

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – CEEO

LETÍCIA GOMES ARAÚJO AIRES MILHOMEM

**HUMANIZAÇÃO AO CUIDADO DAS PARTURIENTES DO
PRE PARTO DE INDUÇÃO: um projeto de intervenção**

PALMAS – TO

2017

LETÍCIA GOMES ARAÚJO AIRES MILHOMEM

**HUMANIZAÇÃO AO CUIDADO DAS PARTURIENTES DO
PRE PARTO DE INDUÇÃO: um projeto de intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Danielle Rosa Evangelista

PALMAS – TO

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Gomes Araújo Aires Milhomem, Letícia

HUMANIZAÇÃO AO CUIDADADO DAS PARTURIENTES
DO PRÉ PARTO DE INDUÇÃO: um projeto de intervenção
[manuscrito] / Letícia Gomes Araújo Aires Milhomem. - 2017.

38 p.

Orientadora: Danielle Evangelista.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha - Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de
Especialista em Enfermagem Obstétrica.

1.Enfermeiro Obstetra. 2.Misoprostol. 3.Humanização..
4.Ocitocina. I.Evangelista, Danielle . II.Universidade Federal de
Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

LETÍCIA GOMES ARAÚJO AIRES MILHOMEM

**HUMANIZAÇÃO AO CUIDADO DAS PARTURIENTES DO
PRE PARTO DE INDUÇÃO: um projeto de intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Danielle Rosa Evangelista

APROVADO EM: 11 /12/2017

Prof^a Dra.Danielle Rosa Evangelista

Prof^a Dra Leonora Rezende Pacheco

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido graça, misericórdia, por me fortalecer nos momentos difíceis da minha vida e sempre ter me levado a amar o próximo.

A minha filha Giovanna, pois pelo processo fisiológico de gestar, parir, nascer me fortaleceu e me sensibilizou a compartilhar sobre os benefícios do parto natural humanizado.

A meu esposo Pedro, com seu apoio e companheirismo no processo de gestar e parir foi fundamental para eu ter conseguido o parto natural humanizado.

Aos meus pais Antônio, Maria Almerita e a minha irmã Giselle Pinheiro que sempre me incentivaram a busca pelo conhecimento.

As professoras Danielle Rosa e Mayane Vilela, que contribuíram em aumentar a minha busca pelo conhecimento e a minha paixão sobre o processo do gestar ao puerpério me tornando assim uma Enfermeira Obstetra.

Aos colegas de profissão que participaram deste trabalho em especial a equipe que faço parte: Maria Milhomem, Maria Duarte, Francimar, Natalia e coordenadora Emília.

As parturientes que acompanhei e que me fizeram humanizar ainda mais a minha assistência.

As colegas de especialização do Curso em Enfermagem Obstétrica CEEO que estiveram comigo nas noites mal dormidas de estágio e na caminhada em busca de melhoria assistencial em nossos hospitais.

RESUMO

Este projeto de intervenção teve como objetivo implementar uma mudança a assistência ofertada as parturientes no Pré Parto de Indução. O local da intervenção deste estudo foi o Hospital e Maternidade Dona Regina, no setor de Pré-Parto de Indução, na cidade de Palmas, Estado do Tocantins, no ano de 2017. O projeto de intervenção teve início com o diagnóstico situacional através de rodas de conversa com a equipe de Enfermagem e parturientes do setor, posteriormente foi realizada revisão de literatura, na busca por evidências científicas sobre os as fragilidades levantadas no diagnóstico situacional. A revisão foi realizada a partir da leitura minuciosa de aproximadamente 40 artigos nacionais e internacionais publicados sobre o assunto e análise do livro de indicadores do setor. Como resultados foram encontradas fragilidades relacionadas a equipe médica (dimensionamento reduzido, distância entre os setores, a não administração do misoprostol no horário padronizado pelo hospital), relacionados a equipe de Enfermagem (medo frente a complicações durante a indução do parto, a falta de confiança no uso da ocitocina no setor, a dificuldade em avaliar sinais do trabalho de parto ativo) e com as parturientes (a falta de privacidade das parturientes e a violência Obstétrica). Como intervenção foram propostas uma palestra para os profissionais sobre os métodos de indução ao parto, com intuito de aumentar conhecimento e segurança destes, a elaboração da instrução de trabalho com normas, rotinas e condutas do Pré Parto de Indução, para as parturientes foi afixado cartaz explicando processo de indução e benefícios do parto normal e continuidade das rodas de conversas com caráter educativo. A partir das circunstâncias levantadas e discutidas, neste projeto, conclui - se que a educação em saúde e atuação do Enfermeiro Obstetra é fundamental para mudança desta realidade no trabalho de parto induzido no Pré Parto de Indução.

Palavras-chave: Enfermeiro Obstetra. Humanização. Misoprostol. Ocitocina.

ABSTRACT

This intervention project aimed to implement a change in the care offered to women in the Pre Induction Childbirth Program. The intervention site of this study was the Hospital and Maternity Dona Regina, in the Induction Pre-Delivery sector, in the city of Palmas, State of Tocantins, in the year 2017. The intervention project started with the situational diagnosis through wheels of conversation with the Nursing team and in the sector's parturients, later a literature review was carried out in the search for scientific evidences about the fragilities raised in the situational diagnosis. The review was carried out from the close reading of approximately 40 published national and international articles on the subject and analysis of the book of indicators of the sector. As results were found weaknesses related to the medical staff (reduced sizing, distance between sectors, non-administration of misoprostol at hospital standard time), related to Nursing staff (fear of complications during labor induction, lack of confidence in the use of oxytocin in the sector, difficulty in evaluating signs of active labor) and parturients (lack of parturients' privacy and Obstetric violence). As an intervention, a lecture was offered to professionals about the methods of induction to childbirth, in order to increase knowledge and safety of these, the elaboration of work instruction with rules, routines and behaviors of the Pre Induction Childbirth, for the parturients was posted poster explaining induction process and benefits of normal childbirth and continuity of the wheels of conversations with educational character. Based on the circumstances raised and discussed in this project, it is concluded that the health education and performance of the Obstetric Nurse is fundamental to change this reality in the labor induced in the Pre Induction Childbirth.

Key-words: Nursing Obstetrician. Humanization. Misoprostol. Oxytocin.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO	12
3. JUSTIFICATIVA.....	13
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
4.1 REDE CEGONHA	14
4.2 VIOLÊNCIA OBSTETRICA	14
4.3 INDUÇÃO DO PARTO	15
4.4 MISOPROSTOL.....	17
4.5 OCITOCINA	18
4.6 O ENFERMEIRO OBSTETRA E O TRABALHO DE PARTO INDUZIDO	18
5. OBJETIVOS.....	20
5.1 OBJETIVO GERAL	20
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
6. PÚBLICO ALVO.....	20
7. METAS	21
8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	22
8.1 TIPO DE ESTUDO	22
8.2 COLETA DE DADOS.....	22
8.2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	22
8.2.2 EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	23
8.2.3 PARTURIENTES	23
8.2.4 LIVRO	24
8.3 BUSCA DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS	24
8.4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
9. ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO.....	25
10. RESULTADOS	26

10.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	26
10.2 PARTURIENTES	27
10.3 LIVRO DE INDICADORES	28
11. INTERVENÇÃO.....	30
12. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32

1. INTRODUÇÃO

O processo de trabalho de parto é um momento marcante na vida da mulher, entretanto essas experiências podem ser positivas ou negativas dependendo da vivência durante esse processo (BRASIL, 2017).

