 cm).

Cabe à equipe de enfermagem:

- Recepcionar a mulher apresentando-se pelo o nome e função, chamando-a também pelo nome;
- Apresentar o ambiente onde a parturiente ficará alocada, indicando inclusive onde fica o banheiro caso necessite utilizá-lo;
- Informar os procedimentos de rotina na admissão: acomodação no box com cama Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP), punção venosa caso necessário, coleta de exames de rotina (VDRL e teste rápido HIV), aferição dos Sinais Vitais (SSVV), entrevista para confirmação dos dados pessoais os quais serão utilizados no preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV), recepção do acompanhante de livre escolha da mulher após sua admissão;
- Informar os horários de troca de acompanhante, às 8h e 20h, conforme memorando interno 32/2018;
- Fazer a conferência do prontuário que deve conter: uma guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchida, assinada e carimbada pelo médico; uma ficha cadastral; 20 etiquetas adesivas de identificação da mulher; requisição do exame VDRL de rotina; formulário contendo dados da admissão/internação (realizado pelo médico); carteira do pré-natal;
- Perguntar o nome do bebê para aquisição do kit contendo a carteira de vacina referente ao sexo e demais formulários que serão utilizados no atendimento ao recém-nascido (RN); aquisição do kit de formulários da mulher contendo partograma, evolução de enfermagem e identificação da mulher;
- Registrar no livro de admissão do CO, com etiqueta de identificação da mulher, os dados do internamento: horário de entrada no CO; gestações anteriores no formato Gesta Parto Cesária Aborto (GPCA), idade gestacional (IG), dilatação do colo uterino; se bolsa rota ou não, com horário da bolsa rota quando for o caso; justificativa do internamento referida e registrada pelo médico;
- Identificar o box onde a mulher ficará com formulário próprio do setor e anexar o partograma;

- Proceder a entrevista para confirmação dos dados cadastrais, aproveitando para coletar breve história contendo antecedentes obstétricos, comorbidades pregressas e obstétricas atuais, uso de medicamentos rotineiros, vícios, alergias, outros dados que considerar importantes;
- Aferir os SSVV: pressão arterial (PA), pulso (P), respiração (R) e temperatura (T). Comunicar alterações.
- Realizar punção venosa periférica nos casos necessários: Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), gemelaridade, multiparidade, macrossomia fetal, trabalho de parto prolongado, entre outros casos a serem discutidos com a equipe do plantão;
- Realizar a coleta de sangue para o exame VDRL e demais exames, quando solicitados, e encaminhar para o laboratório assim que possível;
- Recepcionar o acompanhante de livre escolha da mulher, apresentando-se e chamando-o pelo nome; orientá-lo quanto a rotina e normas do setor: acompanhá-lo na lavagem das mãos; paramentá-lo com avental e touca; informá-lo sobre a não permissão do uso do celular enquanto dentro do CO, exceto no momento de nascimento do bebê, recomendando o desligamento do mesmo; orientar para que cuide de seus pertences pessoais, pois a equipe do setor não se responsabiliza por perdas; não sair do box sem a permissão de um dos membros da equipe do plantão; não sentar ou deitar nos leitos; quando precisar ir ao banheiro deverá solicitar a alguém da equipe para orientá-lo; não será permitida saída e entrada no setor fora dos horários estabelecidos, exceto em situações autorizadas pela enfermeira do plantão; dar apoio e auxílio à mulher, permanecendo ao seu lado; terá direito às principais refeições servidas no próprio setor, em horários padronizados pela instituição.
- Estimular e apoiar a participação do acompanhante durante o processo de parturição;
- Proceder anotação de enfermagem com os dados coletados, cuidados e procedimentos realizados;
- Pegar, na farmácia, caixa padronizada de medicamentos para o trabalho de parto e identificá-la com etiqueta da parturiente;
- Estabelecer vínculo através da comunicação clara e concisa;
- Promover conforto e privacidade à mulher e seu acompanhante;
- Procurar manter o silêncio.

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

3.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRIMEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

O primeiro período do trabalho de parto está composto por duas fases, a latente que pode anteceder dias o trabalho de parto e a fase ativa ou trabalho de parto estabelecido (BRASIL, 2017).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do MS (2017) recomendam utilizar as seguintes definições de trabalho de parto na fase latente, período não necessariamente contínuo quando: há contrações uterinas dolorosas; há alguma modificação cervical, incluindo apagamento do colo uterino e dilatação até 4 cm; na fase ativa ou trabalho de parto estabelecido – quando: há contrações uterinas regulares; há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.

O diagnóstico de trabalho de parto é um processo dinâmico, devendo haver contrações uterinas rítmicas e regulares, apagamento e dilatação cervical progressivas. De preferência, a gestante só deve ser admitida quando estiver na fase ativa do trabalho de parto que, segundo o CLAP (Centro Latino-americano de Perinatologia), se define quando a mesma estiver com dilatação cervical entre 4 e 5 cm. Segundo a SOGC (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá) a fase ativa é definida quando o colo estiver dilatado 3-4 cm e 80 a 90 % apagado em uma primípara ou 4-5 cm e 70 a 80 % apagado em uma múltipara (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

A duração do trabalho de parto ativo pode variar, a qual nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas; e nas múltiparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas (BRASIL, 2017).

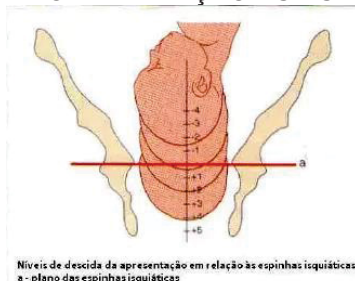
Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Apresentar-se pelo nome e função caso ainda não o tenha feito;
- Explicar sempre os procedimentos que serão realizados, com a permissão da parturiente;
- Garantir ambiente tranquilo, seguro e acolhedor, com privacidade, pouca luminosidade e silêncio, na medida do possível;

- Ofertar e estimular o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor: massagem, bola de bobat, banho, deambulação, verticalização do trabalho de parto, musicoterapia, aromaterapia, respiração adequada. Orientar o acompanhante em como proceder a massagem para o alívio da dor;
- Incentivar a verticalização do trabalho de parto, orientando seus benefícios;
- Realizar avaliação obstétrica à parturiente sob sua assistência: monitorar BCF a cada 30 minutos; DU a cada uma hora; perdas vaginais, assim como a condição da bolsa amniótica; toque vaginal a cada 2 horas e quando necessário com a permissão da parturiente. Proceder registro no partograma quando fase ativa.

O toque vaginal permite a avaliação da altura do conceito e variedade de posição na apresentação cefálica de vértice em relação a pelve da parturiente. A altura da apresentação no canal de parto é representada tendo como referência as espinhas isquiáticas. Quando o ponto mais baixo da apresentação se encontra no mesmo nível das espinhas isquiáticas, designa-se plano 0 (zero). Acima ou abaixo das espinhas, o canal de parto pode ser dividido em quintos, correspondendo à medida em centímetros, ou seja, 5 cm. acima e abaixo. Deste modo, à medida que a apresentação desce da borda superior do púbis em direção às espinhas, designam-se os planos em -5, -4, -3, -2, -1 e depois 0. Ao ultrapassar as espinhas em direção ao períneo, os planos são designados em +1, +2, +3, +4 e +5. Dividindo o canal de parto em terços acima ou abaixo das espinhas, temos os planos -3, -2, -1, 0, +1, +2 e +3, correspondendo, respectivamente à descida da apresentação da borda superior do púbis até o períneo. Confira a apresentação da altura no canal na FIGURA 2 (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

FIGURA 2: ALTURA DO CONCEITO EM RELAÇÃO ÀS ESPINHAS ISQUIÁTICAS MATERNA

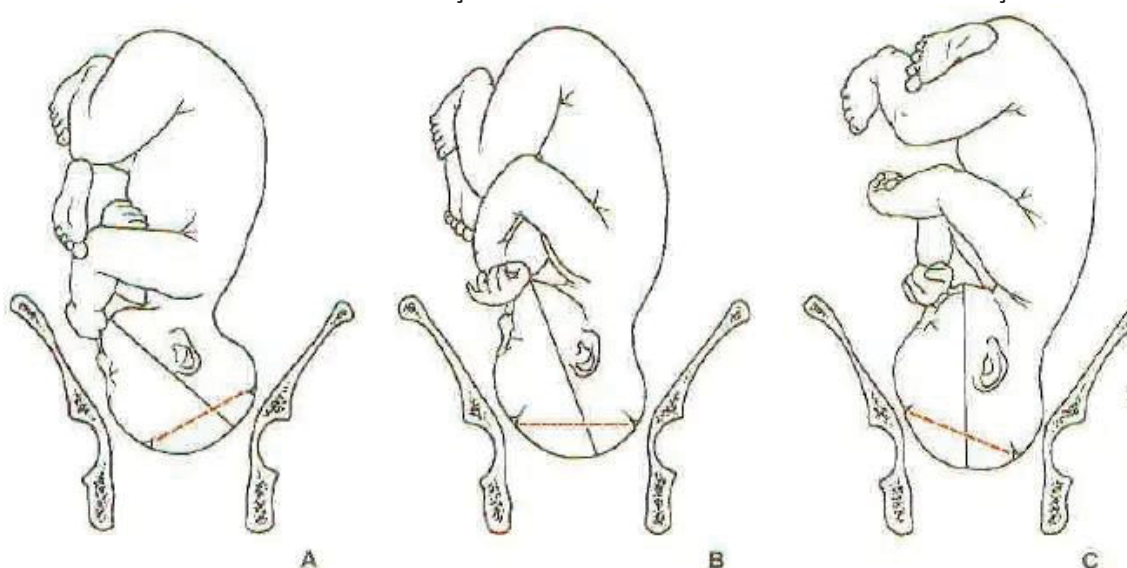


FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

A variedade de posição se define pela relação entre um ponto de reparo fetal (fontanela posterior) e a hemipelve materna. Para fazer o diagnóstico em

apresentação de vértice deve-se identificar a sutura interparietal com o dedo que toca e segui-la até encontrar a fontanela posterior, menor, occipital ou lambdóide que se identifica por sua forma triangular e menor tamanho, da anterior, fronto-parietal ou bregmática, de forma quadrangular e maior tamanho. A identificação da fontanela posterior permite, além do mais, apreciar o grau de flexão da cabeça fetal. Quanto menor for a deflexão mais central se encontrará a fontanela (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009). Veja na FIGURA 3:

FIGURA 3: APRESENTAÇÃO DE VÉRTICE: GRAUS DE FLEXÃO DA CABEÇA.



FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

Na FIGURA 3, os graus de flexão da cabeça são materializados pelo diâmetro supraoccipitomentoniano, linha contínua, e o occipitobregmático, linha pontilhada. Em A – Flexão moderada (uma deflexão complementar levaria a fontanela maior ao centro da pelve, gerando uma apresentação de bregma); em B – Flexão avançada; e em C – Flexão completa (o diâmetro da cabeça fetal é o suboccipitobregmático) (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

Se for impossível tocar a fontanela posterior e se encontra a fontanela anterior, é possível que a deflexão seja extrema e se trate de apresentação de bregma, fronte ou face, situação de risco que requer assistência correspondente com médico obstetra assumindo a condução do caso. Na apresentação de fronte podem reconhecer-se os arcos orbitários, os olhos e o nariz. O diâmetro oferecido é o mento-occipital (13,5 cm),

o maior pólo cefálico, pelo qual o parto em condições normais, é impossível (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

A apresentação de face é o grau máximo de deflexão. Associa-se a pelve plana e más-formações fetais. Diagnostica-se pela identificação dos arcos ciliares, olhos, nariz, boca e mento ao toque por via vaginal (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

A FIGURA 4 apresenta a posição fetal de acordo com as percepções ao toque vaginal, relacionado ao grau de deflexão da cabeça fetal.

FIGURA 4: APRESENTAÇÃO DA POSIÇÃO FETAL

	BREGMA	FRONTE	FACE
POSIÇÃO FETAL			
PERCEPÇÃO AO TOQUE VAGINAL			
GRAU DE DEFLEXÃO DA CABEÇA FETAL	1/3	2/3	3/3

FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

- Informar à parturiente e seu acompanhante a evolução do trabalho de parto;
 - Encorajar e incentivar a parturiente cada progresso alcançado, orientando o acompanhante a também o fazer;
 - Ofertar suporte emocional;
 - Informar as possíveis posições não litotômicas (cócoras, semi-sentada, lateralizada, quatro apoios, banqueta de parto) para o momento do parto, assim como seus benefícios, deixando claro sua livre escolha da posição para o parto;
 - Comunicar intercorrências à equipe médica.
- Cabe à equipe de enfermagem:
- Apresentar-se pelo nome e função caso ainda não o tenha feito;

- Promover ambiente tranquilo, seguro e acolhedor, garantindo privacidade, pouca luminosidade e silêncio, na medida do possível;
- Fornecer dieta e líquidos conforme prescrição médica;
- Explicar sempre os procedimentos que serão realizados, com a permissão da parturiente;
- Aferir os SSVV a cada 6h, exceto nos casos de bolsa rota, situações nas quais os SSVV deverão ser aferidos a cada 4h, assim como nos casos que houver alteração da pressão arterial e quando necessário;
- Incentivar a verticalização do trabalho de parto, orientando seus benefícios;
- Acompanhar o profissional que irá atender o parto durante os procedimentos com a parturiente, sempre que necessário;
- Administrar medicações prescritas pelo médico utilizando os 9 certos como critério de segurança para a administração de medicamentos: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo da administração, orientação correta, forma certa e resposta certa. Identificar a medicação em uso;
- Comunicar à enfermeira e/ou médico a ocorrência de perdas vaginais e bolsa rota, assim como qualquer intercorrência durante o trabalho de parto;
- Proceder anotação de enfermagem, informando todos os procedimentos realizados, ocorrências e intercorrências com a parturiente.

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal do MS (2017), define o segundo período do parto como: fase inicial ou passiva na qual há a dilatação total do colo sem sensação de puxo involuntário ou parturiente com analgesia e a cabeça do feto ainda relativamente alta na pelve; e fase ativa na qual há a dilatação total do colo, cabeça do bebê visível, contrações de expulsão ou esforço materno ativo após a confirmação da dilatação completa do colo do útero, na ausência das contrações de expulsão (BRASIL, 2017).

Nesse período deve-se evitar a posição de litotomia ou ginecológica clássica e outras posições horizontais; deve-se evitar também que as pernas estejam presas. As seguintes posições devem ser eleitas para a condução do período expulsivo: semi-sentada, sentada ou de cócoras. Nesta posição, deve-se alternar para a posição

sentada entre as contrações. Os puxos dirigidos também devem ser evitados, pois estes se associam com maior frequência ao esgotamento materno e queda no BCF. Permite-se o puxo espontâneo (BRASIL, 2017).

A distribuição dos limites de tempo encontrados nos estudos para a duração normal da fase ativa do segundo período do trabalho parto é a seguinte: para primíparas, cerca de 0,5–2,5 horas sem peridural e 1–3 horas com peridural; para múltíparas, até 1 hora sem peridural e 2 horas com peridural (BRASIL, 2017).

Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Garantir ambiente tranquilo, seguro e acolhedor, com privacidade, pouca luminosidade e silêncio, na medida do possível;
- Incentivar a parturiente a adotar posição confortável, auxiliando-a a ficar na posição desejada;
- Oferecer apoio emocional, evitando comportamento que possa gerar ansiedade;
- Garantir um ambiente aquecido, com a temperatura em torno de 26°C, para evitar perda de calor e hipotermia do bebê;
- Na assistência direta ao parto, monitorar o BFC a cada 30 minutos quando fase passiva e a cada 5 minutos quando fase ativa;
- Verificar os SSVV sempre que necessário;
- Informar parturiente e acompanhante sobre a evolução do trabalho de parto;
- Manter parturiente hidratada;
- Fornecer apoio psíquico-físico necessário;
- Proceder o registro do partograma;
- Comunicar intercorrências à equipe médica.

Cabe à equipe de enfermagem:

- Promover ambiente tranquilo, seguro e acolhedor, garantindo privacidade, pouca luminosidade e silêncio, na medida do possível;
- Incentivar a parturiente a adotar posição confortável, auxiliando-a a ficar na posição desejada;
- Oferecer apoio emocional, evitando comportamento que possa gerar ansiedade;

- Manter o ambiente aquecido, com a temperatura em torno de 26°C, para evitar perda de calor e hipotermia do bebê;
- Auxiliar o profissional que irá atender o parto na abertura do material estéril e no fornecimento de outros materiais necessários (luvas, compressas, gaze, material para episiotomia);
- Manter postura empática, com incentivo positivo à parturiente, evitando-se puxos dirigidos e impedimentos da livre expressão de seus sentimentos como, por exemplo, gritos e gemidos;
- Comunicar intercorrências à enfermeira e/ou médico.

3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TERCEIRO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas, considerado prolongado após decorridos 30 minutos (BRASIL, 2017).

Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Na assistência direta ao parto, observar as condições de nascimento do bebê e aguardar um minuto para o clampeamento do cordão umbilical, podendo ser oferecida sua secção ao acompanhante; proceder a dequitação da placenta, realizando a conferência da integridade da mesma; revisar o trajeto do parto e região perineal para averiguação de lacerações e suturas quando necessário;
- Incentivar o contato pele a pele, orientando a puérpera sobre a importância e seus benefícios, informando sobre como proceder o contato pele a pele;
- Incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê;
- Observar as condições físicas da puérpera, sangramento e involução uterina através da presença do globo de Pinard ou globo de segurança;
- Parabenizar a puérpera;
- Encerrar o partograma e proceder evolução de enfermagem com dados do parto, da parturiente e do bebê;
- Comunicar intercorrências à equipe médica.

Cabe à equipe de enfermagem:

- Administrar 10 unidade de ocitocina via intramuscular, no vasto lateral da coxa ou deltoide, imediatamente após o nascimento do bebê;
- Incentivar o contato pele a pele, orientando a puérpera sobre o mesmo;
- Proceder a identificação do bebê e da mãe com pulseira em punho;
- Estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê, observando a pega adequada do bebê;
- Oferecer conforto, cobrir e aquecer a parturiente;
- Auxiliar o profissional que estiver atendendo o parto no que for necessário;
- Observar sangramento vaginal e involução uterina;
- Aferir os SSVV;
- Parabenizar a puérpera;
- Realizar anotação de enfermagem, contendo dados do nascimento, informações da puérpera e do bebê;
- Proceder registro no livro de partos do setor;
- Comunicar intercorrências à enfermeira e/ou médico;
- Deixar o ambiente organizado e repor materiais.

4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO IMEDIATO

A avaliação rotineira da puérpera durante a internação permite detectar e intervir oportunamente quando ocorrer desvios dos limites fisiológicos do puerpério.

O período puerperal ou pós-parto é a fase em que ocorrem manifestações involutivas relacionadas às modificações locais e sistêmicas provocadas pela gravidez e parto. Pode ser dividido em três períodos: imediato (do 1º ao 10º dia após a parturição), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (a partir do 45º dia) (VIEIRA; BACHION; SALGE et al., 2010)

Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Observar e avaliar as condições físicas e emocionais da puérpera;
- Observar sangramento vaginal, involução e tônus uterino;
- Garantir a presença do acompanhante;
- Orientar sobre higiene e cuidados com o períneo;
- Preencher DNV registrando seu número na carteira de vacina, no cartão do teste do pezinho e no impresso próprio da instituição;
- Proceder registro no livro de DNV e dos indicadores do CO;
- Averiguar o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora;
- Comunicar intercorrências à equipe médica;
- Proceder evolução de enfermagem no prontuário eletrônico sempre que necessário.

Cabe à equipe de enfermagem:

- Aferir os SSVV sempre que necessário e observar condições físicas da puérpera;
- Observar sangramento vaginal, involução e tônus uterino;
- Incentivar a presença do acompanhante;
- Ofertar dieta e líquidos;
- Auxiliar na higiene e troca de roupas, deixando-a sempre limpa e seca;
- Dar apoio, auxiliando durante o aleitamento materno;
- Administrar e checar medicações prescritas;
- Auxiliar na assistência ao bebê na sala do recém-nascido (RN) e prestar assistência de enfermagem necessária: solicitar internamento no bebê; verificar

identificação da pulseira em punho esquerdo e colocá-la caso ainda não tenha sido feita; realizar a impressão podálica direita do bebê em impresso próprio e na carteira de vacina; administrar a vacina contra a hepatite B, intramuscular, no vasto lateral da coxa esquerda; administrar a vitamina K, intramuscular, no vasto lateral da coxa direita; administrar o nitrato de prata biocular; realizar curativo do coto umbilical com álcool a 70%; colocar fralda no bebê e enrolá-lo em dois cueiros pré-aquecidos; afixar etiqueta de identificação em cima do cueiro; proceder anotação de enfermagem com dados da assistência prestada ao bebê e registrar a vacina administrada tanto na carteira de vacina física quanto na eletrônica; checar prescrição médica, verificando a presença de outros cuidados necessários prescritos como, por exemplo, realização de dextro de controle; organizar o a sala do RN e repor materiais.

- Colocar a pulseira de identificação, igual ao do bebê, em punho esquerdo da parturiente.
- Proceder anotação de enfermagem, tanto da puérpera quanto do bebê, sempre que houverem informações importantes a serem registradas;
- Encaminhar o binômio mãe-bebê ao alojamento conjunto, junto com seu acompanhante, duas horas após o horário do nascimento.
- Comunicar intercorrências à enfermeira e/ou médico.

5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ALTA DO CENTRO OBSTÉTRICO

Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Conferir se os prontuários do binômio mãe-bebê estão completos, com suas respectivas prescrições médicas, medicações checadas, anotações/evoluções e SSVV registrados; a prescrição médica da mãe deverá estar em 4 vias, àquelas impressas no período das 0 às 12h;
- Certificar-se que mãe e bebê estão bem;
- Solicitar vaga na enfermaria;
- Quando mãe e bebê continuarem no CO devido falta de vaga na enfermaria, averiguar se puérpera foi encaminhada para o banho, orientar equipe de enfermagem para proceder banho do bebê conforme memorando interno 51/2018 e dar continuidade aos cuidados de enfermagem no pós-parto.

Cabe à equipe de enfermagem:

- Conferir se os prontuários do binômio mãe-bebê estão completos, com suas respectivas prescrições médicas, medicações checadas, anotações/evoluções e SSVV registrados; a prescrição médica da mãe deverá estar em 4 vias, àquelas impressas no período das 0 às 12h;
- O binômio mãe-bebê estará de alta do CO, quando não tiver havido intercorrências, após 2h do nascimento;
- Certificar-se que mãe e bebê estão bem;
- Solicitar vaga na enfermaria à enfermeira do plantão;
- Realizar passagem de plantão ao profissional da enfermaria que vier buscar o binômio;
- Quando mãe e bebê continuarem no CO devido falta de vaga na enfermaria, auxiliar puérpera no banho, proceder banho do bebê conforme memorando interno 51/2018 e dar continuidade aos cuidados de enfermagem no pós-parto.

6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS PRINCIPAIS EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

6.1 SANGRAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O sangramento durante o trabalho de parto pode estar relacionado a pequenos sangramentos associados à dilatação cervical, porém toda perda sanguínea pela via vaginal deve ser avaliada adequadamente, principalmente se seu volume é abundante.

As hemorragias graves constituem uma situação de alto risco. Aproximadamente, metade das hemorragias nas gestações à termo são devidas a placenta prévia e descolamento prematuro da placenta (DPP). Outras causas menos frequentes de hemorragia são as patologias cervicais e ruptura uterina. Nos casos restantes não se pode diagnosticar a origem da hemorragia. Na presença de hemorragia, a avaliação deve ser rápida para decidir o tipo adequado de assistência (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Atentar-se aos sinais de hemorragia e sugestivos de DPP;
- Comunicar a equipe do Centro Cirúrgico (CC) quanto a emergência obstétrica existente, assim como garantir o encaminhamento da parturiente imediatamente ao CC;
- Certificar-se que parturiente está com acesso venoso periférico calibroso;
- Realizar coleta de sangue para requisição de reserva de sangue caso seja necessário transfusão sanguínea, encaminhando amostra o quanto antes ao banco de sangue do hospital;
- Auxiliar equipe de enfermagem e médica na assistência à parturiente e ao RN até que ambos estejam estáveis.

Cabe à equipe de enfermagem:

- Atentar-se à quantidade do sangramento vaginal da parturiente;
- Providenciar maca para encaminhar parturiente imediatamente ao Centro Cirúrgico (CC);
- Conversar com a parturiente, ofertando apoio emocional;

- Auxiliar a equipe do CC no preparo da parturiente para intervenção cirúrgica;
- Averiguar e puncionar acesso venoso periférico calibroso;
- Providenciar o prontuário para ser encaminhado ao CC;
- Comunicar equipe médica pediátrica;
- Deixar incubadora de transporte preparada e aquecida, com o cilindro do oxigênio devidamente montado;
- Preparar a sala do RN para atendimento de emergência, com todo material básico de emergência organizado (ambu testado e funcionando, saco plástico e touca para aquecimento do bebê, bandeja de laringoscópio com lâminas já testadas, cânulas para intubação traqueal, adesivo para fixação da cânula, caixa de medicamentos de emergência) e o solicitado pela equipe médica;

6.2 DISTÓCIA DE OMBRO

A distócia de ombro é definida quando ocorre impactação do ombro anterior atrás da sínfise púbica ou incapacidade de liberação dos ombros pelos métodos usuais (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

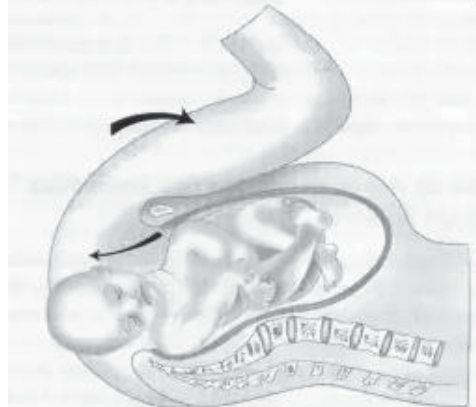
Deve-se considerar a presença de distócia de ombro quando não ocorre a liberação dos ombros cerca de 60 segundos após o desprendimento cefálico diante da realização de manobras usuais. Esta é uma situação de risco extremo que requer a adoção de medidas rápida, seguras e da presença de outros profissionais para auxiliar nos procedimentos. Qualquer profissional que assista ao parto deve estar ciente dos procedimentos a serem executados e iniciá-los imediatamente, transferindo a liderança da assistência ao profissional mais capacitado assim que o mesmo estiver presente (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Não entrar em pânico;
- Pedir ajuda imediatamente à mãe, acompanhante, doula, circulante, pediatra, anestesista, ou a qualquer outra pessoa mais próxima;
- Todos os procedimentos devem ser realizados em aproximadamente 7 minutos;
- Evitar pressão no fundo do útero (manobra de Kristeler);

- Evitar o uso excessivo da força. Se for necessária uma força adicional, a mesma deve ser aplicada gradualmente;
- Proceder a Manobra de McRoberts (FIGURA 5): hiperflexão dos quadris sobre o abdome materno;

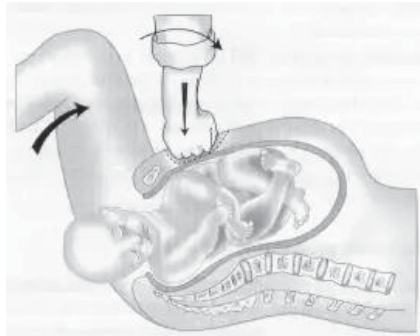
FIGURA 5: MANOBRA DE MCROBERTS



FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

- Se não resolver a anterior, proceder pressão suprapúbica (FIGURA 6): deve ser realizada no sentido antero-posterior para empurrar o ombro anterior para baixo da sínfise púbica ou lateralmente na superfície posterior do ombro para diminuir o diâmetro ombro a ombro e desviar os ombros em direção ao diâmetro oblíquo da pelve;

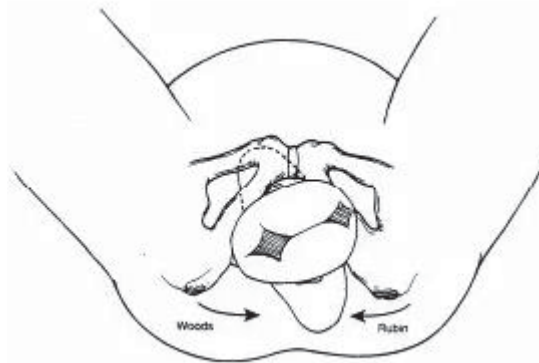
FIGURA 6: PRESSÃO SUPRAPÚBLICA



FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

- Se não resolver a anterior, proceder a rotação dos ombros (FIGURA 7): a técnica de Rubin consiste em aplicar uma pressão na superfície posterior de qualquer um dos ombros e tentar a rotação cuidadosa, levando o ombro anterior para a posição posterior ou vice-versa até que este seja liberado.

FIGURA 7: TÉCNICA RE RUBIN



FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

- Manobra de quatro (Gaskin) (FIGURA 8): simplesmente colocando a mulher em posição de quatro (não confundir com posição geno-peitoral) o nascimento pode ocorrer durante a próxima contração sem necessidade de execução de qualquer outra manobra. Esta manobra também pode ser usada com primeira opção.

FIGURA 8: MANOBRA DE QUATRO DE GASKIN



FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

- O fracasso das manobras anteriores obriga a tentativa de extração do braço posterior, introduzindo-se a mão na vagina, correspondente ao ventre fetal e pressionando-se a fossa antecubital do braço posterior, o que fará descer o antebraço que deve ser agarrado e conduzido junto ao peito da criança até para fora.

- Se as manobras anteriores falharem, o procedimento deverá ser invasivo realizado pelo médico.

Cabe à equipe de enfermagem:

- Comunicar equipe médica, solicitando assistência;
- Auxiliar na realização de manobras e posicionamento da parturiente, conforme orientação da Enfermeira Obstetra até a chegada do médico e do médico;
- Auxiliar na abertura de materiais e instrumentais necessários;
- Continuar auxiliando na realização de manobras e posicionamento solicitados pela equipe médica.

6.3 SOFRIMENTO FETAL NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

A presença de mecônio não é sinal de sofrimento fetal, porém se associa a maior risco de morbimortalidade neonatal (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

No período expulsivo, o BCF deve ser avaliado a cada 5 minutos entre as contrações. Em pacientes de risco a frequência da ausculta fetal deve ser após cada contração. É normal a presença de quedas na BCF até 100-110 bat./min. devido à compressão cefálica. Uma BCF < de 100 bat./min., mantida entre os puxos, sugere sofrimento fetal, o que deverá ser imediatamente comunicado ao obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2009).