Na tentativa de minimizar as experiências negativas enfrentadas pelas mulheres durante o trabalho de parto, e com o objetivo de resgatar o processo fisiológico e empoderar a mulher, a humanização do parto vem sendo recomendada como uma alternativa eficaz. Na humanização do parto as intervenções médicas devem ser minimizadas e ocorrer apenas após avaliação e confirmação da necessidade do procedimento (POSSATI et al., 2017)

A humanização na assistência ao parto confere valores e práticas importantes para a melhoria na assistência à parturiente e ao recém-nascido, englobando também o acompanhante, profissionais de saúde e o estabelecimento de saúde aonde o parto é realizado (BRASIL, 2017).

Por meio deste atendimento humanizado a atuação dos profissionais em saúde deve respeitar a fisiologia, a cultura, e dá apoio emocional a parturiente; deve ainda promover o encorajamento a fim de que a mulher seja a protagonista em seu próprio parto, sendo recomendados métodos não farmacológicos para alívio da dor (CAVALCANTI et al., 2013).

Contudo, quando o risco for maior do que continuar o processo fisiológico do parto natural, recomendam-se métodos farmacológicos para indução ao parto vaginal (SOUSA et al., 2013)

No contexto, a Enfermagem Obstétrica é peça fundamental na implementação da humanização durante o trabalho de parto, através da capacitação da equipe de Enfermagem e empoderamento das mulheres (POSSATI et al., 2017).

A presença do Enfermeiro Obstetra é de grande importância durante a indução do trabalho de parto. Durante o trabalho de parto faz-se necessário a monitorização da dinâmica uterina de hora em hora, principalmente no uso da ocitocina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais. A avaliação dos batimentos cardíacos fetais, também é verificada aproximadamente de hora em hora, esta monitorização é necessária para detectar com mais frequência qualquer alteração durante o processo de trabalho de parto (SCHNECK; RIESCO, 2006).

Compete também ao Enfermeiro Obstetra atuação humanizada apoiar a participação do acompanhante, família, assegura a privacidade, realiza procedimentos seguros somente quando

critériosamente indicados, dá informações e orientações a parturientes, fazendo com que esta esteja ciente das condutas e intervenções necessárias (CAMPOS *et al.*, 2016).

Diante disso, têm-se os seguintes questionamentos que motivaram esse projeto de intervenção: Como colaborar com a mudança de assistência ofertada no Pré Parto de Indução (PPI)? Quais as fragilidades enfrentadas pela Enfermagem e parturientes em relação aos principais métodos de indução do parto? As parturientes recém um atendimento humanizado? A equipe do setor contribui para o empoderamento da mulher assistida no PPI do HMDR?

2. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO

O Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR) está localizado na cidade de Palmas, capital do Estado do Tocantins, foi criado em 1999, e é a única maternidade pública da capital do Estado. O HMDR é caracterizado como uma maternidade de alta complexidade, com atendimento terciário, de referência em atendimento de urgências/obstétricas, alta complexidade em neonatologia, gestação de alto risco, cirurgias eletivas ginecológicas, laqueaduras tubárias, cirurgias neonatais e atendimento a pessoas vítimas de violência sexual, sendo ainda o único hospital público do Estado que possui Unidade de Terapia Neonatal (UTN).

O HMDR é referência para atender partos riscos de habitual e Alto Risco em toda microrregional de saúde Capim Dourado e é a única para atendimento de partos de Alto Risco das 5 regiões: Cantão, Capim Dourado, Amor Perfeito, Ilha Bananal e Sudeste. Atendendo 14 municípios. O HMDR conta com 124 leitos, setor de acolhimento e classificação de risco, teste rápido para HIV e SIFILIS, ambulatorios ginecológicos e pediátricos, pronto socorro, pré parto de indução, pré-parto, bloco cirúrgico, serviço de atendimento a vítima de violência sexual, ultrassonografia, radiologia, sala de vacina, agência transfusional, realização de exames laboratoriais, teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho e linguinha, alojamento conjunto, ginecologia, alto risco, unidade intermediária neonatal convencional, unidade canguru, unidade de terapia intensiva neonatal, banco de leite e projeto mãe nutriz.

O hospital oferece ainda serviços de diversas especialidades e equipe multiprofissional composta por equipe de Enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, biomédicos, médicos de várias especialidades, técnicos de laboratório e radiologia.

O HMDR está localizado na região Norte, integrado na rede SUS, possui certificações como Hospital Amigo da Criança, Serviço de Atenção Especializada às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Rede Cegonha, Banco de Leite Humano, Método Canguru, Humaniza Sus e está participando do Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia em Hospitais com Atividades de Ensino (*Apice On*).

3. JUSTIFICATIVA

No Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR) foi criado há 3 anos o setor Pré - Parto de Indução (PPI) com objetivo de atender as gestantes que não estão em fase ativa do trabalho de parto, e que tenham condições favoráveis para o amadurecimento do colo e indução ao parto.

Este projeto é baseado na diretriz de atuação do Enfermeiro Obstetra na assistência às mulheres, recém-nascidos e família no pré-natal, parto e puerpério e na diretriz de boas práticas no cuidado a mulher e a criança da Rede Cegonha (BRASIL, 2011)

Ao Enfermeiro Obstetra é conferido avaliar todas as condições de saúde maternas, clínicas e obstétricas, assim como as do feto, avaliar evolução do trabalho de parto e as condições materno fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando autonomia e protagonismo da mulher; prestar informações escritas e verbais, completas e fidedignas ao acompanhamento e processo do cuidado; promover educação em saúde baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania; participar do planejamento de ensino (COFEN, 2016).

Contudo, pude observar durante minha vivência profissional como Enfermeira assistencial do PPI-HMDR, e durante os estágios da especialização de Enfermagem obstétrica algumas fragilidades no processo de indução do trabalho de parto.

Fragilidades estas como a presença reduzida de profissional Médico no PPI, pequena quantidade de Enfermeiros Obstetras no setor e estes não terem autonomia no acompanhamento das parturientes no PPI mesmo as risco habitual, a não administração do misoprostol no horário padronizado pelo hospital que somente é realizado pelo médico, conhecimento da equipe de Enfermagem deficiente sobre os métodos de indução ao parto e as parturientes não possuem conhecimento sobre o processo de indução e trabalho de parto.

Neste contexto, o projeto de intervenção proposto justifica-se mediante a Resolução COFEN 0516/2016 e pela necessidade da atuação qualificada do Enfermeiro Obstetra no PPI, na melhoria assistencial e capacitação a Equipe de Enfermagem sobre atendimento humanizado, instruir e empoderar as parturientes e a equipe de Enfermagem sobre os métodos de indução farmacológica e sinais de trabalho de parto.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha é uma estratégia nacional inovadora de assistência à mulher e ao recém-nascido, criada pelo Ministério da Saúde em 2011, com o objetivo de melhorar assistencialmente os cuidados com as mulheres em todos os seus direitos, desde o planejamento da reprodução, pré-natal, parto e puerpério humanizado. Visa ainda o atendimento seguro a criança desde o nascer, ao seu desenvolvimento e crescimento com saúde. Neste programa, o Enfermeiro Obstetra destaca - se na atuação do pré-natal, parto e puerpério de risco habitual, com objetivo de humanizar um cuidado holístico a mulher e sua família desde a gestação, reduzir intervenções não necessárias no trabalho de parto e no puerpério (BRASIL, 2011).

A portaria nº 1459 de Junho de 2011, Ministério da Saúde que institui a Rede Cegonha retrata cinco diretrizes, sendo abordada neste projeto de intervenção duas delas: diretriz de atuação do Enfermeiro Obstetra na assistência às mulheres, recém-nascidos e família no pré-natal, parto e puerpério e diretriz de boas práticas no cuidado a mulher e a criança da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

4.2 VIOLÊNCIA OBSTETRICA

Do início do século XIX até atualidade, o trabalho de parto normal em vários momentos não progrediu naturalmente, sendo na maioria das vezes conduzido por intervenções médicas que alteram o percurso fisiológico do parto (CUNHA, 2015). Dentre as intervenções destaca-se a utilização inadequada de medicações que aceleram o processo natural do parto e prejudica a relação mãe-filho (MENEZES; DIAS, 2012). Ocorreu então que o médico tornou - se o protagonista do parto, e as mulheres ficaram segundo plano em seu próprio parto. (CUNHA, 2015).

No período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, um estudo intitulado Pesquisa Nascer no Brasil, investigou o parto e nascimento no país, e apontou que o parto e nascimento do brasileiro tornaram-se mais violentos, além disso, foi observado o aumento no uso de medicações como ocitocina exógena, manobras, procedimentos invasivos como episiotomias

para agilizar o nascimento, e índices elevados de cesárias não justificadas (ESCOLA NACIONAL DE SAUDE PUBLICA, 2011).

As intervenções no parto normal podem ainda causar violência obstétrica, transformando o processo do parto em um momento de constrangimento, terror, medo e dor. Tais experiências negativas motivam muitas mulheres a preferir o parto cesariano como uma fuga segura (PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015).

O controle emocional das mulheres em trabalho de parto é essencial, já que estudos relataram que o afeto, a calma é de suma importância para determinar um experimento positivo durante o parto e a credibilidade na equipe que prestava assistência. (LARSSON et al.,2011).

As práticas violentas na obstetrícia crescem desde o século XX, em que o parto tornou-se institucionalizado. Contudo, segundo Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, em seu programa de humanização da Rede Cegonha, o Enfermeiro Obstetra é o profissional mais capacitado para mudar esse histórico no Brasil, consolidando uma assistência segura desde o parto ao nascimento, por meio da humanização (BRASIL, 2011).

A Enfermagem Obstétrica vem se destacado desde os anos 80 na assistência ao parto. No Brasil, em 1922 foi inserida na graduação de Enfermagem e em 1994 na matriz curricular de pós-graduação (MARQUES; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Para mudança na realidade Brasileira, a Enfermagem Obstétrica tem papel fundamental ao apoio à parturiente, humanizando o atendimento. O Enfermeiro em sua atuação exerce a promoção do cuidado, conforto e segurança da parturiente (MARQUES; DIAS; AZEVEDO, 2006).

4.3 INDUÇÃO DO PARTO

A Rede Cegonha recomenda o atendimento humanizado para assegurar à melhoria assistencial as parturientes. Sabe-se que o parto natural humanizado é a melhor forma de nascer. Contudo, caso não seja possível o parto natural recomenda-se a indução do parto (BRASIL, 2011).

A “indução do parto” confere a utilização de diversos procedimentos que podem estimular as contrações uterinas acarretando o trabalho de parto normal em parturientes acima

de 22 semanas. O objetivo da indução é estimular o parto normal quando o risco de se continuar a gravidez é maior do que sua interrupção (SOUSA *et al.*, 2013).

O parto induzido em conceptos vivos, a termo, tem indicação médica em 15 % das gestações, e em diversos quadros clínicos como gestações demoradas, pré - eclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, diabetes, oligoâmnio e restrição de crescimento fetal (SOUZA; AMORIN; NORONHA, 2010).

A indução do trabalho de parto deve ser realizada de maneira segura com administração e monitorização controlada das medicações para viabilizar o parto vaginal e diminuir os custos, otimizar o serviço e reduzir os índices de cesariana por falha de indução (SOUZA *et al.*, 2013).

A utilização de métodos farmacológicos para induzir o parto quando de forma eficaz pode acarretar o parto vaginal em 70% a 80 % dos casos. (SOUZA, AMORIN, NORONHA, 2010). Assim, a indução do parto em gestantes de alto risco, é uma boa estratégia para diminuição das altas taxas de cesariana no país, haja vista que esta via de parto é considerada epidêmica no Brasil (BRASIL, 2001).

Todavia, se houver falhas durante o processo de indução, há uma demanda maior de uso de medicações, atendimento médico, e aumento de forma expressiva da indicação de cesariana, elevando assim o risco de morbidade e mortalidade de mães e recém-nascidos (SOUZA *et al.*, 2013).

Dentre as contraindicações da indução ao trabalho de parto têm-se as absolutas que incluem a placenta prévia centro-total, vasa prévia, apresentação córmica, prolapso do cordão umbilical, anormalidade na pelve materna, tumores prévios (tumor de colo ou vagina e mioma uterino em segmento inferior), desproporção céfalo pélvica, herpes genital ativo, cesárea clássica anterior e outras cicatrizes uterinas prévias. Já as contraindicações relativas, algumas merecem destaque como a frequência cardíaca fetal não tranquilizadora, macrossomia fetal, gestação gemelar, apresentação pélvica, doença cardíaca materna, polidrâmnio, grande multiparidade e oligo- hidrâmnio (CUNHA; SOUZA *et al.*, 2010).

O método ideal para indução, depende da escolha médica criteriosa na classificação da maturação do colo uterino, para evitar procedimentos arrastados, cansativos e possíveis riscos na falha de indução, bem como modificações de contrações uterinas, que podem aumentar a probabilidade de cesárias e maiores índices de morbimortalidade materna associados a hemorragias, infecções e trombozes (SOUZA *et al.*, 2013).

Na escolha da indução ao trabalho de parto, também deve ser avaliado parâmetros como: eficácia, segurança, despesa, facilidade e conforto para parturiente, e a avaliação sobre os benefícios a genitora e feto (GOMES *et al.*, 2010).

Existem diversos métodos para estimular a atividade uterina, conservando o parto via vaginal, dentre eles destacam -se no Brasil o uso do misoprostol e ocitocina (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

4.4 MISOPROSTOL

A prostaglandina chamada Misoprostol, é segura e eficiente para amadurecer e dilatar a cérvix, desencadeando assim as contrações uterinas, e pode ser administrada via oral, sublingual, vaginal ou retal (GOMES *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2010; GATTÁS *et al.*, 2012).

A indução de trabalho de parto com uso do misoprostol 25mg via vaginal a cada 6/6 horas tem sido recomendada pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, estudos comprovam sua eficácia pois minimizam o número de cesarianas (BRASIL, 2012; BRASIL, 2015).