O QUADRO 2 norteia a conduta adequada, à Enfermeira Obstetra, no período de dilatação uterina.

QUADRO 2: CONDUTA NO PERÍODO DE DILATAÇÃO

(continua)

CONDIÇÃO	CONDUTA
Evolução normal	Observação conservadora sem manobras nem medicação.
Hiperdinamia	Inibição uterina e assistência segundo normas de alto risco, com comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.
Hipodinamia	Estimulação ocitócica através de métodos alternativos não farmacológicos.
Taquicardia fetal Bradycardia leve Desacelerações variáveis Desacelerações precoces	Decúbito lateral esquerdo; Controlar BCF com mais frequência; Monitoração eletrônica contínua se disponível; Comunicar ao médico obstetra responsável.

(conclusão)

Bradycardia persistente Desacelerações tardias	Assistência segundo normas de alto risco. Comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.
Parto prolongado segundo partograma	Reavaliar antecedentes de patologia cervical, proporção feto-pélvica e contratilidade; corrigir hipodinamia; controle em duas horas; Se não houver progresso, amniotomia; controle em duas horas; Se não evolui, conduzir segundo normas de alto risco, comunicando o médico obstetra responsável que deve assumir a condução do caso.
Hemorragia genital	Praticar amniotomia e conduzir segundo normas de alto risco. Condução pelo obstetra.
Líquido amniótico meconial	Controles mais frequentes do BCF;

FONTE: GUIA DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN (2009)

6.4 HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP)

A hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda de 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto. A HPP é a principal causa de mortalidade materna em países de baixa renda e a causa primária de quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global. A maioria das mortes resultantes da HPP ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto: a maioria dessas mortes poderia ser evitada por meio do uso de uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto e através da gestão adequada em tempo hábil. O aprimoramento dos cuidados de saúde para mulheres durante o parto para prevenir e tratar a HPP é uma etapa essencial para a concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (OMS, 2014).

A HPP é a segunda causa de morte materna no Brasil e primeira no estado do Paraná. Estima-se 01 caso de HPP a cada 10 partos e 14.000.000 de casos de HPP no mundo por ano, ocasionando 140.000 mortes por HPP no mundo por ano. A HPP é a principal causa de morte materna no estado do Paraná, ficando em segundo lugar a pré-eclâmpsia (BRASIL, 2018; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2018).

A principal estratégia de prevenção da HPP é o uso universal da ocitocina pós-parto. Considera-se má prática obstétrica não administrá-la rotineiramente em uma maternidade, pois reduz em aproximadamente 50% o risco de HPP (atonia). No entanto, a vigilância do tônus uterino através da palpação abdominal é recomendada

em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce da atonia uterina pós-parto (OMS, 2014).

O mnemônico dos 4Ts facilita entender as prováveis causas associadas à HPP, sendo: Tônus (atonia uterina), Trauma no canal de parto, Tecido placentário retido, Trombina (coagulopatias) (OPAS, 2018).

Cabe à Enfermeira Obstetra:

- Avaliar sangramento vaginal;
- Conhecer as causas frequentemente associadas aos desfechos adversos maternos em pacientes com HPP, mostradas no QUADRO 3:

QUADRO 3: CAUSAS FREQUENTEMENTE ASSOCIADAS AOS DESFECHOS ADVERSOS MATERNOS EM PACIENTES COM HPP

PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL	CAUSAS
Pré-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de acesso ao Pré-natal • Abordagem\tratamento inadequado da anemia materna na gestação • Inadequado manejo pré-natal dos aumentos pressóricos (pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional) • Não avaliação do risco de acretismo placentário em gestantes com cesariana prévia (com ultrassonografia)
Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhos de parto prolongados • Altas taxas de cesariana • Não considerar risco de acretismo placentário em paciente com cesariana anterior associada a placenta prévia ou posicionada em parede uterina anterior • Partos em ambientes com ausência de estrutura e\ou fluxos assistenciais inadequados
Pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> • Não uso da profilaxia universal com uterotônico (Ocitocina 10 UI IM) • Ausência de monitoramento materno adequado no pós-parto • Ausência de avaliação imediata de puérperas com sinais iniciais de HPP • Ausência de ação diante de suspeita e \ou diagnóstico de HPP • Não inclusão dos familiares no processo de monitoramento no pós-parto

FONTE: OPAS (2018)

- Conhecer as possíveis causas que podem levar à HPP conhecidas como 4Ts: Tônus (atonia uterina), Trauma no canal de parto, Tecido placentário retido, Trombina (coagulopatias) (QUADRO 4);

QUADRO 4: CAUSAS ESPECÍFICAS DE HPP – MNEMÔNICO DOS “4 TS”

“4 Ts”	Causa específica	Frequência relativa
TÔNUS	Atonia Uterina	70%
TRAUMA	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias congênitas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes	1%

FONTE: OPAS (2018)

- Saber estratificar o risco para HPP (QUADRO 5);

QUADRO 5: ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HPP.

BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de cicatriz uterina ▪ Gravidez única ▪ ≤ 3 partos vaginais prévios ▪ Ausência de distúrbio de coagulação ▪ Sem história de HPP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cesariana ou cirurgia uterina prévia ▪ Pré-eclâmpsia leve ▪ Hipertensão gestacional leve ▪ Superdistensão uterina (Gestação múltipla, polidramnio, macrosomia fetal) ▪ ≥ 4 partos vaginais ▪ Corioamnionite ▪ História prévia de atonia uterina ou hemorragia obstétrica ▪ Obesidade materna (IMC > 35kg/m²) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Placenta prévia ou de inserção baixa ▪ Pré-eclâmpsia grave ▪ Hematócrito < 30% + fatores de risco ▪ Plaquetas < 100.000/mm³ ▪ Sangramento ativo à admissão ▪ Coagulopatias ▪ Uso de anticoagulantes ▪ Descolamento prematuro de placenta ▪ Placentação anômala (acretismo) ▪ Presença de ≥ 2 fatores de médio risco

FONTE: OPAS (2018)

- Tomar condutas preventivas baseadas na estratificação de risco para HPP na admissão (QUADRO 6);

QUADRO 6: CONDUTAS PREVENTIVAS BASEADAS NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA HPP NA ADMISSÃO





BAIXO RISCO	MÉDIO RISCO	ALTO RISCO
<ul style="list-style-type: none"> Manejo ativo do 3º estágio 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo ativo do 3º estágio 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo ativo do 3º estágio
<ul style="list-style-type: none"> Observação rigorosa por 1-2 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado* 	<ul style="list-style-type: none"> Observação rigorosa por 1-2 horas em local adequado*
<ul style="list-style-type: none"> Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta 	<ul style="list-style-type: none"> Estimular presença do acompanhante para ajudar a detectar sinais de alerta
	<ul style="list-style-type: none"> Identificação Avaliar acesso venoso periférico (Jelco 16G) Tipagem sanguínea Hemograma 	<ul style="list-style-type: none"> Identificação Acesso venoso periférico (Jelco 16G) Tipagem sanguínea Hemograma Prova cruzada Reserva de sangue (2 bolsas de Concentrado de Hemácias)

* Sala de recuperação; leitos de pré-parto; sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP); leito de cuidados intermediários. EVITAR LOCAIS ONDE NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE MONITORAMENTO RIGOROSO. Não encaminhar para enfermarias ou quartos que oferecem apenas vigilância risco habitual). CH = concentrado de hemácias

FONTE: OPAS (2018).

- Comunicar equipe médica quando suspeitar de uma HPP;
- Estimar a gravidade da perda inicial sanguínea, podendo ser visual (FIGURA 9), através da pesagem de compressas, através de parâmetros clínicos (frequência cardíaca, pressão arterial, dentre outros) (QUADRO 7) e da utilização da fórmula de índice de choque (QUADRO 8);

FIGURA 9: ESTIMATIVA VISUAL DA PERDA VOLÊMICA NA HPP

			
Poça de 100 cm de diâmetro	Cama com poça sobre lençol	Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão	
Compressas			
			
50% = 25 mL	75% = 50 mL	100% = 75 mL	Compressa Pingando = 100 mL
Poça de 50 cm de diâmetro		500 mL	
Poça de 75 cm de diâmetro		1.000 mL	
Poça de 100 cm de diâmetro		1.500 mL	
Cama com poça de sangue sobre o lençol		Provavelmente menos de 1.000 mL	
Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão		Provavelmente excede 1.000 mL	

FONTE: OPAS (2018).

QUADRO 7: GRAU DE CHOQUE E SINAIS CLÍNICOS NA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Grau de choque	(%) perda e volume em mL para mulher 50-70Kg	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Transfusão
Compensado	10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não
Leve	16-25% 1000-1500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Possível
Moderado	26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Usualmente exigida
Grave	>35% >2000 mL	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar > 3"	>120	<70	Possível Transfusão maciça

Obs.: o critério maior gravidade é o que determina o grau do choque

FONTE: OPAS (2018).

QUADRO 8: ÍNDICE DE CHOQUE NA HPP: VALOR, INTERPRETAÇÃO E CONSIDERAÇÕES NA ABORDAGEM

ÍNDICE DE CHOQUE = FREQUÊNCIA CARDÍACA/PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		
VALOR	INTERPRETAÇÃO	CONSIDERAR/AVENTAR
≥ 0,9	Risco de Transfusão	Abordagem agressiva/ Transferência Hemotransfusão
≥ 1,4	Necessidade de terapêutica agressiva com urgência	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de Transfusão maciça
≥ 1,7	Alto Risco de resultado materno adverso	Abordagem agressiva e imediata Abrir protocolo de transfusão maciça

OBS: * Considerar posicionar o TAN para todas as pacientes em choque hemorrágico ou em iminência de choque.

FONTE: OPAS (2018)

- Conhecer o recente protocolo de tratamento medicamentoso à HPP, baseado em evidências científicas, recomendado pela OPAS (QUADRO 9) e Ministério da Saúde, para que se tenha efetividade no atendimento à HPP de forma sincronizada e prioritária;

QUADRO 9: TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HEMORRAGIA

OCITOCINA (1ª escolha)	5 UI, EV lento (3 min) + 20 UI a 40 UI em 500 mL SF 0,9% a Infusão 250 mL/h. Manutenção de 125 mL/h por 4 horas. Nos casos de atonia mais importante, avaliar manutenção de ocitocina até 24 horas (a uma velocidade de 67,5 mL/h ou 3 UI/hora). Nesses casos monitore rigorosamente a paciente pelo risco de intoxicação hídrica OBS: pacientes que estiveram em trabalho de parto tendem a ser menos responsivas à ocitocina. Assim, não atrase o uso de uterotônicos de segunda linha, caso a resposta ao ocitócito seja insuficiente. Se a prevenção estiver sendo realizada com o esquema "Regra dos 3", a falha da terceira dose de ocitocina indica necessidade de uterotônicos de segunda linha (Fluxograma 1) imediatamente e não outro esquema de ocitócito
METILERGOMETRINA	0,2 mg, IM, repetir em 20 min se necessário Sangramentos graves: realizar mais 3 doses de 0,2 mg IM, a cada 4h/4h (Dose máx.: 1 mg/24 horas) OBS.: Não utilizar em pacientes hipertensas Se a primeira dose falhar, é improvável que a segunda seja eficaz
MISOPROSTOL	800 mcg, via retal ou oral OBS: Considerar o tempo de latência para o início de ação do misoprostol Via retal: Início de ação 15-20 min. Via oral: Início de ação 7-11 min.
ÁCIDO TRANEXÂMICO	1.0 grama, endovenoso lento, em 10 minutos Iniciar assim que se identificar a hemorragia e em concomitância aos uterotônicos nos casos de atonia uterina Repetir se: persistência do sangramento 30 min após 1ª dose ou reinício do sangramento em até 24 horas da 1ª dose

FONTE: OPAS (2018).

- Conhecer o sequenciamento do atendimento da HPP (FLUXOGRAMA 1);

FLUXOGRAMA 1: SEQUENCIAMENTO DO ATENDIMENTO DA HPP



FONTE: OPAS (2018).

- Delegar tarefas à equipe de enfermagem, definindo prioridades;

- Garantir duas punções venosas periféricas com catéteres calibrosos;
- Prover oxigenoterapia, reposição volêmica e medicações necessárias conforme solicitação da equipe médica;
- Manter a puérpera em monitorização contínua;
- Realizar coleta de sangue, encaminhando-a para o banco de sangue, para a realização de prova cruzada e reserva de sangue caso seja necessário transfusão sanguínea;
- Encaminhar ao CC caso seja necessário e solicitado pela equipe médica;
- Manter intensa observação e monitorização pós hemorragia;
- Dar apoio emocional à puérpera e seus familiares;
- Proceder o registro da ocorrência e, caso tiver critério, notificar o evento como *Near Miss* materno conforme orientações da instituição.

Cabe à equipe de enfermagem:

- Monitorar os SSVV na primeira hora sempre que necessário, atentando-se ao sangramento vaginal;
- Comunicar a enfermeira e equipe médica quando suspeitar de sinal e sintoma preditivo de HPP, garantido assistência imediata;
- Realizar punção venosa periférica com dispositivo calibroso;
- Administrar medicamentos solicitados pelo médico, auxiliando no que for preciso;
- Manter monitoramento dos SSVV;
- Observar nível de consciência da puérpera;
- Aquecer e manter puérpera em posição confortável;
- Conhecer as possíveis causas que podem levar à HPP conhecidas como 4Ts: Tônus (atonía uterina), Trauma no canal de parto, Tecido placentário retido, Trombina (coagulopatias) (QUADRO 4);
- Conhecer as causas frequentemente associadas à desfechos adversos maternos em pacientes com HPP, mostradas no QUADRO 3;
- Conhecer o sequenciamento do atendimento da HPP, para que assim se obtenha efetividade no atendimento de forma sincronizada e prioritária;
- Dar apoio emocional à puérpera e seus familiares;
- Proceder anotação da ocorrência.

REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. O. Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. 1ª ed. Editora Manole, 2006.

BRASIL. Atenção integral à saúde da mulher e da criança. **Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil**. Rede Cegonha. Brasília, abril/2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2-a-Rede-Cegonha.pdf>>. Acesso em: 18 junho 2018.

BRASIL. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal – Relatório de recomendações**. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília (DF): Ministério da Saúde, jan. 2016.

BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 10 junho 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 18 agosto 2019.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 1986. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acesso em: 2 junho 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 16 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/itensdoacervo/files/ambiencia.pdf>>. Acesso em: 12 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasil (DF); 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 14 agosto 2018.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 10 junho 2018.

BRASIL. **Política nacional de humanização. O que é. Como implementar. (Uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas)**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2010. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf>. Acesso em: 20 julho 2018.

BRASIL. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 12 junho 2018.

BRASIL. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 15 novembro 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 516 de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Cofen, Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RES.-COFEN-516-2016.pdf>>. Acesso em: 2 junho 2018.

ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFMG. **Curso de Especialização em enfermagem obstétrica – rede cegonha**. Belo Horizonte/MG; 2015. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/ceeo-redecegonha/index.php/o-curso/justificativa>>. Acesso em: 01 julho 2018.