Seus benefícios na obstetrícia destacam-se pela fácil administração, custo menor do que outras prostaglandinas, meia vida alta e não necessita de refrigeração (ALMEIDA; ALEXANDRE; JESUS; 2017).

Ao comparar o uso da ocitocina ao misoprostol administrado na via vaginal, observa-se que este medicamento tem aumentado a eficácia no trabalho de parto induzido, porém pode também ampliar as contrações uterinas, sem alterações na frequência do batimento cardíaco fetal (HOFMEYR; GÜLMEZOGLU, 2005).

Em estudo em que o misoprostol foi usado em altas dosagens (50mg a cada 6/6h) em gestações a termo, observou-se um aumento de complicações, incluindo: taquissístolia (excesso de contrações uterinas) e bradicardia fetal, e na via de administração oral também foi observado diarreia, náuseas, vômito e febre, sendo estes efeitos relacionados à dosagem administrada (WING; GAFFANEY, 2006).

Estudos relatam que a posologia do misoprostol precisa ser mais bem estudada em relação à indução do trabalho de parto, para que ocorra menor presença de efeitos adversos (PETERS; TORRES; GOMES, 2013).

4.5 OCITOCINA

A ocitocina exógena, foi descoberta em 1943, sendo um o método amplamente usado na condução e indução do parto vaginal (BRASIL, 2001). Ela é um hormônio hipofisário, utilizado no intuito de acelerar as contrações uterinas independente da idade gestacional, porém é mais utilizado no final da gestação (BRASIL, 2008).

O uso dessa medicação deve ser administrado quando necessário, existindo uma recomendação clínica e obstétrica, realizado em lugar adaptado, com equipamentos adequados, profissionais capacitados, a fim de assegurar a efetividade é necessário a monitorização contínua da paciente (CECCATI; FEITOSA, 2005).

A ocitocina está relacionada a efeitos não desejados graves no parto acarretando situações adversas perinatais, portanto seu uso deve ser criterioso e bem gerenciado. Dentre estes efeitos estão a taquissitolia, hipertonia, hiper estimulação e ruptura uterina (CARVALHO *et al.*, 2012).

Além destes fatores a ocitocina aumenta o nível de dor, estresse, medo na parturiente e pode aumentar o risco de sofrimento fetal agudo devido a diminuição da circulação sanguínea, parto cesáreo, ruptura uterina e a redução do período entre as contrações, Índice de Apgar do Rn baixo (HARPER *et al.*, 2012).

Em virtude disso, a Enfermagem obstétrica destaca-se no intuito de saber avaliar e administrar o uso deste medicamento, e solicitar atendimento médico, haja vista que o seu uso traz benefícios e por vezes também malefícios a saúde materno fetal (DOMINGUES, 2016).

4.6 O ENFERMEIRO OBSTETRA E O TRABALHO DE PARTO INDUZIDO

No estudo de Lemes *et al.* (2015) conclui-se que o nas mulheres que tiveram o parto induzido relataram que os seus sentimentos positivos ou negativos, estavam intimamente interligados a qualidade e quantidade das informações repassadas sobre os seus direitos no trabalho de parto e o motivo da indução.

Verifica – se que o Enfermeiro obstetra realiza práticas de educação em saúde, humaniza o cuidado, gera nas mulheres em trabalho de parto maior segurança e estas sentem - se mais acolhidas por esta equipe (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015).

Outro fator que deve ser destacado é avaliação obstétrica pelo Enfermeiro Obstetra durante o atendimento a parturiente em fase de trabalho de parto, pois ele quando comparado ao Enfermeiro generalista se destaca por ter maior conhecimento técnico e científico para realizar o exame obstétrico como: inspeção cefalocaudal, medição do fundo de útero, verificar se está de acordo com a idade gestacional. (BITTENCOURT, 2016). Ao realizar a palpação obstétrica por meio da manobra de Leopold, verifica situação, apresentação e insinuação fetal. Pela palpação também possível observar a dinâmica uterina que consiste em avaliar a frequência e duração das contrações. E após essa avaliação realizar intervenção se necessário (SANTOS; RAMOS, 2012).

O Enfermeiro Obstetra, também realiza o toque vaginal para avaliar o avanço no trabalho de parto. Por meio do toque estimasse dilatação, posição, comprimento, apagamento e tamanho do colo uterino, apresentação, atitude, posição fetal, relação entre a apresentação e o colo, formato ósseo da bacia materna, e presença de membranas. O Enfermeiro obstetra sabe que o toque vaginal deve ser realizado o mínimo de vezes possíveis, para evitar infecções (BUSANELLO et al, 2011).

Tendo em vista que tais avaliações são importantes vemos que o Enfermeiro Obstetra exerce seu conhecimento teórico e prático para realizar o exame obstétrico conforme comprovado cientificamente e assim prevenir possíveis complicações intraparto e para agregar saberes na definição de condutas (BARRAL et al, 2012).

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Implementar a mudança de assistência ofertada no Pré Parto de Indução

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar diagnóstico situacional na perspectiva da equipe da Enfermagem e parturientes do PPI do Hospital e Maternidade Dona Regina;
- ✓ Elaborar junto com a equipe de Enfermagem instrução de trabalho sobre normas, rotinas e condutas do PPI;
- ✓ Capacitar e incentivar a equipe de Enfermagem sobre os métodos de indução e sinais de trabalho de parto no PPI;
- ✓ Sensibilizar a equipe de Enfermagem do PPI sobre a humanização no atendimento;
- ✓ Empoderar o Enfermeiro Obstetra sobre a importância da sua atuação no trabalho de parto induzido no PPI;
- ✓ Orientar as parturientes sobre o processo de indução e trabalho de parto.

6. PÚBLICO ALVO

Público direto: Equipe de Enfermagem do PPI

Público indireto: Parturientes do PPI

7. METAS

- ✓ Elaborar com a equipe de Enfermagem instrução de trabalho sobre normas e rotinas do PPI até novembro de 2017;
- ✓ Capacitar e incentivar a equipe de Enfermagem sobre métodos de indução e sinais de trabalho de parto no PPI até dezembro de 2017;
- ✓ Sensibilizar 100% da equipe de Enfermagem do PPI sobre humanização no atendimento e a importância da realização de rodas de conversas com as parturientes em todos os plantões até 2018;
- ✓ Orientar as parturientes sobre o processo de trabalho de parto no PPI por meio de rodas de conversas durante todos os plantões;
- ✓ Instituir o Enfermeiro Obstetra em todos os plantões no setor até 2018;
- ✓ Implementar o Protocolo de normas e rotinas do PPI em 2018.

8. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

8.1 TIPO DE ESTUDO

Este projeto de intervenção consiste em uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente – assistencial (PCA). Este tipo de investigação foi formulado para os profissionais de saúde principalmente para Enfermeiras (TRENTINI; PAIM, 2004).

O método de PCA visa a resolução ou diminuição das dificuldades da prática que a Enfermeira encara, nas hipóteses de solução e de inserção de novidades nas práticas de saúde. Assim, este tipo de pesquisa converge a prática assistencial, com a prática educativa em Enfermagem (TRENTINI; PAIM 2004).