FEBRASGO. **Cuidados no trabalho de parto e parto: recomendações da OMS**. FEBRASGO, 2018. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/556-cuidados-no-trabalho-de-parto-e-parto-recomendacoes-da-oms>>. Acesso em 3 agosto 2018.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Guia de práticas assistenciais. Assistência ao parto e nascimento**. Belo Horizonte: Hospital Sofia Feldman, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e-books/7607-hsf-assistencia-ao-parto-de-baixo-risco/file>>. Acesso em: 05 novembro 2018.

MORTON, V. H. et al. **Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth**. Pilot Feasibility Stud. 2018; 4: 84. Published online 2018 Jun 4. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25950072>>. Acesso em: 28 janeiro 2020.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; ALDEN, K. R. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**, 10^a ed. Editora Elsevier. 2013.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. In: Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e *ethos* profissional. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2010, pp. 19-49. ISBN 978-85-7541-328-9. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289-03.pdf>>. Acesso em 3 agosto 2018.

MICHAELIS. Dicionário brasileiro da língua portuguesa. **Editora Melhoramentos**, 2019. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?id=xR2v>>. Acesso em: 17 novembro 2019.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Obstetrícia. 13^a ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2016.

OMS. **Maternidade segura: Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra OMS, 1996.

OMS. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12>. Acesso em: 15 novembro 2019.

ONUBR. Nações Unidas no Brasil. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Nações Unidas, 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 20 julho 2018.

SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ. **Dados epidemiológicos. Rede mãe paranaense 2018**. 7º encontro mãe paranaense 2018. Curitiba, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3460>>. Acesso em: 10 setembro 2019.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 novembro 2019.

WHO. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=69AE1CD6EC277DE62412BC611EED3DD8?sequence=1>>. Acesso em: 08 junho 2018.

**APÊNCIDE 6 – CATEGORIAS E SUAS RESPECTIVAS UNIDADES DE CONTEXTO
E UNIDADE DE REGISTRO.**

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO	UNIDADE DE REGISTRO
	<p>P4: Tem que ser feita uma reunião, tem que ser repassada pela nossa coordenação, que não adianta só a gente fazer e fazer barulho a coordenação tem que estar junto, tem que estar sustentando a gente.</p> <p>P4: Na verdade assim, a gente pode fazer o guia de acordo com aquilo que a gente acha que é o certo, acha que é o certo não, não vai ser do achismo, né? Conforme a gente tem de evidências científicas, conforme. E não que ele vai ser cumprido à risca, a gente vai apresentar dessa forma e vamos ver se a gestão acata.</p> <p>P4: Conforme a gente acha que deveria ser e que não é impossível de implementar no nosso hospital.</p> <p>P3: Mas tem um monte de paciente, guria, que eu estou entrevistando de puérpera que, tipo, encaminharam para o alto risco e nem chegaram a consultar. E quando eu trabalhava na unidade sempre saia consulta do alto risco naquela época, sempre funcionava.</p> <p>P2: Está muito falho o alto risco desde que mudou para cá, para o centro daqui está muito falho.</p> <p>P3: Sim, tem bastante falando que foi encaminhando e não chegou e consultar, bastante.</p>	<p align="center">DIFICULDADES DA GESTÃO</p>
<p>DIFICULDADES NA ATENÇÃO OBSTÉTRICA</p>	<p>P2: Nasceu ali mesmo. E aí nisso a tia dela tocou a campainha e eu fui lá e falei: “Olha, eu sou enfermeira do plantão, acabou de nascer um nenenzinho na cama do lado dela, tem outro que está quase nascendo que está no box dois e tem uma que também está quase ali. Então assim, como ela está bem, está de boa, ela vai demorar bastante ainda para nascer, a senhora fica tranquila aqui fora, eu sou enfermeira do plantão”, me apresentei, conversei com ela. Deu cinco minutos a assistente social na porta, daí ela entrou, que só estava ..., “A acompanhante da paciente tal”, eu falei: “Mas eu acabei de conversar com ela, fazia cinco minutos”.</p> <p>P2: Aí ela: “Então está bom”, daí saiu, daí dali a pouco entrou outra pessoa ali dentro: “A acompanhante da paciente tal”, nisso ela parou na porta e colocou a carinha dela na porta e eu apareci, eu falei: “Eu não conversei com a senhora não faz dez minutos?”</p> <p>P5: Tem hora que é bem assim mesmo em todo setor.</p> <p>P2: [...] Aí no caminho de levar outra emergência, então assim, a primeira foi uma emergência, não tinha como a gente parar para arrumar o acompanhante para entrar naquela emergência, é uma emergência não vai entrar acompanhante, ponto, infelizmente. Só que daí chegou a segunda emergência, piorou a situação, aí a anestesia virou</p>	<p align="center">DIFICULDADES RELACIONADAS AO ACOMPANHANTE</p>

	<p>para mim e falou assim: “Mas o Doutor deixou entrar”, eu olhei para cara dela e falei assim: “Doutora, quem manda aqui no plantão que entra ou não entra acompanhante sou eu, não vai entrar porque eu tenho outra emergência entrando na sala três, eu não tenho como arrumar pai agora, infelizmente. Eu tenho que esperar o bebê nascer, o primeiro bebê e o segundo bebê”, e tanto é que o segundo bebê nasceu bem e ainda acho que é sindrômico, bem bonitinha lá.</p> <p>P2: Isso eu acho que seria legal, a gente incluir de repente um treinamento com as meninas lá da frente, as meninas que traz essa puérpera e essa...</p> <p>P1: Eles ficam ansiosos demais.</p> <p>P5: Não, assim, toda vez que a gente passa por ali tem um louco querendo que a gente abra a porta para eles falarem, então se você vai abrir a porta ali do centro obstétrico “Por favor, já veja não sei quem”, ...</p> <p>P2: É, porque as vezes não é nem que as meninas não avisam, que as vezes até a gente fala, conversa, mas assim, eles querem uma oportunidade que eles querem ver, claro, eu concordo, fica todo mundo ansioso querendo saber como é que está. Que nem ali chegou uma emergência, a gente recolheu a emergência e já conversou com o marido, porque os dois estavam bem fora assim, coitados. [...]</p> <p>P2: Tudo bem que tem umas que a gente tem vontade... que isso não grave, por favor, a gente tem vontade de botar lá fora as vezes porque fica passeando pelo corredor ao invés de ficar cuidado.</p> <p>P6: Ou fica no celular, a gente fala para não levar o celular pois eles ligam o celular, não é.</p> <p>P2: Ligam. Esses dias uma senhora até o Doutor surtou com ela “Faça o favor, você é lá dentro. Para de ficar andando por aqui senão eu vou te botar lá para você. Você não veio para ficar com a tua filha? É lá dentro do box”, ele parou e falou assim, “Todo mundo já falou para a senhora, o que é que a senhora está fazendo aqui fora aqui?”, não ficar. Então, mas é importante, em algumas fases eu acho muito importante mesmo.</p> <p>P4: Eu acho que para eles é interessante eles saberem pelo menos se tem acompanhante ou não e quem está e se tem que ter o acompanhante ou não, porque de dia eu sei que é...</p> <p>P1: De dia é uma loucura, mas a noite eles não colocam.</p> <p>P6: ... o telefone da maternidade também, o que está ali do lado ... não fica um minuto sem tocar, sério mesmo. Eu lembro mesmo, quando eu estava lá nós parecemos telefonista ...</p>	
	<p>P2: O duro é que o CO não tem isso descrito certinho. Não tem o dimensionamento. Não tem o dimensionamento, porque na verdade o dimensionamento do CO ele vai dependendo da classificação da paciente, é por isso que quando eu sei esse exemplo que eu até comentei daquela enfermeira lá do bairro alto, ela tem muito mais</p>	<p>DIFICULDADES DE ESTRUTURA</p>

	<p>funcionário, muito mais enfermeiro e só tem de baixo risco e nós atendemos alto risco.</p> <p>P2: Não, é por número, a classificação nossa, o dimensionamento nosso é feito depende da classificação.</p> <p>P1: Apesar que ali é um ambiente meio pequeno...</p> <p>P6: Para se movimentar.</p> <p>P1: Nossa Senhora, em um cubículo ali.</p> <p>P1: ...No hospital não tinha enfermeiro nem no centro cirúrgico e nem no CO.</p> <p>P2: Mas nem a coitada da coordenadora consegue o administrativo para conferir folha ponto.</p> <p>P5: Falta todo quanto é tipo de profissional.</p> <p>P2: Hoje é impossível elas fizerem, ninguém fez horário de almoço, eles sentaram cinco minutinhos, enfiaram a comida para dentro e foram embora e voltaram a trabalhar, ninguém fez horário até agora, 11 nascimentos ninguém fez horário.</p> <p>P1: E nem almoçar direito consegue.</p> <p>P2: ...Assim meio que botando os bofes para fora quem que estava engolindo. Era a técnica em enfermagem que estava lá só?</p> <p>P1: Eu acho que é um estresse que causa depois para ela.</p> <p>P2: ... também tem umas roupinhas ultimamente que pelo amor de Deus. Está feio o negócio. Nossa! A parte das nossas roupas da paciente está feio, está triste. Esses dias tinha uma com uma camisolinha lá que olha, parecia uma camisolinha da pediatria. Então não tem, é muito pequenininha, muito curtinha.</p> <p>P6: Eu não sei quantos computadores estão lá, isso era o problema, não é, E.?</p> <p>P2: É, é só dois ainda.</p> <p>P6: É, esse é o problema.</p> <p>P4: É um praticamente, porque um é da residência.</p>	
	<p>P2: Não, já tem o que é o cadastro pronto ... eles não confirmam nada. Eles não confirmam nada. Inclusive tem mãe que entra. Deveria. Deveriam, mas eles não confirmam, porque tem mães que está com o nome do ex-marido no cadastro.</p> <p>P1: O endereço antigo.</p> <p>P2: Aí você pega aquela folha, por isso que eu já orientei as minhas meninas, na hora que confirmar o nome do pai do bebê, "O nome do seu marido é fulano, cicrano, beltrano?", aí o marido atrás responde assim: "Não, esse é outro". Já aconteceu comigo, daí você fica assim.</p> <p>P6: Então, mas qual que é o tempo máximo durante o período expulsivo? Porque a gente aprende isso na pós...</p> <p>P4: Não tem, não tem mais.</p> <p>P6: Tinha, tinha.</p> <p>P2: Não, não tem mais.</p> <p>P6: Não sei, eu estou muito louca, para mim que tinha o máximo que a ...</p> <p>P4: Eu nunca aprendi que tem o tempo, estando a mulher bem e o neném estando bem não tem, e você ver que está evoluindo. Não tem mais.</p>	<p>DIFICULDADES NA INTERNAÇÃO E DURANTE O TRABALHO DE PARTO</p>

	<p>P2: O problema é o nervoso que a gente tem de... porque a mulher também não aguenta mais, porque geralmente...</p> <p>P2: Que nem eles dizem, a didática diz que é um centímetro por hora, mas nem sempre é assim.</p> <p>P2: Antes, agora já não tem mais.</p> <p>P6: Nossa. Gente, do céu, esse povo é muito corajoso.</p> <p>P6: Que nem aqui, tipo, não é um site também confiável, mas falava que tipo de meia hora a uma hora o período expulsivo.</p> <p>P6: Mas acredito que seja aquela fase que ele já fica indo e voltando, de repente, não sei. Eu ia entrar em desespero se o beber não nascesse...</p> <p>P2: Hoje não teve nenhuma, das dez que nasceram nenhuma ganhou ocitocina antes, uma só agora que estava na ocito que é aquela da bolsa rota, a Fran, não? Aquela do sete que estava.</p> <p>P2: Não. Só essa que ganhou ocito, as demais estavam todas sem ocito, tudo assim também, ela não passou plantão com seis, quando foi ver rompeu a bolsa, nasceu.</p> <p>P1: Porque se começa dá uma enroscadinha geralmente é colocado.</p> <p>P6: Aí foi feito a ocitocina e eu comecei, sabe? Daí começou a dar aquele negócio ruim, ruim, aí eu tentei me acalmar, respira, calma, sabe? Tudo bem, acho que deve ser a medicação.</p> <p>P1: Para indução a gente vê claramente como dói muito mais.</p> <p>P4: É imediato.</p> <p>P1: É imediato assim, é o tipo de coisa que eu não ia querer também.</p> <p>P1: Está no banho lá "Tira do banho que eu quero avaliar".</p> <p>P4: [...] Então no primeiro estágio do parto são necessárias algumas intervenções de enfermagem específicas relacionadas a esta fase do parto: Estabelecer uma relação com a parturiente e seus familiares; Informar a parturiente e seus Familiares a progressão do trabalho de parto, que isso é uma coisa que tem bastante falha aqui, eu acho, da parte dos obstetras.</p> <p>P1: Só vai lá contar de vez em quando.</p> <p>P4: As vezes a gente chega perguntando: "E aí, como é que foi?", "Não sei, não me falou".</p> <p>P4: (a nova turma de residentes pediátricos) Não orientam, não conversam direito com a família.</p> <p>P4: Eles não sabem o que é que está sendo feito. E o residente, nunca vi residente explicar.</p> <p>P4: Nunca vi, principalmente do contato pele a pele.</p> <p>P1: Às vezes o bebê está ruim ali, vem para neo e ninguém nem foi lá falar com a mãe ainda sobre, ...</p> <p>P2: O que a gente tenta sempre, vamos dizer assim, poupar, é que como já tem coleta, punctionou e coleta já para não ter que furar ela de</p>	
--	---	--

	<p>novo, faz a punção e já faz a coleta, mas todas, a maioria delas é todas puncionadas.</p> <p>P4: Então a questão da punção é uma coisa que não depende só da gente.</p> <p>P1: Não, não depende.</p> <p>P4: É uma coisa que tem de ser discutida com os médicos também.</p> <p>P2: Eu acho que a gente tem que discutir isso e levar para a direção também, entendeu?</p> <p>P4: É, só que a gente tem que trazer junto documentos, evidencias.</p> <p>P1: É, que quase 100% quer que esteja puncionado, dos médicos.</p> <p>P5: A punção, de repente, se tirar, podia ter teste rápido de sífilis para não ter que ficar...</p> <p>P5: Porque já daí tem o teste de HIV, teste rápido de HIV, porque é que não pode ter o de sífilis? Daí não precisaria estar coletando nada, daí era mais uma justificativa para não ter que puncionar.</p> <p>P1: Apesar que aquela última aulinha que a gente assistiu lá, é falado muito, tem que ser coletado o VD independente do teste rápido de sífilis.</p> <p>P3: Gente, mas assim é obrigatório coletar a sífilis no CO?</p> <p>P2: ...Para adiantar o serviço lá fora, como já...</p> <p>P3: Porque daí era mais um motivo ... para não precisar puncionar porque assim não é um exame que vai ter que sair em dez minutos e eles precisam saber o resultado.</p> <p>P1: Aí os baixos riscos não precisam nem puncionar e nem colocar nada.</p> <p>P1: O fato de ficar sozinha eu acho que deixa elas mais ansiosas...</p> <p>P4: Então o contato pele a pele muitas ficam... o neném fica lá em cima e elas não têm noção do que está sendo feito ali.</p> <p>P4: Então e tem que ficar a sua pele, porque mesmo que a gente as vezes coloca na pele quando vê a mãe as vezes tirou, mas porque ela não sabe o que ela está fazendo.</p> <p>P1: Ou então você deixa ali e acompanhante pega...</p> <p>P1: Isso que eu ia falar. Quando você vai lá o acompanhante está segurando ...</p> <p>P4: Porque não foi explicado.</p> <p>P1: Aí não foi orientado.</p> <p>P4: Você pode ver que a principal coisa que a gente frisa assim tem a ver com comunicação.</p> <p>P4: As principais falhas.</p> <p>P1: Comunicação é tudo.</p> <p>P1: Promover um ambiente tranquilo só que é complicado.</p> <p>P1: ... Quando as meninas chegam parasse um fuzuê.</p> <p>P6: Lá é sempre uma converseira.</p> <p>P1: É, e daí chegam os médicos, chega os residentes, chega a equipe de enfermagem daí.</p> <p>P6: Mas é uma coisa assim falha, é bom ter aquela copinha ali, naquela copinha é complicado, o povo junta ali para conversar.</p>	
--	--	--