8.2 COLETA DE DADOS

O projeto de intervenção ocorreu no HMDR, no ano de 2017. O Hospital possui o setor de Pré-Parto de Indução que foi criado com o objetivo de diminuir o fluxo de parturientes em trabalho de parto latente e utilizar métodos como misoprostol e ocitocina para induzir ao trabalho de parto ativo e encaminhar estas ao pré-parto.

A coleta de dados buscou realizar o diagnóstico situacional, buscar embasamento científico de acordo com o diagnóstico e propor intervenções baseado em evidências científicas.

8.2.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Para a realização do diagnóstico situacional adotou-se a perspectiva da equipe de Enfermagem, a perspectiva das parturientes e análise do livro de indicadores do PPI.

8.2.2 EQUIPE DE ENFERMAGEM

Foram realizadas duas rodas de conversas com 4 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro, no posto de Enfermagem do Pronto Socorro e PPI com duração média de 30 minutos.

A abordagem com os profissionais de Enfermagem foi realizada em três fases. A primeira fase consistiu no *brainstorming*. Essa técnica foi utilizada com o objetivo de proporcionar a equipe a expor suas ideias. Foram utilizadas as seguintes questões disparadoras durante as rodas de conversa: A indução farmacológica utilizada no Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR), referência para o Estado do Tocantins ocorre de forma segura? A equipe de Enfermagem tem conhecimento sobre os diversos métodos de indução? A humanização faz parte do processo de trabalho de parto? As mulheres submetidas a indução são empoderadas neste processo?

Foi realizada uma palestra no auditório do HMDR no dia 9 de junho com participação de 16 profissionais com duração de 1h sobre os métodos de indução com abertura do espaço para perguntas.

As rodas de conversa e espaço para perguntas da palestra tiveram o intuito de levantar o diagnóstico situacional na visão da Equipe de Enfermagem e identificar fragilidades a serem melhoradas.

8.2.3 PARTURIENTES

Com as parturientes foram realizadas rodas de conversas em quase todos os plantões da pesquisadora, participaram em média 4 mulheres por plantão, e cada roda durava em média 45 minutos. As rodas com as parturientes aconteciam de maneira a estimular estas se empoderarem do trabalho de parto induzidos e sinais de trabalho de parto.

Na abordagem com as parturientes foram realizadas perguntas disparadoras com os seguintes questionamentos: Quais os benefícios do parto normal? Porque está internada no setor do PPI? Como funciona o processo de indução do trabalho de parto? Quais os riscos da indução do trabalho de parto? Quais sinais de trabalho de parto ativo?

8.2.4 LIVRO

Existe um livro de indicadores do PPI, localizado no posto de Enfermagem, no qual o Enfermeiro de cada plantão, registra cada internação de gestantes para indução do trabalho de parto, idade gestacional, paridade, indicação da indução, falha de indução e local de transferência.

A amostra retirada deste livro foi do mês de outubro visando elaborar um diagnóstico situacional específico e simplificado sobre a situação da assistência ofertada no setor PPI do HMDR.

Por meio da coleta de dados com equipe de Enfermagem, parturientes e livro de indicadores do PPI, foi possível realizar um diagnóstico situacional e propor intervenções que serão abordadas posteriormente.

8.3 BUSCA DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Foi realizada revisão narrativa da literatura. Dessa forma identificamos aproximadamente 40 artigos científicos, sobre métodos de indução ao parto, humanização ao atendimento, violência obstétrica, trabalho de parto, empoderamento das parturientes, atuação do Enfermeiro obstetra para ter fundamentação teórica e aplicar na prática.

A busca de evidências científicas foi realizada a partir de dezembro de 2016 do utilizado termos relacionados as temáticas acima descritas. Foi realizada leitura dos títulos e resumos para identificar se os artigos científicos eram relacionados a temática abordada. A partir da identificação destes artigos foi realizada a leitura minuciosa para adquirir o conhecimento científico e posteriormente utilizá-los nas intervenções.

8.4 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Mediante a análise do diagnóstico situacional, análise do conhecimento científico adquirido pela revisão de literatura, também a partir das rodas de conversas realizadas com a equipe de Enfermagem e parturientes surgiu a proposta de intervenção deste projeto que será descrita posteriormente.

9. ACOMPANHAMENTO AVALIATIVO DO PROJETO

Posteriormente ao projeto de intervenção serão realizadas novas rodas de conversas com a equipe de Enfermagem e parturientes, realizando as perguntas disparadoras outrora abordadas no início do projeto e verificar se a educação em saúde apresentada foi efetiva.

Será sugerida pauta no colegiado sobre a aprovação do Protocolo de Normas e Rotinas do PPI, que já foi escrito, porém ainda não aprovado pelo Comitê de Ética e não aplicado na realidade do setor. A aplicação desse protocolo auxiliará na melhoria assistencial as parturientes e melhor conhecimento da equipe multiprofissional sobre os métodos de indução, normas e rotinas do setor.

10. RESULTADOS

10.1 EQUIPE DE ENFERMAGEM

Nesta etapa foram consolidados os pontos-chaves levantados durante as rodas de conversa com a equipe, e com as rodas de conversa com as parturientes. Os pontos-chaves foram estudados e discutidos para sustentar a resolução da situação-problema.

Os pontos-chaves abordados a partir das rodas de conversa foram: a presença reduzida de profissional médico no PPI, a não administração do misoprostol no horário padronizado pelo hospital pelo profissional médico, o medo da equipe de Enfermagem frente a complicações durante a indução do parto, a falta de conhecimento da equipe sobre o funcionamento correto do uso do misoprostol, ocitocina e quais efeitos adversos, a falta de confiança da equipe no uso da ocitocina no setor PPI-HMDR, a dificuldade pela equipe em avaliar o início do trabalho de parto ativo, a deficiência no atendimento humanizado, a falta de privacidade das parturientes, a violência obstétrica.

Dentre as fragilidades observadas e referidas pela equipe há uma predominância de fragilidades envolvendo o profissional médico, tais como: o dimensionamento reduzido de profissionais médicos, o qual compromete a administração medicamentosa e comprometimento da assistência. O HMDR conta apenas com uma escala diária com 02 plantonistas, e 02 residentes para atender cinco setores (Consultório médico, PPI, Pré - Parto, Pronto Socorro e Bloco Cirúrgico). Diante da alta demanda de atendimento no pré-parto e no bloco cirúrgico, o atendimento no PPI-HMDR não é prioridade, fato que contribui para a demora no atendimento as parturientes internadas neste setor.

Outro fator levantado encontra-se a distância do setor PPI ao Pré - Parto, do consultório, e do repouso médico. Essa fragilidade pode influenciar na demora do atendimento médico e consequente administração do misoprostol nas gestantes, conforme recomenda o protocolo institucional.

Apesar de não estar na governabilidade da pesquisadora, assumo o compromisso de divulgar esse incômodo a gestão do hospital, uma vez que impacta na qualidade da assistência oferecida no setor.

O recomendado pelo Ministério da Saúde a administração do misoprostol é de 6/6h devido seu período de meia-vida, porém outro fator identificado é que os médicos plantonistas

do PPI atrasam estes horários e caracterizam falha de indução após uso de 06 comprimidos, havendo assim demora na estadia da parturiente no hospital e cesáreas por falha de indução.