	<p>P4: Mas não é nem lá, eles ficam ali no meio mesmo.</p> <p>P1: Junta, e daí quando você vê já está falando umas besteiras, dando risada alto.</p> <p>P4: A gente conversa achando que eles não estão escutando... só porque está no box lá longe eles não estão ouvindo.</p> <p>P1: [...] A única coisa que eu realmente acho é essa... Confusão, a conversa, a risada.</p> <p>P6: E as meninas lá falam alto, a grande maioria.</p> <p>P1: É divertido, mas para as pacientes que estão com dor ali acho que não deve ser muito.</p> <p>P7: Nossa, teve um dia, eu até falei com você, não é? Eu cheguei lá, acho que pegaram um livro, alguma coisa, daí tinha acho que tinha umas dez pessoas em cima da paciente.</p> <p>P1: Esses dias veio uma paciente lá que tinha um plano de parto, acho que ela copiou e colou lá, e a gente percebia que ela não entendia de nada aquilo, e aí um dos tópicos estava lá "Deixar a placenta sair naturalmente".</p> <p>P4: É, vai ser difícil no hospital ela conseguir.</p> <p>P6: Eu acho difícil realmente. Aqui eles fazem, não é?</p> <p>P1: Nem sabia o porquê.</p> <p>P4: É, se a gente for ver bem seria mais seguro dentro do hospital fazer passivo do que fora de casa ou no domicílio.</p> <p>P4: Porque para poder assistir ali se caso eventualmente virar uma hemorragia é mais acudir aqui no hospital do que no domicílio.</p> <p>P1: ...O que a gente costuma ver, a gente vê muito aqui na nossa realidade... Dirigidos, não é. São os puxos dirigidos que é difícil você retirar.</p> <p>P1: Orientando a paciente a fazer a força na hora da contração, ... a contração a gente fica falando: "força, força. Vai, respira, e vamos mais uma". "força, força".</p> <p>P4: "Prenda o fôlego, respira, prenda o fôlego, não grita, não grita".</p> <p>P1: Não solta o ar pela boca.</p> <p>P4: "Fecha a boca que não senão você solta o ar e aí o neném não nasce".</p> <p>P2: "Faz força, filha, faz força. Filha, para de fazer força, filha, para, não faz força agora. Deixa comigo".</p> <p>P2: "Deixa comigo, filha".</p> <p>P2: Ele ficava: "Faz força, filha, faz força. Filha, para. Filha, agora deixa comigo, filha, vem, vem. Pode deixar que o bebê está vindo, filha, vem. Não faz força, filha, deixa o bebê vir", e os partinhos bem bonitos diz que deu dele.</p>	
	<p>P2: A gente colocou, na época eu lembro que eu coloquei, até a P. vai lembrar, que eu coloquei por ordem das enfermeiras porque as técnicas preenchem, o que é que estava acontecendo? Muito erro, muito erro, estava levando bronca... todo dia, toda semana.</p> <p>P4: Aí no caso de um risco alto para HPP. [...] Então as recomendações desses casos: ainda o</p>	<p>DIFICULDADES NO PROCESSO DE TRABALHO</p>

	<p>manejo ativo, observação de uma a duas horas, acompanhante, estimular o acompanhante, hemograma, acesso venoso periférico, tipagem sanguínea, prova cruzada, reserva de sangue.</p> <p>P2: A doutora esses dias chegou, a Doutora, toda paciente e queria colocar lá que toda paciente que fosse para uma cesárea, que fosse uma ..., que fosse, sabe? Tivesse com uma alteração de pressão ela queria que fizesse todas...</p> <p>P2: ...Para a gente ter uma reserva sanguínea, eu falei: "Doutora, se eu for fazer para todas as pacientes que internam aqui ... uma reserva sanguínea, quantas reservas nós vamos ter lá naquele banco de sangue".</p> <p>P2: Sabe? Que ela queria fazer isso para todas, a gente sabe que tem muitas pacientes que chegam ali por um problema e tal, fez uma alteração, pico de pressão, e que depois vai voltar ao normal porque os exames estão bom.</p> <p>P6: Às vezes só está nervosa por causa de nós mesmo que está lá mexendo nela.</p> <p>P2: Sabe? E daí a pessoa queria que eu fizesse RT, começou a colocar, teve dois, três dias assim de plantão que ela... aquele residente da anestesia querendo RT, querendo RT, aí eu começava a falar: "Preenche RT aí" e enfiava debaixo do sovaco, levava o paciente, tudo bem, aí eu também ficava com o meu cu na mão, não grava isso. Chegava lá e falava assim, olhava para as meninas e falava: "Tudo bem aí, não é? Não precisô...", que daí se precisasse eu ia sair correndo e entregar, gente eu ia levar uma mijada da farmacêutica lá, imagina.</p> <p>P6: Mulher chata, não é.</p> <p>P2: Não, eu hoje fazendo ali um atendimento, um bebezinho que aí a ... e foi passear.</p> <p>P2: Aí ela foi passear lá e daí estava com frio, a criança estava com frio, aí peguei e chamei a nossa pediatra, aí a menina trouxe de volta a criança, a criança começou a gemer, eu falei: "Só avisa a pediatra que eu vou colocar um ou dois, porque está com 89, mas está gelada, eu vou esquentar ela". Sabe o que a pediatra mandou eu fazer? Mandei eu colocar no hood... sem ver a criança, sem nada, eu falei: "Não, eu não vou colocar no hood..., ela tem que vir aqui", "Agora eu estou prescrevendo, não posso ir", ... está falando. Daí a pessoa não veio, a pessoa não veio, aí eu falei: "Não, não vai?"</p> <p>P4: R1?</p> <p>P2: Aham. E aí peguei e mandei mensagem para R2, falei: "Você vem aqui na moita porque...". Nisso até a Residente vir, até eu achar a Residente a criança já estava com 98 de saturação, já tinha esquentado e tal, aí eu falei: "Olha, eu quero que você fale com a Residente, porque se você não falar eu vou falar com a Residente.", eu falei: "Porque é um absurdo, ela mandou a funcionária colocar a criança em um ... e não veio ver. Eu esquentei, coloquei ... doizinho de longe a criança</p>	
--	--	--

	<p>melhorou. Como que eu vou colocar a criança do ..., gente?". Aí nessa hora veio a Doutora.</p> <p>P2: "Porque eu preciso da sua ajuda aqui", pegou, grudou no meu braço e foi me puxando, eu falei: "Dona, você não está vendo que eu estou trabalhando", "Ai não, eu preciso que você veja aqui esse negócio", eu falei: "Doutora, eu estou conversando com a Residente, aqui a pediatra e eu já vou conversar com a doutora". Mas eu ignorei daí ela, sabe? Daí daqui a pouco ela aparece: "Ai, não, eu só queria que você me ajudasse aqui porque essa mãezinha tem 24 anos é o terceiro filho cesárea e o útero dela está um papel, eu quero ver se você ajuda a fazer laqueadura nela", eu falei assim para a cara dela: "Sou enfermeira obstetra, eu não faço laqueadura", "Só me ajuda a ver se ...", "Se a Doutora... falou que vai fazer ela vai fazer, é o trabalho dela, não é nem da enfermeira e nem da anestesista".</p> <p>P6: Mas ela é engraçada até, o tanto que ela se mete nas coisas.</p> <p>P2: Quis me tirar, você vê, quis me tirar do atendimento do neném para resolver uma laqueadura, [...]</p> <p>P2: Terceira cesárea, por isso que ela queria que eu fizesse a laqueadura na mulher, porque o útero dela estava um papel. Eu falei: "Doutora, eu acho assim que se a cirurgia olhou, a obstetra olhou e ela realmente corresse um certo risco elas já teriam feito a laqueadura, porque riscos obstétricos, se é tão grave assim.</p> <p>P4: [...] Então só que muitos que nascem a gente coloca, o médico coloca, porque as vezes não sabe se o pediatra vai deixar ficar no contato pele a pele.</p> <p>P4: A gente as vezes acha que vai ficar ... chega lá ... residente tira.</p> <p>P1: E o médico tira.</p> <p>P4: E tira, "Não, já vamos avaliar. Não vamos deixar", só porque ele quer tirar, simplesmente porque...</p> <p>P1: Essa turma nova de residente que entrou na pediatria é bem fraquinha.</p> <p>P1: É bem devagar (a nova turma de residentes) assim e esse negócio pele a pele não funciona, a maioria deles não deixa... a outra turma que agora</p> <p>P1: A noite, o problema é a noite.</p> <p>P1: Eu acho que de dia funciona bem, mas noite.</p> <p>P4: [...] E uma coisa que eu acho que deveria estar aqui escrito é a questão do preparo do sulfato de ataque, da dose de ataque. O que você acha, Estela?</p> <p>P4: Quem administra é o médico.</p> <p>P4: Quem prepara é a enfermagem.</p> <p>P2: Eu não deixo mais.</p> <p>P2: Eu não deixo mais.</p> <p>P4: A última eu não deixei também.</p> <p>P2: Eu não deixo mais, eu não deixo mais o que eu faço para elas, elas pegam a prescrição, pega</p>	
--	--	--

	<p>a medicação e coloca na bandeja, desde o começo do ano já não deixo mais, até nem falei nada.</p> <p>P2: Não é certo.</p> <p>P6: Quem faz administra.</p> <p>P4: A confiança deles em quem está preparado é muito grande, é colocar o deles em risco, do médico.</p> <p>P6: Mas nunca vai sobrar, ela vai falar que prepararam medicação errada.</p> <p>P2: Não, mas eu não deixo mais, é até importante colocar isso também, eu não deixo mais.</p> <p>P2: É. Eu já faz um bom tempinho que eu não deixo mais elas fazerem não, não deixo, não, não é função, está ali e daí quer o...</p> <p>P4: A última também eu não deixei.</p> <p>P2: ... O outro sulfato. Está tudo ali na bandeja, dilui os dois, "Mas tem que diluir esse aqui, ... "Se ele ficou diluindo se você precisar usar está aqui, mas é você que vai diluir, não é nós. Está aqui".</p> <p>P4: Então acho importante que todas façam dessa forma que é para não ficar: "Mas tal plantão faz", para não ficar chato. Eu achei até legal ter tido essa iniciativa aí.</p> <p>P4: É mais fácil de eu poder até cobrar isso também.</p> <p>P4: O último eu já não deixei, foi a residente que preparou.</p> <p>P2: Eu deixo lá, pegamos, prescreveu, pegamos a medicação, colocamos na bandeja, "Doutora, está aqui, está sondada. Quer vir diluir", entendeu? [...]</p> <p>P4: Eu acho que dá para fazer também, dá para a gente já começar a evoluir no prontuário eletrônico.</p> <p>P4: É, dá para tentar sabe, que acho que não é tanta coisa que é evoluída em papel também, então acho que uma coisa que um computador eu acho que para iniciar daria para fazer um teste para ver como é que iria, quem mais usa o computador ali é para vacina, mas é tão rapidinho também para registrar vacina então.</p> <p>P1: Eu não tenho o hábito de evoluir as coisas que eu faço.</p> <p>P4: É que eles não deixam, não dá tempo, a hora que você vê eles já fizeram tudo, o partograma, quando eu consigo eu ainda fecho um partograma também.</p> <p>P1: Eles já pegam lá e já levam e já preenchem.</p> <p>P4: Uma coisa que eu vi aqui também que a enfermagem, a gente avisa as vezes o médico, mas a gente pode ver que quem mais registra são os médicos, a gente pouco tem registro das coisas que acontece ali. Quando rompe a bolsa a gente só vai lá na parede lá ... coloca, ou o médico, a gente avisa o médico, o médico vai lá e coloca. A gente não faz essas anotações onde seria a nossa parte de enfermagem fazer anotação. Quando ela vai no banheiro e consegue fazer xixi também. [...]</p> <p>P6: ...Proceder o registro, que hoje vocês não colocam muito, mas fazer uma evolução de vocês.</p> <p>P6: Até para respaldo de vocês, ... papelada aqui se perde até.</p>	
--	---	--

	<p>P2: Pois é, seis horas para mim é complicado, quando você vê você consegue mal e mal fazer, que nem hoje eu fiquei com uma paciente ali, aquela no box dois, então eu fiquei fazendo a parte ali do acompanhamento, do apoio, da doula ali, a doutora ficou ali para fazer o parto, mas eu fiquei acompanhando ela. Então é difícil também, porque já fiquei ali quando eu vi já tinha... já estava mais uns nascendo, já não tinha feito a primeira dele, já não tinha...</p> <p>P2: Ter o residente, agora que nem hoje dia dos doutorandos juntos, doutorandos não, são acadêmicos, o problema é que assim, dependendo do médico que está, que nem o Doutor hoje tirou do Residente para dar para um acadêmico, eu acho errado isso, por quê? Porque a Residente está ali na residência, ela precisa pegar mão e a Residente não pegou a mão ainda, você entendeu? E aí tira da Residente para passar para uma outra pessoa só por curiosidade, você entendeu? Porque a menina já deixou claro que ela quer ir para a cirurgia geral.</p> <p>P1: Eu acho que acadêmica é mais para observar mesmo.</p> <p>P5: Mas agora virou um campo de estágio.</p> <p>P1: Eu acho que não tinha que ter, já tem muita coisa aqui.</p> <p>P2: E hoje eu fui lá e tirei elas do parto, porque a paciente não queria, a paciente queria... a doutora que estava fazendo, a pediatra e eu só, ela não queria mais ninguém, eu peguei fechei a cortina e falei: "Olha, a paciente não quer mais ninguém olhando ela".</p> <p>P3: Mas é que os acadêmicos de enfermagem não vão atender o parto pelo menos, agora os acadêmicos de medicina junto com os residentes de medicina ficam ... o parto.</p> <p>P1: Eu acho que o acadêmico não tinha que ter. Só os técnicos e os residentes e acabou.</p> <p>P3: Porque, meu Deus, gente, não cabe aqui.</p> <p>P1: Não cabe, olha o tamanho do centro obstétrico.</p> <p>P1: Credo, menina, você é do contra mesmo.</p> <p>P2: [...] que inclusive a menina fez duas consultas de pré-natal e daí estava lá "A gravidez foi desejada" lá na carteirinha que tem é sim ou não, aí estava lá um X no não, mas do lado "feliz" escrito. "Quem que é o pai?", "O E.", "Como é que o nome do E.?", "Não sei".</p> <p>P6: O nome inteiro não sabe. Ai, gente, como acontece isso.</p> <p>P2: "Que idade que o cara tem?", "Não sei, mas o meu namorado pode entrar para conhecer o neném", eu: "Oi"?</p> <p>P6: Não é o E.?</p> <p>P2: "Mas não é o E.?", "É não". Terceiro filho, 24 anos.</p> <p>P6: Terceira cesárea?</p> <p>P1: Quando chega no expulsivo aí não dá tempo, aí depois coleta, se ficar tudo bem a gente só</p>	
--	--	--