A equipe relatou ainda que boa parte dos médicos aparenta não gostar de administrar o misoprostol e também não aceitam administração feita pelo Enfermeiro Obstetra. As parturientes por sua vez ficam fragilizadas na demora do atendimento e progressão do trabalho de parto induzido.

Outro fator levantado pela equipe é a insegurança diante possíveis complicações e emergências médicas, isso leva a equipe de Enfermagem a ter receio do método de indução com ocitocina a ponto de somente aceitar o uso do misoprostol no setor por acreditar que o misoprostol não precisa ser tão bem monitorado porque não necessita bomba de infusão e não é endovenoso como a ocitocina e que esta provoca o trabalho de parto mais rápido e pode levar o nascimento de um recém-nascido com complicações e o setor não tem materiais disponíveis para o atendimento a recém-nascidos ou complicações intra parto.

Portanto verifica-se que a equipe não tem conhecimento suficiente sobre o funcionamento correto do misoprostol e da ocitocina pois ambos podem apresentar efeitos adversos e devem ser bem monitorados.

Alguns técnicos relatam não gostarem de atender no setor devido o monitoramento do batimento cardíaco fetal ser de 1/1 h, as parturientes permanecem ali por mais tempo e a possibilidade de ter que acompanhar o parto ali os assusta. Isso então pode gerar uma falta de humanização no atendimento.

Em alguns momentos também foi relatado a dificuldade em avaliar os sinais de trabalho de parto pois devido o médico não estar presente e ter confirmado os sintomas das parturientes.

Durante as rodas de conversa e oficina, expliquei sobre os métodos de indução ao parto, sinais de trabalho de parto ativo, humanização do atendimento, e a funcionalidade do setor.

10.2 PARTURIENTES

Durante as rodas de conversas com as parturientes foram realizadas perguntas disparadoras como: Quais os benefícios do parto normal? Porque está internada no setor do PPI? Como funciona o processo de indução do trabalho de parto? Quais os riscos da indução do trabalho de parto? Quais sinais de trabalho de parto ativo?

Após ouvir as parturientes, observei a fragilidade delas uma vez que muitas tinham receio de conversar, não tinham clareza sobre o motivo da internação, não sabiam como funcionava a preparação do colo com o misoprostol, quais os riscos e a possibilidade de cesárea caso o processo falhasse. Em seus relatos falavam apenas do benefício do trabalho de parto normal como um resguardo mais tranquilo, uma recuperação mais rápida, desconheciam todos os demais benefícios para elas e para o bebê. Também não sabiam dizer ao certo como seriam os sinais de trabalho de parto ativo, apenas relatavam ouvir dizer deveria doer muito e que estavam com medo. Outras relataram que o medo do parto induzido poderia passar da hora de nascer ou “matar” o bebê.

A sobrecarga de trabalho leva alguns profissionais a dizerem frases que distanciam o cuidar do atendimento humanizado. As parturientes relataram sentirem-se fragilizadas com a demora do médico para iniciar e conduzir a administração do misoprostol, segundo elas quando os médicos iam no setor era fora do horário padronizado e relataram que estes não tinham paciência em esperar elas se organizarem e falavam frases que as desmotivavam.

Também foi encontrado o resultado como a falta de privacidade das parturientes sendo 05 leitos em um quarto sem biombos, a falta de conhecimento e empoderamento das parturientes sobre todo o processo de indução. Ainda de acordo com artigo 2º da Lei do Estado do Tocantins nº 3113 de 02 de junho de 2016 que Institui o Estatuto do Parto Humanizado no Tocantins, e dá outras providências. Vemos de acordo com os resultados deste projeto que é desrespeitado os seguintes incisos:

- I ter a sua privacidade respeitada e ser tratada com dignidade;
- II - ser ouvida, ter suas dúvidas esclarecidas e receber todas as informações e explicações que desejar, em especial as que impedem opção pelo parto normal, quando couber;
- VI não ser submetida, bem como seu bebê, a intervenções e procedimentos desnecessários.

(BRASIL, 2016)

10.3 LIVRO DE INDICADORES

Ao analisar os registros contidos no livro de indicadores do PPI-HMDR, 64 parturientes tiveram indicação médica de internação no PPI para indução ao trabalho de parto observado nos dados da tabela 1.

Tabela 1 - Indicadores do PPI-HMDR no mês de outubro, 2017.

Indicação de internação no PPI	Nº de pacientes internadas no PPI
Sem registro	3
Pós datismo	23
Pós datismo + Oligoamnio	2
Pós datismo + Doença Hipertensiva da gravidez	1
Oligoamnio	13
Oligoamnio + Toxoplasmose	1
Trabalho de Parto Prematuro + Ruptura de membranas	1
Ruptura prematura de membranas	13
Diabetes Gestacional	1
Doença hipertensiva da gravidez	2
Doença hipertensiva da gravidez + Diabetes Gestacional	1
Toxoplasmose	1
Restrição de crescimento Intrauterino	2

Após levantamento desses dados, percebi que foi considerado pós datismo na idade gestacional de parturientes a partir de 40 semanas, porém nos artigos científicos estudados não fica claro se pós datismo refere –se a partir de 40 semanas ou 42 semanas.

A toxoplasmose na tabela acima foi considerada como um motivo de internação no setor, porém segundo as indicações recomendadas pelas literaturas informadas acima no referencial teórico no item de indução ao parto e outros artigos, a patologia de toxoplasmose não é relatada como indicação de trabalho de parto induzido.

Tabela 2 - Setores de transferências após alta do PPI-HMDR no mês de outubro, 2017.

Setor de Transferência	Nº
Sem registro	21
Pré Parto	29
Bloco Cirúrgico	12

Mediante essa tabela pode se observar que a ausência de registro de encaminhamento da parturiente dificulta a análise dos dados.

No segundo item da tabela foram encontrados registros de 29 parturientes que foram encaminhadas ao Pré Parto, porém como relatado anteriormente no PPI usa –se somente misoprostol, então esse registro pode ser de parturientes que foram ao PPP para usar ocitocina. Outro fator que dificulta o entendimento é quantas dessas 29 realmente conseguiram ter o parto normal por meio da indução, uma vez que encaminhadas ao PPP podem evoluir para cesárea caso haja falha de indução com ocitocina ou demora no trabalho de parto.

O terceiro item da tabela foi o único de forma concreta, uma vez que se encaminhadas ao Bloco Cirúrgico com indicação de falha de indução e seriam submetidas a cesáreas, no entanto se sabe o motivo verdadeiro da falha de indução, pois não há esse registro.

11. INTERVENÇÃO

Como um macroproblema encontrado relatado pela equipe através das rodas de conversas foi a fragilidade de conhecimento da equipe para atuar no setor PPI. Para contribuir no fortalecimento da equipe ocorreram algumas estratégias, a saber: elaboração e discussão de uma Instrução de Trabalho e uma palestra sobre os métodos de indução.

Foi realizado um ciclo de palestras intitulado “ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM AO PARTO E NASCIMENTO DO PS/PPI” com 16 profissionais, no auditório do HMDR, no qual a pesquisadora ministrou uma das palestras sobre métodos de indução do trabalho de parto com abertura do espaço para perguntas.