	<p>coleta um sangue e, às vezes, acaba que nem puncionam.</p> <p>P1: A gente está fazendo isso sempre agora também, porque geralmente vem com a pressão aferida lá do PA já, mas a gente...</p> <p>P2: Mas tem que fazer, porque está dando diferença ... Até nós tínhamos que ver isso, Jana, assim, está dando bastante diferença.</p> <p>P1: Isso sempre dá também, as vezes entra lá para sulfatar, a gente vai verificar a pressão e está 12/8.</p> <p>P4: Na verdade isso acontece direto.</p> <p>P1: Porque, assim, ali sinceramente a gente vê a pressão.</p> <p>P6: Só a pressão?</p> <p>P1: Temperatura e frequência respiratória não.</p> <p>P6: As minhas vêm, quando é bolsa rota... elas verificam a temperatura.</p> <p>P6: Eu acho que é bom colocar como rotina agora já que estão colocando.</p>	
	<p>P2: O exame físico para nós como enfermeira é inviável.</p> <p>P3: É muito paciente para só uma pessoa.</p> <p>P2: Eu acho inviável. Daí assim, eu acho que sim, na admissão explicar para ela que a doutora vai vir fazer novamente um exame físico nela, pode ser isso também, que a doutora sempre faz novamente, tem umas que dizem: "Mas já fizeram lá na frente", que ali elas vão fazer tudo de novo e vão fazer a historinha dela.</p> <p>P2: É, nós, durante o dia, já é mais complicado essa questão de a gente ter o residente.</p> <p>E outra questão dessa dali também na nossa alta, a avaliação médica antes de qualquer ato, porque assim, eles prescrevem e depois eles não olham mais se a gente não chamar.</p> <p>P4: É, nós como enfermeiros obstetras a gente tem competência...</p> <p>P2: A gente tem, só que nem para todas a gente consegue.</p> <p>P4: Eu acho que não pode ficar na responsabilidade dos técnicos, é.</p> <p>P2: Mas a gente também não consegue olhar todas.</p> <p>P4: Porque senão eles que deixem a gente assumir parto também.</p> <p>P2: É, porque a gente não consegue olhar todas.</p> <p>P4: Ou atende por inteiro.</p> <p>P2: Mas você já percebeu que a gente não consegue olhar todas e daí assim, deu uma hora as meninas querem mais é... "Tem vaga? Tem vaga? Dá vaga", aí eu fico me enrolando para ...</p> <p>P4: Nem foi avaliada, não é?</p> <p>P4: Mas nós podemos fazer essa avaliação.</p> <p>P2: Mas eu acho que nós e colocar junto o residente nem que for o Residente para dar uma olhada.</p> <p>P4: [...] Tem plantão que assim, tem médico que não aceita que a gente assuma... não aceita muito que a gente atenda e residente também, eu acho que tem mais residente do que médico.</p>	<p>DIFICULDADE NA INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA</p>

	<p>P4: A gente partejar, a gente não consegue partejar, porque a gente está junto e de repente chega o médico “Deita aí, vamos fazer o toque”, poxa, aí quebra todo aquele clima.</p> <p>P7: Mas a DNV não é uma coisa a se pensar a tirar do CO, da enfermeira?</p> <p>P7: Porque eu acho o que seria ideal também para a enfermeiro obstetra ele sair um pouco do administrativo, total sair do administrativo.</p> <p>P2: E hoje que eu estava cheio doutorando lá dentro. Para a gravação.</p> <p>P1: São três residentes de dia.</p> <p>P2: É, o meu problema assim aqui, de manhã cedo tem a parte administrativa para fazer, eu muitas vezes não consigo dar uma atenção ao paciente, tem aquelas que eu paro e vou lá e faço, mas eu tenho que fazer o pedido de manhã, eu tenho que conferir as DNs de manhã para mandar.</p> <p>P5: Mas é complicado, tem hora que você fecha ali, deu o tempo lá, nasceu dez, tem dez DNVs para preencher.</p> <p>P5: Porque a DNV toma uma parte muito grande do tempo.</p> <p>P2: Que nem o dia que vocês estão sozinhas a noite assumir o CC junto, final de semana CC junto.</p> <p>P3: As atividades administrativas e também ao número de residentes eu acho, sei lá.</p> <p>P4: Devido ao excesso de atividades administrativas.</p> <p>P1: Nossa Senhora, tem um monte de livro, meu Deus do céu.</p> <p>P4: E eu ainda sou da opinião de que a gente tem que lutar pelo nosso atendimento para a gente conseguir, tendo residente ou não, eles vão ficar aí quatro anos, três anos, vão ter oportunidade de atender esses três anos e todo ano vai entrar uma nova turma, se a gente for sempre priorizar eles a gente nunca vai ter o nosso espaço, nunca vamos atender um sequer. Porque o combinado com o outro trabalho que foi feito, da inserção de enfermeiro obstétrico, eu entendo que o enfermeiro está inserido apesar de não da forma que a gente gostaria. Que foi, ficou combinado que a gente poderia atender se tivesse mais de uma parturiente, mas dá para a gente poder, uma poderia ser nossa, dá para a gente mudar, não sei de dia quantas, porque a noite é só um residente, daria para ser, tendo mais de uma parturiente daria para dividir. Agora durante o dia são mais residentes aí daria para mudar esse número tendo mais de dois, três parturientes, uma a enfermeira tem autonomia para chegar: “Não, eu vou partejar essa, eu vou assumir essa”.</p>	
<p>HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO</p>	<p>P4: Sim, e a respiração também irregular, falta oxigênio para ela e aí dá sensação, ela falava: “Ai, eu vou desmaiar”, dava essa sensação de desmaio também. Aí quando ela respirava certo assim você via que até a fisionomia, os lábios ficavam mais corados, ela conseguia ficar mais</p>	<p>HUMANIZAÇÃO</p>

	<p>tranquila. Então tem coisas tão simples que a gente pode ajudar e que faz a diferença.</p> <p>P6: Será que música relaxa?</p> <p>P5: Seria interessante. Eu acho importante se apresentar.</p> <p>P5: Sempre falar pelo nome já da paciente, que esse é bem verdade, e não “Mãe, vem aqui”.</p> <p>P2: Não, pelo nome eu fico brava, quando elas falam: “Do box dois, box três”, eu não conheço, eu falo: “Eu não conheço essa, não está registrado com esse nome aqui dentro”, aí até agora poucas vezes eu falava ...</p> <p>P5: Ou aquela da bolsa rota, aquela da não sei o que.</p> <p>P2: É bem assim. Aí as meninas agora: “Qual que é a paciente que foi a da segunda cesárea, a da bradicardia?”, eu falei: “É Fulana, aí a outra eu falei: “É Beltrana”, “Aí a outra que nasceu lá atrás é a?”, aí eu falei o nome dela, agora eu esqueci, que era a que estava no cinco lá.</p> <p>P2: A Ciclana, daí ela: ... como é que você lembra o nome de todo mundo?”, “Ué, é só a gente se conscientizar que é o nome dela. Eu não quero que vocês me chamem por outra coisa”.</p> <p>P4: [...] Eu normalmente, todas que são admitidas no meu plantão e quando eu estou pegando plantão também eu tenho que fazer isso, ir de box em box e me apresentar, “Olha, eu sou a enfermeira responsável pelo plantão, o meu nome e tal e assim se você tiver alguma dúvida eu me coloco a disposição”.</p> <p>P4: Tira do banho, isso. Porque nós enfermeiras a gente avalia onde precisar, como não vai ter intervenção, vai ser fisiológico, vai ser no tempo, estando bem com o neném e a mulher estando bem a gente não precisa estar... [...]</p> <p>P4: Então essa questão da respiração eu tive uma experiência recente aqui, foi um dos últimos plantões que eu fiz, que eu cheguei lá e ela estava bem com aquela respiração curtinha, e aí eu fiquei com ela, eu conversei, ela estava sem acompanhante, na verdade o acompanhante dela era a filha de 20 anos ela não queria que ela visse nascendo com medo de ela ficar impressionada. Então na hora de nascer ela queria que a filha ficasse fora. Aí eu cheguei lá e conversei: “Vamos treinar a respiração que você não está respirando correto”, conversei com ela e tudo, expliquei: “Então vamos lá, respira fundo, segura o ar uns dois segundos lá e solta devagar. Enche o máximo que puder o pulmão e solta devagar”. Tinha hora que ela desconcentrava, aí de repente ela olhava para mim, a hora que ela olhava ela tentava de novo assim. E depois que nasceu, e foi eu que acabei atendendo o parto, a Doutora estava do lado, a obstetra, e aí depois que nasceu ela pegou e me agradeceu, falou que ajudou muito ter feito a respiração e que ela estava com medo de ficar sozinha também, porque eu fiquei ali todo aquele período que já estava total dilatação, eu fiquei com</p>	
--	---	--

	<p>ela até a hora de nascer e tentando, porque você via que ela estava agoniada assim, sabe? Ela suava frio, tinha hora que ela ficava pálida, parecia que ela não ia dar conta.</p> <p>P4: E muitas vezes até com o acompanhante tem hora que eles entram sem orientação nenhuma e são colocados lá só. Teve uma situação também da mesma, um exemplo desse também, que ela entrou sem uma dinâmica assim, estava bem tranquila, a hora que começou a acelerar assim que ia desencadear as contrações ela começou a chorar. Ela entrou com cinco centímetros, aí nesse momento, a hora que foram avaliar ela estava com sete, só que ninguém tinha conversado com eles ainda, com os dois, um casal jovem, bem jovem. Aí ele foi lá me chamar que ela estava chorando, que ele achava que não era normal, se era assim mesmo, que estava doendo muito. Aí eu fui lá para conversar, orientar, explicar também, daí eu acabei vendo o BCF para ver se estava tudo bem e encaminhei para o banho, ensinei a respiração, falei como que era e tudo. Aí sabe quando você vê que acalma, ele ficou mais tranquilo, ela ficou tranquila, parou de chorar, ela se concentrou naquilo que ela estava acontecendo...</p> <p>P1: Às vezes a gente coloca umas musiquinhas lá no celular da... a gente comprou uma caixinha de som até, daí eu fiz uma lista de músicas no pen drive assim, músicas ..., música bonitinhas assim.</p> <p>P4: E eu vou colocar aromoterapia também.</p> <p>P4: Que a Estela falou de alguma coisa assim também, aromoterapia, trazer um... Ela falou do difusor que... aquele grande, um bem grande assim que você liga, você põe água, bastante água e ele sai bastante vapor assim, tem cor também.</p> <p>P4: Aqui a gente pode colocar sobre a massagem, fazer ou orientar o acompanhante em relação a massagem e a respiração.</p> <p>P4: Fornecer dieta e líquidos conforme indicação médica... A gente pode colocar também em relação ao parto, posições verticais, incentivar a verticalização do trabalho de parto e parto. O que é que vocês acham?</p> <p>P1: É, mostrar para elas outras possibilidades, não precisa ser deitada.</p> <p>P6: Acho que não incentivar, mas mostrar, mostrar qual que tem.</p> <p>P1: E você escolhe o que você sentir mais à vontade.</p> <p>P1: Explicar que facilita, mas se você não sentir à vontade você pode ficar deitada ...</p> <p>P1: Se quiser ficar de lado, de cócoras, de quatro apoios.</p> <p>P4: Estimular, incentivar o contato pele a pele e orientar a mãe o que está sendo feito, o que é o contato pele a pele.</p> <p>P1: Eu acho que até antes do nascimento ali já falar: "A gente vai colocar o seu bebê a hora que nascer em cima de você, pele com pele", explicar, que tem umas até que se assustam, "Vai</p>	
--	--	--

	<p>escorregar, vai cair”, tem umas que não querem que fiquem.</p> <p>P4: E sempre que eu estou eu vou lá e explico, eu falo assim: “Esse é o momento assim, serve para isso, que é para favorecer o vínculo, o neném fica aquecido”, mas para aquecer, porque as vezes já aconteceu também de não estar na pele, daí eu vou lá e tiro.</p> <p>P6: Parabenizar a paciente ...</p> <p>P1: Eu sempre dou parabéns.</p> <p>P1: Viu como você conseguiu, que elas falam assim: “Eu não vou conseguir”, “Como você conseguiu. Parabéns”.</p> <p>P4: A gente colocou evitar puxo? Não, colocamos.</p> <p>P4: Aí cabe a Enfermeira Obstetra: Na assistência direta ao parto observar as condições de nascimento do bebê e aguardar um minuto para o clameamento do cordão umbilical, podendo ser oferecida a sua secção ao acompanhante.</p> <p>P2: O acompanhante cortou o cordão hoje também.</p> <p>P4: Porque muitas vezes quando começa a emergência a gente retirar o acompanhante para a gente poder prestar assistência...</p> <p>P4: Aí as vezes ele fica lá fora e vai saber só depois que estabilizou tudo, que alguém vai conversar e ...</p> <p>P2: Mas eu acho que se as vezes a gente tentar dividir a equipe para uma delas pelo menos estar dando esse apoio, eu vejo que faz bastante diferença.</p> <p>P2: Eu gosto quando a Médica A está, porque a Médica A se preocupa bastante com isso, então as vezes eu vejo que as meninas estão em uma e a Médica A está lá no canto com o acompanhante e eu só olho, então estamos em boas mãos, porque daí ela... Alguém tem que pensar nisso.</p> <p>P2: Eu acho que isso é uma questão que a gente demanda de recursos e tudo mais também, mas ainda custa, você viu que a chefe postou lá que diz que vão tentar fazer mais um curso de teste rápido, nisso a gente já conversa com a enfermeira do ... ver se tem a disponibilidade de estar mandando para nós o teste.</p> <p>P5: Eu acho que é mais barato um teste rápido.</p> <p>P1: Eu acho que até financeiramente compensa, porque o Ministério vai fornecer e não vai ter gasto com laboratório.</p> <p>P1: E assim, você acaba até se for ver, gerando um curso maior para o hospital.</p> <p>P1: Porque você... é luva estéril, campos, esterilizar tudo aquilo.</p> <p>P6: Não tem necessidade de usar uma luva estéril, não tem.</p> <p>P4: Então orientar paciente e acompanhante quanto a evolução.</p> <p>P6: A gente pode ... para orientar a respiração que nem você falou, que é bem importante, falar antes, falar com o acompanhante.</p>	
--	---	--

	<p>P1: Hoje à noite a técnica em enfermagem traz, geralmente ela que traz quando interna, vem a paciente junto com o acompanhante e o acompanhante fica esperando nas cadeiras ali na frente e entra só paciente. [...]</p> <p>P6: Orientar eles a estar fazendo isso por elas, sabe? “Concentra. Vamos respirar juntos”.</p> <p>P4: [...] então o familiar é muito importante, a gente manda lá para a..., as vezes está sem acompanhante, sem ninguém, então a presença do acompanhante junto para poder ajudar nos sinais de alerta...</p> <p>P2: Eu já até deixei uma acompanhante aí com uma intoxicação exógena.</p> <p>P2: Porque a mulher estava totalmente ali desacordada totalmente com ... e amitriptilina. Aí eu acho que super importante porque tem que ter alguém do lado, a gente só trabalha em quatro e se der alguma coisa, não é.</p> <p>P4: Acompanhante faz uma diferença grande mesmo ...</p> <p>P5: E acho importante também ter que falar com o acompanhante, eu vejo muito, a gente passa ali e eles estão ali fora bem perdidos, sabe? Aí tipo alguma vez eu vou lá para fazer alguma coisa lá no centro obstétrico, “Você veja lá para eu não falar com não sei quem”, eles ficam desesperados.</p> <p>P2: ...E essa mãe e esse acompanhante, entendeu? Porque muitas vezes elas entram e deixam o pai, a paciente ali...</p> <p>P2: Quando você pensa que você vai falar ela já largou ... na mão de alguém, tipo “Essa aqui foi lá pedir uma informação”, ela faz assim: “Tá” e vai embora.</p> <p>P4: Já deixar certo com a enfermagem lá da frente, “Olha, chegou lá, então já orienta, conversa com o acompanhante...</p> <p>P2: E orientá-lo, fazer orientação do acompanhante, uso do celular.</p> <p>P4: É, quando não está assim muito tumultuado a gente deixa andar, vai até lá ... e volta, a gente deixa ficar andando, dentro do CO.</p> <p>P4: Inclusive ... estava aquela muvuca, tinha um monte lá induzindo, elas estava tudo andando, estava uma festa lá de gente andando.</p> <p>P4: É um direito que ela tem, então estava... acho que tinha 11 pacientes internadas ali, tinha três na ... e mais uma em cada box lá e elas andando.</p> <p>P6: Imagina a ansiedade de ficar deitada com aquela dor.</p> <p>P2: É tão bom essa parte quando a gente volta a respirar e conseguir dormir.</p> <p>P4: Alivia, não é.</p> <p>P1: Mas gritar era uma professora da minha pós, ela falou assim: “Experimentem vocês agora comigo, gritem bem alto, quando você vai gritar a tua ... não dá uma contraída?”, tipo assim, é meio que involuntário o teu corpo, as mulheres elas gritam e é uma coisa assim espontânea e funciona,</p>	
--	--	--

	<p> você já não viu, as vezes elas gritam e vai mesmo, sai. Então deixa que gritem, não tem problema. P6: Aí é meio particular, eu vou falar por mim, eu não gosto. P4: Do cheiro? P6: Me dá dor de cabeça. P6: É, para mim não é muito bom, me dá uma pressão na cabeça, uma dorzinha de cabeça, sabe? Então para mim já é meio particular, eu acho que é meio particular, eu não sei se seria bem legal para vocês colocarem porque pode ter mãe que vão se irritar ali com o cheiro, bebê depois pode se irritar, não sei. P6: Eu não me dou com esses cheiros, incenso, essas coisas eu não gosto, me dá muita dor de cabeça. P1: Dá para perguntar, não tem muitas pacientes, uma ou duas, vamos perguntar: “A gente tem um cheirinho aqui, vocês gostam? Querem?” P6: Eu mesmo eu não ia querer fazer isso. (parto vertical) P6: Tem que respeitar quem não quer. (contato pele a pele) P1: A vontade dela (da mulher) é soberana. P6: Eu sempre sou advogada do diabo, eu não ia querer. (o contato pele a pele) P6: Eu sou. Eu não ia querer aquele negócio tudo melequento ali comigo aquele momento, eu ia querer limpinho. P6: Não, banho não, mas dar uma passada, dar uma limpada e aí vir ali comigo. Poxa, está cansada, está ali no ..., sabe? E aí vem aquele serzinho todo... sabe? P6: Lambrecado, fedido e eles vai e tacam em cima de você assim, “fica aí que o filho é teu”. P6: ... amamentação na primeira hora isso sim eu sou totalmente a favor. P1: É o corpo que está agindo da maneira certa. P4: Às vezes no momento, dependendo da dor como que ela está, ela, às vezes, não consegue assimilar muito a orientação que a gente dá, a parturiente, e a gente não sabe como que vai ser aquele período expulsivo também, se vai... P1: Esperar pelo menos um minuto. A gente acho que já faz bem isso aqui, só ..., as vezes não faz o pele a pele, mas espera um minutinho. P4: E como é legal, sabe? Como é certo também. (a amamentação na primeira hora) P6: Não, e como é importante isso, como é importante ter. (a amamentação na primeira hora) P6: É, eu lembro que a minha professora quando eu fiz a pós falou: “fica do lado dela e fala: “Respira comigo. Vamos junto, vamos junto”, daí tipo orientar o acompanhante a estar fazendo isso com elas, que daí você ali ficou com ela, mas tem hora que é o acompanhante que está ali ao lado. P6: Nesse momento é que dá para incentivar ali, ficar ao lado, é que vai estar o acompanhante. </p>	
--	---	--

	<p>P4: As mães reclamam muito de um atendimento ou outro lá do alojamento, as vezes da noite tem, não sei de quem plantão.</p> <p>P4: Que eu acredito que ali no CO não tenho lembrança assim de alguém que trata mal, que é grosseiro, que é...</p> <p>P1: Eu já fiz plantão em todos os turnos e em todas as equipes, das vezes que eu estava eu nunca vi ninguém ser grosseiro, ser... [...]</p> <p>P6: Estimular, que nem está ali, a ..., para aceitar os métodos não farmacológicos, já orientar ela que tem isso, ... banho, a gente vai te passar o momento.</p> <p>P1: Estimular a se movimentar.</p> <p>P4: [...] hora que a gente estava puxando a maca outra gritou lá: “Está nascendo” e só tinha uma médica naquele horário, o residente já tinha ido descansar também, eu falei: “Eu estou indo aí”, a hora que eu cheguei lá nela o neném já estava já com os cabelinhos assim, já estava bem corado, enquanto eles entraram lá para a cesárea eu vi lá para atender ela. Aí o neném nascendo e ela falando: “Eu não quero aquela médica”, e eu já estava ali conversando com ela há um tempo e estava explicando para ela te paciência, ela disse que estava com falta de ar e assim. A gente transmite uma certa confiança você fazendo aquele vínculo, conversando com calma, com educação, respeitando o momento dela de dor, porque tem médico que trata como frescura, “Não, eu preciso que você deite. Eu preciso que você abra a perna. Eu preciso que você faça isso” e acaba sendo um pouco mais ríspido e já cria aquela antipatia. Então ela parindo ali ela falando: “Eu não quero que aquela médica vem aqui, eu quero que você fique”, ela falava, eu falei: “Não, a médica foi lá na cesárea, não se preocupe que está tudo bem, está nascendo, se concentre no que está acontecendo e vamos deixar o neném nascer”. Aí nasceu, ficou tudo, bem foi tudo tranquilo, não teve laceração nenhuma, então foi bem susse. [...]</p> <p>P2: O problema também que eu já encontrei, que eu acho que tem que ser analisado também, que tem muita gestante, principalmente quando a gente faz entrevista que ela não quer falar algumas coisas na hora que está o acompanhante ali.</p> <p>P2: Eu já recebi acompanhantes que entraram junto e ela ficou assim, respondeu algumas questões, dali a pouco ela: “Eu quero ir no banheiro”, daí no caminho até o banheiro ela olhou assim: “Pode ficar aí” para o marido, daí o marido. Aí eu levei ela, lá no banheiro ela falou assim: “É que eu quero responder algumas coisas para as perguntas que você me falou, mas eu não queria falar na frente dela”.</p> <p>P2: É, se ela tem alguma comorbidade durante a gestação ou não, entendeu? Hoje na hora de fazer o teste rápido de uma lá, eu falei para ela que ia fazer o teste rápido de HIV, expliquei para ela, a</p>	
--	--	--

	<p>hora que eu terminei de colher ela: “Deu alguma coisa?” Aí você já fica meio assim.</p> <p>P1: ... daí agora foi, a gente conversou com os professores tudo, então ficou acordado ali no CO a noite dois, dois estudantes, dois...</p> <p>P1: E daí ficou isso. Às vezes vem a professora loirinha lá da maternidade que fica com você daí eu falei: “Já temos dois aqui, não dá”, daí ela ficou com uma ...</p> <p>P4: E hoje o uso é constante. (chuveiro)</p> <p>P2: Uso só ele, nossa, eu uso bastante. (chuveiro)</p>	
<p>PERSPECTIVAS DE MUDANÇA NO CENÁRIO</p>	<p>P2: Para fazer kits, de repente fazer os kits um administrativo.</p> <p>P4: Isso, mais seria o administrativo, que eu acho que é importante a gente ter ali, porque quanto mais pessoas preenchem mais erros vão ter, se ficar concentrado em um outro só...</p> <p>P1: E se acontecer algum erro você sabe de quem cobrar especificamente.</p> <p>P4: Porque tendo um administrativo que saiba preencher DN, que não tem segredo nenhum, aí ficaria concentrado mais naquela pessoa, para não ficar todos, porque são muitos técnicos, se todos técnicos forem preencher aí vai sempre dar problema mesmo.</p> <p>P4: Então assim, fazer orientações ao acompanhante sobre a rotina do setor que eu acho que não precisa ficar só no enfermeiro.</p> <p>P2: Não, eu acho que é a equipe. A equipe de enfermagem. Porque você não vai... A gente é sozinha, que nem hoje como é que eu ia fazer orientação para acompanhante.</p> <p>P4: Uma coisa que a gente poderia, que algumas médicas comentaram, a gente não precisa assumir todos como os médicos fazem, mas, por exemplo, chegou uma lá que a gente viu que é de risco habitual e a gente assumir uma, ficar responsável por aquela, naquele plantão. Não sei se para a Enfermeira 2 não sei se é fácil, porque é muita gente durante o dia, mas a noite tem como fazer isso, porque aí fica essa... [...]</p> <p>P4: Da para combinar, “Olha, aquela é minha e eu vou ficar acompanhando ela”. Então naquela eu vou fazer todo exame físico, vou fazer acompanhamento, BCF de tempo em tempo. Então é uma coisa que dá para ser conversar para ver se a gente consegue isso, para não ter essa briga que fica, a gente fica parece que mendigando ali a entrar no box para conseguir atender uma. Tem um monte de consulta lá fora, ... está lá fora e dá tempo de eu pegar um aqui dentro, de eu pegar um neném.</p> <p>P4: Quando tiver várias parturientes a gente ter a oportunidade de acompanhar uma, que a gente nunca consegue acompanhar a parturiente da forma que a gente gostaria.</p> <p>P7: Enfermeira 2, me eu trabalhei um tempo na maternidade A e eles tinham lá secretária por conta disso, agendar cirurgia.</p>	<p>ESTRATÉGIAS PARA A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTETRA</p>

	<p>P2: Aí ela tem duas enfermeiras, é ela na assistencial e uma no administrativo, então essa outra parte burocrática é ela que faz, entendeu?</p> <p>P5: Mas se tiver um administrativo para fazer só aquilo tipo, ele vai saber, vai dar conta de fazer, lógico.</p> <p>P5: Mas se tivesse um administrativo que fosse treinado só para isso, nossa, com certeza.</p> <p>P3: Mas não tem como colocar assim ali no guia, não sei, acho que guia que você está chamando, colocar a noite então a princípio, só para já dar essa definição essa abertura.</p> <p>P3: É que se tivesse uma outra enfermeira igual você falou, administrativa daí dava, guria.</p> <p>P4: Aí eu penso, o que eu pensei no lado do funcionário é deixar uma só para parte mais de preencher DN ficar concentrada em uma pessoa, entendeu, que ela ficasse mais na parte...</p> <p>P4: Então é uma sugestão que a gente pode estar levando para a coordenadora para poder ver se a gente consegue tirar um pouco essa carga, porque na verdade a cada dia aumenta uma coisa a mais para a gente, nunca diminui. Naquele centro cirúrgico também quando a gente tem que assumir também.</p> <p>P2: Bola, daí uma delas eu desviei, botei no banho antes, daí quando voltou do banho já...</p> <p>P4: Eu faço evolução no sistema do atendimento que eu fiz, porque a gente consegue fazer uma evolução bem mais rica, completa do que a que eles fazem, eu não sei se vocês já observaram o deles, a evolução dos médicos.</p> <p>P1: A dos residentes até que é bem-feitinha, os médicos... O Doutor A. é: parto normal.</p> <p>P4: Não, pior ainda. Porque assim, a gente avalia ela como um todo porque lá eles colocam só assim puerpério fisiológico.</p> <p>P2: E os residentes ainda fazem bonitinho.</p> <p>P4: O que é que seria isso? ... olha o útero, está contraído quanto, como que está o sangramento. A gente avalia, eu já via as meninas...</p> <p>P1: Mamas, tudo.</p> <p>P4: ...Coloca mamas.</p> <p>P1: Com presença de colostro.</p> <p>P4: Eles não fazem isso, isso tudo a gente faz. Se foi colocado para mamar na primeira hora, tudo isso a gente evolui, os médicos não fazem nada disso, então eu acho bem mais rica a nossa.</p> <p>P2: E o que é que aquelas evoluções de entrada que ela está fazendo agora?</p> <p>P4: Não tem nada.</p> <p>P2: Não, eu se eu fosse você eu não aceitava.</p> <p>P2: O que é aquilo?</p> <p>P4: Mas aí o residente ele refaz tudinho lá dentro.</p> <p>P1: Mas disse que esse hospital novo o Doutor estava falando que não vai ser box assim com cortininha, ...vai ser tipo um quarto assim, 12, cada um com seu banheiro.</p> <p>P4: 12 mais dois com... vão ser 14 ao todo, você viu a planta?</p>	
--	--	--

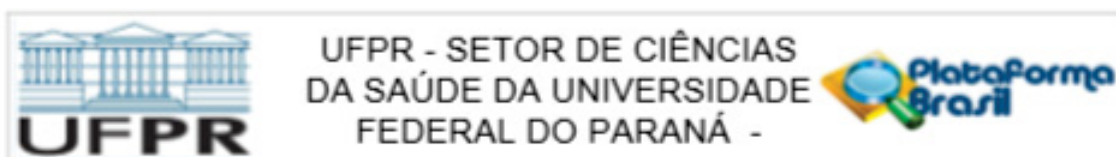
	<p>P1: Eu não vi, ele só me falou assim na verdade. P1: Separadinho cada com o seu banheiro. P1: Vai ser tipo um quarto assim separado, uma portinha. P: Vai ficar bem privado assim. P4: Vão ser 12 e mais dois que vão ser com banheira, vão ser 14. P4: Bom, é o projeto. P6: Pelo menos teve um projeto. Tem que sonhar, ter esperança e acreditar que vai acontecer.</p>	
	<p>P2: A logística ... isso é uma coisa que eu acho que a gente tem que bater o pé, que nem entra na questão da punção também, de não vamos fazer, não vamos fazer. Acompanhante é nosso trabalho, aí eles: "Não, pode liberar a troca", "Opa". P1: Eu acho que se continuar dessa maneira, explica assim: "Olha, ele vai entrar, a gente primeiro te admite", sempre explica, "Te admite, vamos fazer todos os procedimentos iniciais aqui e depois a gente recolhe ele", então os dois sabem que vai, é só um pouquinho, questão de meia hora. P1: Aí a gente acomoda do box, dependendo se for tratamento geralmente a gente coloca em uma que tem uma caminha, colchão, se for trabalho de parto coloca nos box já de... De PPP ...Trabalho de parto, é. [...] P1: [...] Já é para vir de camisolinha já trocada, deixa toda a roupa já com acompanhante, a ideia seria que não entrasse nada de roupa, mas as vezes acaba entrando. P1: [...]E daí a gente punciona e coleta o sangue, faz entrevista, faz essa parte. P1: Confirma os dados. Aí depois que a gente coloca o acompanhante para dentro. P4: E assim na minha noite toda, agora que está mudando um pouquinho, a técnica em enfermagem ela entra com todo mundo lá dentro, com acompanhante, vai todo mundo, as vezes se a gente está lá na sala da RN ela entra até lá dentro com a gestante e com o acompanhante, sem brincadeira. P2: É, como agora é muito frio também as vezes eu até fico com dó porque as vezes elas vêm gelada, daí eu até falo para as meninas "Vou trocar aqui no banheiro". P1: Onde que a gente faz exame? Só no partograma eu acho, porque eles escrevem naquela folhinha de evolução deles. P2: A gente tem que começar a colocar no sistema. P4: Eu escrevo. P2: Tem que começar a escrever no sistema. P4: Eu faço no sistema. P2: Sim, mas ela é médica, faz que nem fizemos com um médico, sábado esse médico sentou na frente do computador "Não sei prescrever", "Senta aqui e vai aprender, cara" P2: Uns partinhos bem bonitos dele, mas não prescrevia "Doutor, tem que mandar a paciente</p>	<p>PROCESSO DE TRABALHO</p>