A Instrução de Trabalho foi elaborada pela pesquisadora, juntamente com coordenação do setor e a equipe de Enfermagem, no intuito que os profissionais que atuam diretamente no PPI tivessem suas funções bem delimitadas, para uma melhoria na assistência.

Nessa Instrução de Trabalho foram delegadas atribuições ao escriturário com funções burocráticas como atendimento do telefone, realização de cópias de prontuário e protocolar exames.

Algumas atribuições como acolher de forma humanizada a gestante e o acompanhante no setor e orientações gerais sobre a indução foram atribuídas tanto a técnicos de Enfermagem como a Enfermeiros.

Aos técnicos de Enfermagem foram empregadas funções como verificação de sinais vitais e administração de medicações.

Aos Enfermeiros a responsabilidade de orientar, realizar a sistematização da assistência de Enfermagem, orientações específicas sobre a indução, realização de dinâmica uterina e supervisionar as atribuições dos técnicos.

Estes foram alguns itens abordados na instrução de trabalho que poderá ser visualizada por completo como Apêndice deste projeto.

A partir dos problemas levantados foi gerado uma inquietação em que a coordenadora do setor está realizando em cada plantão reuniões com o Enfermeiro e equipe técnica de Enfermagem, no qual cada profissional identifica as fragilidades do setor, dialogam, com intuito de criar estratégias para melhoraria do serviço.

Para as parturientes com intuito de ampliar o conhecimento, foi afixado cartaz na sala do Pré Parto de Indução. Esse cartaz foi elaborado com intuito de despertar o interesse das parturientes sobre o processo de trabalho de parto induzido, estão listados os benefícios do trabalho de parto normal, o uso do misoprostol e os sinais de trabalho de parto ativo.

As rodas de conversas continuam sendo realizadas pela pesquisadora com a finalidade de melhorar a educação em saúde e assistência as parturientes.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste projeto percebe-se que propor intervenções para problemas que emergem das necessidades do serviço possui uma maior efetividade.

Neste estudo os problemas identificados foram a necessidade de humanizar ainda mais o atendimento as parturientes e assim gerar as experiências positivas ao longo do processo de trabalho de parto induzido.

A equipe de técnicos de Enfermagem ainda via o médico como detentor do conhecimento, porém a partir das rodas de conversas e palestra começa a perceber a importância do Enfermeiro Obstetra no setor.

Foi observado que a quantidade de Enfermeiros Obstetras no setor é reduzida e a sua atuação fica em segundo plano, uma vez que não tem autonomia para administração do misoprostol e acompanhamento de fato das parturientes do setor mesmo as de risco habitual.

As ausências de alguns registros do livro de indicadores do PPI também dificultaram a avaliação nos resultados se realmente as parturientes do PPI tem progredindo para o trabalho de parto vaginal.

Após o fortalecimento da equipe de Enfermagem observamos a necessidade também de trabalhar a humanização com a equipe médica, tendo com estratégia o convite para estes participarem da implantação do protocolo de normas e rotinas do PPI, no qual pretende-se futuramente retomar a discussão para futura aprovação no colegiado gestor com intuito de contribuir para melhoria assistencial multiprofissional.

A partir das circunstâncias neste projeto levantadas e discutidas, vemos que ao Enfermeiro Obstetra conforme a Resolução do COFEN 0516/2016 confere atuação em todas as áreas das parturientes de risco habitual, no entanto a equipe ainda não se empoderou de sua autonomia e, portanto, necessita reforçar a importância da sua atuação.

Conclui -se, portanto, que educação em saúde e atuação do Enfermeiro Obstetra é fundamental para mudança da realidade no trabalho de parto induzido no PPI - HMDR.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Lia Marina Silva; ALEXANDRE, Rita Fernanda Freitas; JESUS, Larissa Keylla Almeida de. MÉTODOS DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: MISOPROSTOL , OCITOCINA E SONDA FOLEY,: revisão de literatura. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 1, p.43-58, mar. 2017.
- ALMEIDA, Olivia Souza Castro; GAMA, Elisabete Rodrigues; BAHIANA, Patricia Moura. HUMANIZAÇÃO DO PARTO: A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.79-90, 28 ago. 2015. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Publica. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.456>.
- BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.208-219, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO)
- BARRAL, Lnm, et al Análise dos registros de Enfermagem em prontuários de pacientes em um hospital de ensino. **Rev. Min. Enferm**, v.26, n.2, p.188-93, 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**; 2001. p. 32-7.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: **Rename** 2006 Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (Brasil). Ministério da Saúde, 2008. 897
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - Sus - A Rede Cegonha**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 24 jun. 2011; Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Protocolo Misoprostol. 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: **RENAME** 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, D s, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 9. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, p.230, 2015
- BRASIL. Lei nº 3113, de 02 de junho de 2016. **Institui O Estatuto do Parto Humanizado no Tocantins, e Dá Outras Providências**.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p.51, 2017

BUSANELLO, J et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. **Rev. Bras. Enferm**, v.64, n.5, p.824-32, 2011

CAMPOS, Neusa Ferreira de et al. A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO PARTO NATURAL HUMANIZADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**, Pb, v. 14, n. 1, p.47-58, abr. 2016.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.1297-1316, out. 2013. Trimestral.

CARVALHO, Vanessa Franco de et al. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do Sul do Brasil. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste: Rev Rene**, Rio Grande do Sul, v. 11, p.92-98, nov. 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0516/2016, de 24 de junho de 2016. **Normatiza A Atuação e A Responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz e Dá Outras Providências**. Brasília, DF, 27 jun. 2016.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. Violência Obstétrica: Uma Análise Sob O Prisma Dos Direitos Fundamentais. 2015. 46 f. **Monografia (Bacharelado em Direito)** — Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CUNHA, Alfredo de Almeida. Indução do trabalho de parto com feto vivo. **FEMINA**. Rio de Janeiro, v.38, n.9, p.469-480, set. 2010.

DAVIM Rmb, TORRES Gv. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. **Rev Rene**. 2008

DOMINGUES, Rafaela Quintana. **O uso da ocitocina exógena no trabalho de parto: uma revisão integrativa**. 2016. 37 f. TCC (Especialização) - Curso de Enfermagem Obstétrica, Universidade Federal de Minas Gerais, Porto Alegre, 2016.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Inquérito Epidemiológico sobre as consequências do parto cesárea desnecessário no Brasil. Projeto Nascer no Brasil. [Internet]. 2011

GATTÁS, Danielle Sofia de Moraes Barro, et al. Baixa dose de misoprostol sublingual (12,5µg) para indução do parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. Rio de Janeiro, v.34, n.4, p.164-169, abr. 2012.

GOMES, Karen et al. Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p.348-353, jun. 2010.

HARPER, L.M. et al. Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis. **Am J Obstet Gynecol**, p. 206-251-5. 2012.

HOFMEYR, G Justus; GÜLMEZOGLU, A Metin. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], 20 jan. 2003. John Wiley & Sons, Ltd. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd000941>.

LARSSON, Bw et al. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. **JCN**, p. 1168-1177. abr. 2011

LEMES, Camila Morilla et al. PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO À INDUÇÃO DO PARTO. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 15, n. 2, p.86-91, jun. 2015.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A percepção da equipe de Enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Ana Nery: Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.439-447, dez. 2006.