	<p>para o quarto”, não tinha prescrição. Aí sentou ele lá, as meninas tiraram até foto dele aprendendo a fazer evolução no sistema.</p>	
	<p>P4: ... falar mais ou menos que aí fica gravado, a gente não precisa anotar tudo, talvez a gente faria mais ou menos que nem o do HPP a gente poderia pegar um fluxograma, um ...</p> <p>P2: Eu gostei desse fluxograma. Eu achei bem interessante esse ali.</p> <p>P6: Também gostei.</p> <p>P4: Fazer alguma coisa só de HPP só, que esse é o que eu acho que mais a gente tem ali dentro, está com desenhinhos, com mais esquemas para ficar mais fácil ...</p> <p>P6: Colocar aquela fotinha lá do sangue, eu achei legal.</p> <p>P2: Eu acho que aquele esquema ali que tem ali dos quatro T ali, aquele fluxograma eu acho que é bem legal.</p> <p>P2: [...] E ainda assim, dependendo do residente que está agora, eu vejo que a paciente não está assim tão em estado tão crítico, “Já aprendeu a sondar? O material está ali. Quer aprender?”, estou assim, ainda mais essa equipe de agora, cara.</p> <p>P2: Sim, eu estou fazendo, “Sabe puncionar?”.</p> <p>P4: Eles têm que saber ...</p> <p>P2: “Sabe puncionar?”, “Residente, me ajuda”. Então assim, vinha um que vem perguntar, agora eles vêm e ...</p> <p>P4: A Residente estava aprendendo a puncionar também.</p> <p>P2: A Residente, é. “Doutora, você me ajuda aqui?”, eu estou fazendo o serviço do Doutor.</p> <p>P4: Ainda mais de dia que tem um monte de residente e só um enfermeiro só.</p> <p>P2: Sim, está todo mundo coçando e a gente lá se fudendo. “E., tem que passar a sonda aqui, tem que passar a sonda lá no CC”, “Doutor lindo, está fazendo o que agora? Sonda ali”, aí a Doutora em uma sexta-feira pegou e falou assim, é a Doutora B que estava, “Residente”, aí eu falei: “Doutora, eu tenho que passar a sonda lá, qual das duas a senhora quer que eu passe primeiro?”, “Não, Residente, pode ir. Residente, já passou alguma sonda?”, daí a Residente: “Não, doutora”, daí ela: “Aqui agora”, “Ai”, tipo justo com você, sabe? A cara da Residente assim, tipo, justo com a Doutora B, “Pode vir aqui, vamos passar sonda aqui nós juntar aqui. Eu vou ensinar você a passar, a E. vai passar lá dentro”.</p> <p>P: E E. aprendeu assim, entendeu? Diluir medicação, puncionar, eu estou “Já sabe?”, “Não, não sei”, “Então vai fazer”.</p> <p>P2: Eu acho que isso era bom a gente colocar, esse desenho.</p> <p>P6: Isso aí é uma coisa que sempre fico, tipo na dúvida...</p>	<p>ENSINO/EDUCAÇÃO</p>

	<p>P2: É até um padrão para as nossas meninas, para nós.</p> <p>P4: Você sabe que até para maternidade...</p> <p>P6: É que assim, a gente vê que está com muito sangramento, que não contrai, porque a gente sente que não contraiu quando você aperta e fica jorrando, tipo assim, eu achei bem legal.</p> <p>P4: Então assim, a higienização também segundo as diretrizes de assistência do nosso Ministério da Saúde que é pautado também nas recomendações da OMS, em evidências e tudo, não tem necessidade de fazer a limpeza do períneo também. Então isso a gente pode...</p> <p>P6: Já tem faz um tempinho já que não é mais necessário.</p> <p>P1: Esses campos todos ali nada disso não...</p> <p>P4: Não é procedimento estéril.</p> <p>P1: Porque? Aí se lacerar aí tudo bem, daí você faz.</p> <p>P6: Bom, aqui ainda é feito essa assepsia?</p> <p>P1: Uma ou outra não faz.</p> <p>P1: Mas a maioria que põe o campo, ..., põe o povedine...</p> <p>P6: Colocar isso aí, ... mudar a rotina disso.</p> <p>P1: Isso aí eu acho legal a gente mudar, falar para tirar.</p> <p>P2: É, eu acho que essa é uma coisa que a gente teria que dar uma conversada até em cima disso aqui para tentar não ter mais essa questão, mas é uma coisa que eu acho que tem que... É que nem o banho bola, antigamente não tinha nem banho bola, quando eu coloquei o banho bola eu ouvi de uma funcionária o quanto que ia gastar de luz e água, ainda perguntei se ela que tinha que pagar ou o prefeito.</p> <p>P2: Isso eu acho que seria legal a gente incluir de repente um treinamento com as meninas lá da frente, as meninas que traz essa puérpera e essa...</p>	
	<p>P4: [...] As mulheres devem ser informadas da importância da higiene perineal, incluindo a troca frequente de absorventes, lavando as mãos antes e depois disso, e banhos diários para manter seu períneo limpo. É uma coisa que a gente não frisa muito assim além de orientação, não sei depois no alojamento como que é.</p> <p>P2: Eu sempre quando eu faço os meus partos na hora do parto eu... na hora de... eu gosto bastante.</p> <p>P4: A gente lembra muito depois da sutura, que você vai suturar a laceração.</p> <p>P2: É, eu enquanto estou ali fazendo, depois que o neném nasceu eu gosto bastante de falar isso, principalmente da limpeza, lavar.</p> <p>P6: A gente fala quando está na maternidade sempre falava disso.</p> <p>P2: Vai no banho, fazer um two, fazer não sei o que lava, porque a gente já viu uns pós-partos que voltou assim que...</p> <p>P6: Até no curso da gestante aqui é falado também, aquela palestra ...</p>	<p>SEGURANÇA DO PACIENTE</p>

	<p>P2: Eu pego bastante no pé das residentes ali, porque as residentes também “A paciente do box tal”, eu falei: “Eu não vou colocar ocito em paciente de box nenhum”, eu falei assim: “Porque eu já troquei, já fiz a dança das cadeiras, então eu quero nomes”.</p> <p>P4: Eu acho pouco, inclusive, a uma hora pós-parto só no CO, eu acho que tinha que ser pelo menos duas horas também. [...]</p> <p>P4: Eu sempre costumo perguntar também como é que está a dor, porque quando ela está bem tranquila normalmente não tem, além de avaliar útero a gente pergunta como que está de dor, porque mesmo aparentando estar contraindo se ela tiver com muita dor não significa que está tudo bem.</p> <p>P4: Acompanhante, permitir acompanhante...</p> <p>P4: Permitir estimular a presença do acompanhante.</p> <p>E alta? A gente vai deixar na uma hora mesmo pós-parto, vai para o quarto? ... para duas horas?</p> <p>P4: Mas eu acho uma hora pouco.</p> <p>P2: Mas eu acho que poderia aumentar um pouco pelo menos.</p> <p>P1: Essas induções pós-data é complicado, a gente vê aí.</p> <p>P6: Eu tenho medo um pouquinho assim, sabe?</p> <p>P1: Dá uma caquinha.</p>	
--	---	--

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atuação da Enfermeira Obstétrica em parto de risco habitual: um guia de cuidado.

Pesquisador: Silvana Regina Rossi Kissula Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02471918.3.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.166.754

Apresentação do Projeto:

Trata-se da pesquisa intitulada "Atuação da Enfermeira Obstétrica em parto de risco habitual: um guia de cuidado", sob a responsabilidade da Profa. Dra. Silvana Regina Rossi Kissula Souza, tendo a participação da Profa. Dra. Tatiane Herreira Trigueiro, na condição de orientadora e co-orientadora, respectivamente, da mestranda Janaína Bojkian da Costa Vital Juliatto, vinculada ao Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

O presente projeto foi apreciado por este Comitê em reunião realizado no dia 12/12/2018, na qual foi identificada a necessidade de alguns ajustes que serão objeto de análise neste Parecer, com base no que consta no Parecer Consubstanciado nº 3.076.880.

Objetivo da Pesquisa:

Construir um guia de cuidado para a atuação da Enfermeira Obstétrica em parto de risco habitual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos inerentes ou decorrentes da pesquisa apresentados pelas pesquisadoras são: "desconforto das participantes em responder alguma pergunta do questionário individual; constrangimento das participantes durante as oficinas quando pronunciarem suas ideias para a construção do guia." Quanto à possibilidade de ocorrência, foi destacado que "a possibilidade de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

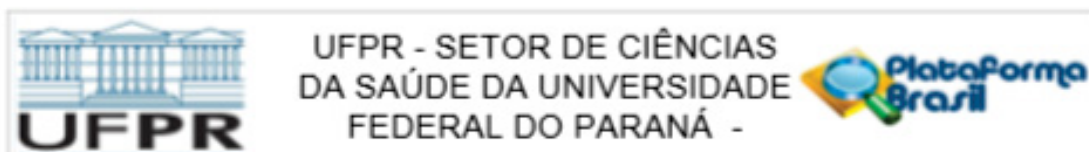
UF: PR

Telefones: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.166.754

ocorrência é mínima, considerando que as participantes irão participar de uma pesquisa relacionada diretamente a sua área de conhecimento e atuação, em uma instituição onde as mesmas convivem como colegas de trabalho." Além do mais, serão adotadas as seguintes medidas para minimização dos riscos e proteção das participantes da pesquisa: "as participantes terão a liberdade de responder ou não a quaisquer perguntas, de participar ou não dos encontros grupais propostos pela pesquisa, assim como desistir da mesma a qualquer momento."

Benefícios

Conforme consta no projeto, o projeto prevê os seguintes benefícios: "direcionamento da assistência ao parto prestada pela Enfermeira Obstétrica; segurança à Enfermeira Obstétrica na assistência ao parto; qualidade da assistência ao parto prestada pela Enfermeira Obstétrica ao binômio mãe-bebê; parto assistido pela Enfermeira Obstétrica baseado em evidências científicas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os ajustes apontados no Parecer Consubstanciado supracitado foram atendidos, conforme descrito no documento postado em 10/01/2019, intitulado "carta resposta pendências".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

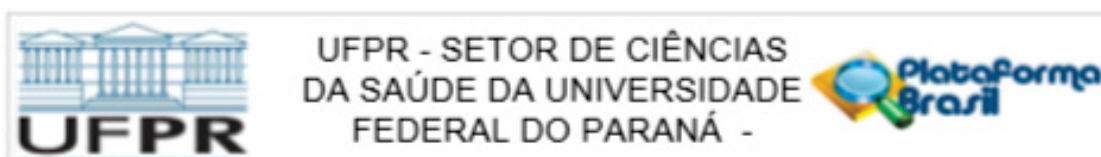
UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.166.754

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1204795.pdf	10/01/2019 00:20:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacao_ComiteUFPR_corrigido.docx	10/01/2019 00:19:04	JANAINA BOJIKIAN DA COSTA VITAL JULIATTO	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias.docx	10/01/2019 00:17:57	JANAINA BOJIKIAN DA COSTA VITAL JULIATTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	10/01/2019 00:17:14	JANAINA BOJIKIAN DA COSTA VITAL JULIATTO	Aceito
Outros	check_list.pdf	08/11/2018 21:31:49	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	termo_inicio_pesquisa.pdf	08/11/2018 19:57:25	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	08/11/2018 19:55:33	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	termo_concordancia_servicos.pdf	08/11/2018 19:54:44	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	responsabilidade_no_projeto.pdf	08/11/2018 19:52:36	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	oficio_pesquisador_ao_CEP.pdf	08/11/2018 19:51:45	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	declaracao_uso_especifico_dados.pdf	08/11/2018 19:50:51	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	declaracao_tornar_publico_resultados.pdf	08/11/2018 19:50:24	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	concordancia_coparticipacao.pdf	08/11/2018 19:49:21	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

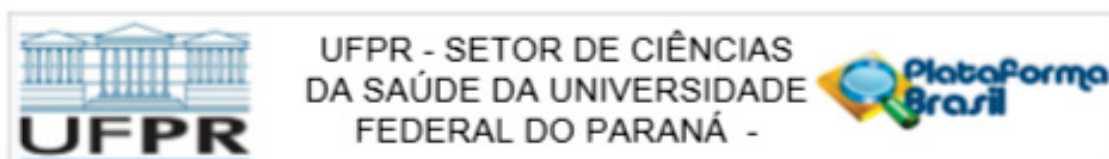
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 3.166.754

Outros	ata_aprovecao.pdf	06/11/2018 19:48:27	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Outros	analise_merito.pdf	06/11/2018 19:47:21	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	06/11/2018 19:44:23	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacao_ComiteUFPR.docx	06/11/2018 19:43:22	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_skissula.pdf	06/11/2018 19:28:22	Silvana Regina Rossi Kissula Souza	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Justificativa_alteracaopesquisador.pdf	10/10/2018 23:16:05	JANAINA BOJIKIAN DA COSTA VITAL JULIATTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 25 de Fevereiro de 2019


Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PARA INÍCIO DA PESQUISA



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

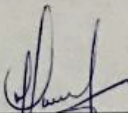
AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu João Rodrigues Neto, abaixo assinado, Coordenador da Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais – PR autorizo a realização do estudo **“ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA EM PARTO DE RISCO HABITUAL: UM GUIA DE CUIDADO”**, a ser conduzido pelas pesquisadoras abaixo relacionada. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda ter lido e concordar com as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/02. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

A mesma apresentou a esta Escola de Saúde o Parecer Consubstanciado da UFPR com CAAE: nº 02471918.3.0000.0102

Curitiba, 26 de março de 2019.



João Rodrigues Neto
Coordenador escola de Saúde Pública - SJP

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:
Janaína Bojkian da Costa Vital Juliatto

Rua Paulino Siqueira Cortes, 2106 – Centro – CEP 83.005-420 – São José dos Pinhais – Pr. – Fone: (41) 3381-5839