MORAES FILHO, Olímpio Barbosa de et al. Misoprostol sublingual versus vaginal para indução do parto a termo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.24-31, jan. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032005000100006>.

OLIVEIRA, Maria Virgínia de Oliveira e et al. Sonda de Foley cervical versus misoprostol vaginal para o preparo cervical e indução do parto: um ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** São Paulo, v.32, n.7, p.346-351, jul. 2010

PETERS, Liz Caroline; TORRES, José Ricardo Painther; GOMES, Douglas Soltan. USO DO MISOPROSTOL PELA VIA VAGINAL COMO FACILITADOR PARA INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO. **Thema Et Scientia**, Cascavel, v. 3, n. 2, p.8-13, jul/dez. 2013.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; OLIVEIRA, Edilaine Varjão; LAGO, Mariana Santos. PERCEPÇÕES DE PUÉRPERAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.65-77, 28 ago. 2015. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.472>.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de Enfermeiras. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-5, 7 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.

SANTOS Rb, RAMOS Ks. Sistematização da assistência de Enfermagem em Centro Obstétrico. **Rev. Bras. Enferm**, [s.l.], v. 65, n. 1, p. 13, 2012.

SCHNECK, Camilla Alexsandra; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p.240-246, set. 2006.

SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. Análise crítica dos métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto. **FEMINA**. Recife, v.38, n.4, p.195-201, abr. 2010

SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. **FEMINA**. Recife, v.38, n.4, p.185-194, abr. 2010ba.

SOUZA, Alex Sandro Rolland; AMORIM, Melania Maria Ramos; NORONHA NETO, Carlos. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? **FEMINA**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p.277-287, maio 2010.

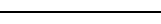
SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. Métodos de indução do trabalho de parto. **FEMINA**. São Paulo, v.41, n.1, p.47-54, jan-fev. 2013^a

SOUZA, Alex Sandro Rolland et al. O uso do misoprostol para indução do trabalho de parto. **FEMINA**. Rio de Janeiro, v.41, n.1, p.433-436, jan-fev. 2013b.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-Enfermagem. 2^a ed. Florianópolis: **Insular**, 2004.

WING DA; GAFFANEY CA. Administração de misoprostol vaginal para amadurecimento cervical e indução de parto. **Clinobstetgynecol**, Irvine, v. 46, n. 3, p.627-641, set. 2006.

APÊNDICES

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO			
	Normas e Rotina do Pré-parto de Indução – PPI			
	Código: IT.HMDR-TO.01	Revisão: 00	Página: 1 de 2	

Objetivo: Normatizar a rotina do PPI no Hospital e Maternidade Dona Regina - HMDR.

Documentos Complementares: Protocolo de Normas e Rotinas PPI

Setor Aplicável: PPI e Pronto Socorro.

AÇÃO	RESPONSÁVEL	FORMULÁRIO/ MATERIAL	DESCRIÇÃO DA AÇÃO
Seguir as normas e rotinas estabelecidas no PPI.	Escriturário		• Atender telefone e anotar os recados; • Realizar ligações quando solicitado; • Atualizar o censo diariamente; • Solicitar internação; • Organizar prontuário; • Protocolar exame laboratorial de pacientes; • Tirar cópia de prontuário se solicitado pelo Enfermeiro para transferência de hospital; • Solicitar reposição de material (consumo/expediente); • Manter cópias de formulários em quantidade suficiente no setor; • Manter gavetas dos formulários organizadas; • Manter mural organizado;
	Enfermeiro/ Técnico em Enfermagem	- Protocolo normas e Rotinas PPI	• Acolher de forma humanizada a gestante e o acompanhante no setor; • Orientar na internação o banho e utilização da camisola (rotina do HMDR); • Orientar as pacientes e acompanhantes sobre a rotina do setor (horário das refeições, troca de acompanhante); • Utilizar biombos durante a avaliação da paciente e promover o conforto necessário; • Orientar a gestante a deambular e se alimentar antes de cada Cardiotocografia (CTG); • Solicitar ao serviço de nutrição, a dieta prescrita para as pacientes antes de cada CTG, quando necessário; • Verificar diariamente a funcionalidade dos aparelhos de doppler fetal e CTG; • Estimular o acompanhante a participar ativamente do processo do trabalho de parto da parturiente; • Lavar as mãos antes e após cada procedimento; • Observar, registrar ruptura das membranas, coloração do líquido amniótico auscultar BCF após ruptura, atentar para bolsa rota ao completar 18h e comunicar o médico; • Orientar DLE em pico hipertensivo e taquicardia fetal; • Orientar métodos não farmacológicos para alívio da dor: massagem, banho, respiração, deambulação, • Participar de capacitação em serviço;

	Enfermeiro	- Protocolo normas e Rotinas PPI	• Orientar a gestante e seu acompanhante sobre o processo de indução, suas indicações e responder as dúvidas; • Realizar a SAE das pacientes internadas, registrar as queixas e condições da gestante; • Orientar sobre o Termo de Consentimento para Indução e anexar o termo autorizado no prontuário da paciente; • Promover educação em saúde sobre parto e pós-parto; • Supervisionar as atribuições dos técnicos de Enfermagem; • Atualizar o censo diário e fazer as movimentações de pacientes no sistema MV; • Registrar admissão e transferências de pacientes no Livro de Indicadores do PPI; • Aprazar o misoprostol prescrito seguindo horários estabelecidos: 10h,14h,18h,22h,02h,06h e comunicar o médico. • Verificar e anotar a Dinâmica Uterina (DU) em parturientes em trabalho de parto ativo de 1/1h; • Solicitar avaliação médica em casos de falha de indução ou alterações no BCF, DU, CTG ou SSVV e registrar na SAE; • Atentar para passagem de plantão com CTG realizado; • Solicitar manutenção preventiva ou corretiva dos aparelhos de sonar e CTG, quando necessário; • Agendar ou solicitar limpeza terminal no setor;	
	Técnico em Enfermagem		• Organizar os materiais, manter mesa e ambiente limpos; • Conferir e repor os materiais do setor diariamente: gel, álcool, luvas, gazes, compressas, pinças, sonar, caixa de parto, campo de RN, algodão,2 kelly, tesoura; • Manter portas do setor fechadas, ar condicionado ligado a 24°C ou desligado quando não tiver pacientes internadas; • Auscultar BCF das pacientes em uso de misoprostol de hora em hora e comunicar intercorrências ao Enfermeiro; • Verificar os SSVV na admissão/transferência da paciente e nos horários estabelecidos na prescrição de Enfermagem- SAE; • Realizar as anotações de Enfermagem na SAE, atentar para as queixas da paciente; • Checar as medicações e as prescrições de Enfermagem; • Realizar CTG antes de cada misoprostol prescrito; • Identificar o laudo de CTG e anexar resultado no prontuário da paciente; • Administrar as medicações prescritas; • Manter as camas abertas e forradas, se possível; • Identificar e datar as almotolias de soluções;	
Elaborado por: Letícia Aires Milhomem e equipe de Enfermagem do PPI		Verificado e aprovado: Emília Maria Miranda	Data da elaboração: 18/10/2017	Data da revisão: