



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Sensibilização dos gestores e obstetras de uma maternidade do município de Aracaju para a inserção do enfermeiro obstetra na sala de parto

ARACAJU - SERGIPE

2015

MANUELLE MENEZES DE OLIVEIRA

Sensibilização dos gestores e obstetras de uma maternidade do município de Aracaju para a inserção do enfermeiro obstetra na sala de parto

Trabalho de Conclusão de Curso (Projeto de Intervenção) apresentado como requisito para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Profª Msª Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges

ARACAJU – SERGIPE

2015

Oliveira, Manuelle Menezes

Manuelle Menezes de Oliveira – 2015. Sensibilização dos gestores e obstetras de uma maternidade do município de Aracaju para a inserção do enfermeiro obstetra na equipe multidisciplinar da sala de parto.

Folhas:

Orientadora: Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges

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

1. Sensibilização dos gestores e obstetras. 2. Inserção do Enfermeiro Obstetra. I.Borges, Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges. II. Universidade Federal de Minas Gerais III. Sensibilização dos gestores e obstetras de uma maternidade do município de Aracaju para a inserção do enfermeiro obstetra na sala de parto

MANUELLE MENEZES DE OLIVEIRA

Sensibilização dos gestores e obstetras de uma maternidade do município de Aracaju para a inserção do enfermeiro obstetra na equipe multidisciplinar da sala de parto

Trabalho de Conclusão de Curso (Projeto de Intervenção) apresentado como requisito para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha, da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Sergipe.

Orientadora: Profª Msª Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges

APROVADO EM ___ DE _____ DE 2015.

Profª. Msª. Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges – Orientadora

Profª. Drª. Ana Dorcas de Melo Inagaki

Examinador

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde, serenidade e força para superar as dificuldades e realizar esta nova conquista. Sem o senhor, nada disto teria acontecido!

A Universidade Federal de Minas Gerais e Sergipe, pela oportunidade de fazer esta especialização.

À Prof. Dr. e amiga Ana Dorcas pelo apoio, confiança, carinho, paciência e zelo. Presente que recebi desta especialização. Muito obrigada por tudo e pela sua doçura!

A minha querida orientadora Prof. Ms. Cristiani Ludmila, por sempre estar disponível, pelo carinho, dedicação e mãos estendidas. Admiro você e não teria pessoa melhor para me acompanhar nesta jornada.

Agradeço a todos os professores, pelos ensinamentos, trocas de experiências, por me proporcionarem conhecimentos, e em especial a professora e preceptora Graziela pelas árduas noites de estágios terem se tornado prazerosas, suaves e super divertidas. Você me fez perceber o quanto vale a pena lutar pela Enfermagem Obstétrica. Obrigada pela dedicação.

As colegas da especialização gostaria de externar minha satisfação de poder conviver com vocês durante o decorrer do curso. Encantada por todas e por cada gesto de carinho. Em especial ao grupo de estágio, pelos lindos momentos de descobertas, por partilharmos juntas nossos medos, vitórias e aprendizados.

Sinto-me realizada por ter visto o olhar carinhoso daquelas mãezinhas que com a nossa ajuda tiveram a oportunidade de viver, sentir e se apoderar do nascimento dos seus filhos e por alguns poucos, porém muito importantes médicos obstetras, terem reconhecido a importância da atuação do enfermeiro obstetra na sala de parto.

A Maternidade Santa Isabel, pela disponibilidade, pelo apoio da equipe de enfermagem e pela confiança e ensinamentos dos plantonistas da quinta-feira.

As minhas grandes amigas Ana Luiza e Jack, por terem transformado os dias mais leves, as atividades mais fáceis de serem concluídas, pela sintonia, pelo amor, carinho e dedicação. Deus nos presenteou por vivermos este momento juntas e fortalecermos cada vez mais nossa amizade. Amo vocês!

A minha doce, amada e querida mãe, por sempre me fortalecer, me incentivar e mostrar diariamente que sou capaz de vencer. Dedico tudo que faço na minha vida a você. O que sinto é puro e despretensioso. Amo-te incondicionalmente.

Aos meus irmãos pelo incentivo e por torcerem sempre por mim.

A meu companheiro Alex, agradeço pela paciência, amor, carinho e compreensão.

A minha amada avó, pelas orações, amor sem limites e pela doçura.

Aos meus amigos, pelos dias de descontrações e pelas vibrações positivas.

RESUMO

Considerando o grande número de partos normais realizados na Maternidade Santa Isabel e por esta ser referência para partos de risco habitual, e a partir da vivência nesta instituição, observou-se a necessidade da presença do enfermeiro obstetra como estratégia para qualificar o atendimento das gestantes e parturientes em parceria com os demais profissionais da equipe multidisciplinar. Este trabalho teve como objetivo a sensibilização dos gestores e obstetras quanto à participação destes profissionais na sala de parto e como proposta de intervenção a implantação de um protocolo assistencial do enfermeiro obstetra na sala de parto. Estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa e proposição de estratégias de intervenção, no qual distribuiu-se folder explicativo sobre as atribuições legais do enfermeiro obstetra, aplicou-se questionário para avaliar o nível de aceitação dos obstetras quanto à presença do enfermeiro obstetra na sala de parto, e de conhecimento das boas práticas e a produção de um protocolo de atuação do enfermeiro obstetra no centro obstétrico. Dos 36 obstetras da instituição, 14 participaram da pesquisa, 79% consideraram a presença do enfermeiro obstetra na sala de parto necessária, 64% são a favor destes realizarem partos eutócicos e 64,3% conheciam as boas práticas em obstetrícia. Espera-se que este projeto de intervenção tenha proporcionado um maior conhecimento e sensibilização dos médicos obstetras acerca da atuação do enfermeiro obstetra, conscientizando-os da importância do trabalho em equipe e do atendimento ao nascimento e parto de modo humanizado.

Palavra chave: Parto Humanizado, Enfermeiro obstetra, Protocolo.

ABSTRACT

Considering the large number of normal parturition realized on Maternidade Santa Isabel and to its reference for habitual risk parturition, by the experience lived in this institution, we observed the necessity of the presence of a nurse midwife as strategy to qualify the reception of pregnant women and mothers in partnership with the others professional multidisciplinary team. This work's objective is the sensibilization of the others managements and obstetrician about the participation of these professionals in the parturition room and as intervention proposal to the implantation of a assistencial protocol of the nurse midwife in the parturition room. Descriptive studies, quali-quantitative approach and strategic proposition of intervention, in which information folders was distributed about the legal attribution of nurse midwife, a questionnaire was applied to evaluate the level of acceptance of the obstetrician about the presence of the nurse midwife in the parturition room, and about the knowledge of the good practice and the production of an acting protocol of the nurse midwife in the obstetric center. From the 36 obstetrician in the institution, 14 participated the research, 79% considered the presence of a nurse midwife in the needed parturition room, 64% are in favor of they realize eutocic parturition and 64,3% knew the good practice in obstetrics. It is waited that this intervention project proportionate a bigger knowledge and sensibilization of the obstetrician about the atuation of a nurse midwife, making them aware of the importance of the team work and of the reception and birth and the humanized parturition.

Keywords: Humanized Parturition, Nurse midwife, Protocol.

LISTA DE TABELAS

Tabela1 - Número e proporção de concordância ou não dos médicos obstetras quanto à realização das atribuições legais do enfermeiro obstetra na sala de parto. Aracaju, 2015	31
Tabela 2 - Número e proporção de conhecimento dos médicos obstetras acerca das tecnologias não invasivas de assistência ao parto praticadas por enfermeiros obstetras. Aracaju, 2015	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PPP	Parto, pré-parto e puerpério
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO	13
3	APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	14
4	JUSTIFICATIVA.....	15
5	REFERENCIAL TEÓRICO	16
6	PÚBLICO ALVO	22
7	OBJETIVOS DO PROJETO	23
7.1	Geral	23
7.2	Específicos.....	23
8	METAS	24
9	METODOLOGIA	25
10	CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	26
11	ORÇAMENTO	27
12	RECURSOS HUMANOS.....	28
13	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	29
13.1	Sensibilização dos Obstetras quanto a inserção do enfermeiro obstetra na sala de parto e o reconhecimento de suas atribuições legais.....	29
13.2	Conhecimento médico quanto as tecnologias de cuidado não invasivas baseadas em evidências científicas.....	31
13.3	A importância da Implantação do Protocolo assistencial do enfermeiro obstetra na sala de parto pelos gestores de saúde.....	33
14	REFERÊNCIAS	36
15	APÊNDICES.....	39

1 INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são momentos únicos e inesquecíveis, devem-se levar em consideração as vontades e desejos da parturiente, ou seja, respeitar a forma de como a mulher deseja ser assistida durante a gestação e o trabalho de parto (ICM, 2005).

O princípio da humanização no campo obstétrico hospitalar está centrado numa assistência menos intervencionista, mais emotiva e com respeito aos direitos da mulher (OMS, 1996).

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; tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura (MS, 2000b).

No Brasil, a qualidade da atenção obstétrica continua a ser da assistência à saúde da mulher. Apesar da melhoria dos indicadores, persistem questões como a crescente medicalização, tecnologias e o aumento progressivo das taxas de cesáreas principalmente em mulheres com níveis de instrução mais alto (BENFAM, 1997).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n. o 59, de 1/6/2000, na necessidade de ofertar atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país (MS,2000a).

Hoje nota-se que a prática dos médicos obstetras é baseada em intervenções, através do uso de ocitocina para a indução do parto, a amniotomia precoce, analgesia e episiotomia tendo como justificativa o grande fluxo de pacientes nas maternidades deixando de lado o parto humanizado. O emprego mínimo de intervenção no parto de mulheres de baixo risco, em comparação ao cuidado tradicional, indica a segurança e a viabilidade da atenção ao parto e nascimento com base na fisiologia (SCHNECK; RIESCO, 2006).

A fim de reverter a situação, iniciativas foram implementadas pelo setor saúde, e dentre estas houve um incentivo à participação dos profissionais de

enfermagem-obstétrica no acompanhamento ao pré-natal e parto de gestante de baixo risco obstétrico (MS, 2000).

A Portaria n.º 2.815/1998 do Ministério da Saúde inclui, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, o parto normal sem distócia, realizado por enfermeiro obstetra e o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), através da Resolução n.º 223/1999, dispõe, em seu artigo 3.º, sobre a responsabilidade do enfermeiro obstetra: assistência à parturiente e ao parto normal, identificação de distócias obstétricas e tomadas de todas as providências até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científico garantindo a segurança do binômio mãe e filho (COFEN,2011).

A implantação da atenção aos partos de baixo risco por enfermeiros obstetras está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que encontram inseridas num contexto de humanização do parto e nascimento. A entrada da enfermagem obstétrica neste espaço de assistência, hoje ocupado pelos médicos obstetras, tem provocado embates entre as categorias (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Considerando o grande número de partos normais realizados na Maternidade Santa Isabel e por ser referência de partos de risco habitual em Sergipe observou-se a necessidade da presença do enfermeiro obstetra como estratégia de desenvolver o parto humanizado, reduzir as intervenções medicamentosas, realizar as boas práticas e trabalhar em equipe, garantindo uma assistência qualificada durante o parto.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo.

Apesar de todo o respaldo legal da profissão, ainda são inúmeras as dificuldades enfrentadas na Maternidade para realizar os partos eutócicos pelo enfermeiro obstetra, intervenções não medicamentosas e a inserção da enfermeira obstetra na sala de parto.

Com isso, objetivou-se nesse estudo sensibilizar os profissionais médicos e gestores quanto à importância da inserção do enfermeiro obstetra no centro obstétrico da Maternidade Santa Isabel, ofertar práticas que reduzam o número de

intervenções no parto de mulheres de baixo risco e implantar um protocolo para enfermeiros obstetras.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Apesar da gestação ser um processo que geralmente decorre sem complicações, na maternidade em estudo observa-se uma prática médica baseada em processos predominantemente biológicos, com valorização do patológico e ênfase em intervenções não comprovadas cientificamente, o que reduz o protagonismo da mulher, desestimulando a sua participação ativa no processo do parto e nascimento e do seu acompanhante.

A presença de enfermeiros obstetras na equipe do centro obstétrico poderia promover a redução de intervenções desnecessárias, a exemplo da prática excessiva do parto cesáreo e conseqüente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, porém, a não participação destes na equipe do centro obstétrico da Maternidade Santa Isabel e o atual modelo de assistência ao parto e nascimento na instituição, tem diminuído a confiança na capacidade inata da mulher para dar à luz sem intervenções.

Tal situação se explica pela formação profissional com práticas consideradas arcaicas quando comparadas ao modelo de assistência humanizada e também pela carência da promoção de atividades de educação continuada que possibilitem a aquisição de novos conhecimentos e uso de protocolos mais atualizados, mas sempre levando em consideração a dimensão subjetiva individual de cada mulher.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Maternidade Dr. João Firpo, popularmente conhecida como Maternidade Santa Isabel, foi fundada em 1957 como um dos pavilhões da Associação Aracajuana de Beneficência. Situa-se no município de Aracaju, é uma entidade Filantrópica e considerada referência no estado de Sergipe para partos de risco habitual. Tem como missão oferecer serviços de excelência em saúde, prestando assistência qualificada no atendimento materno-infantil, utilizando-se da ética e da humanização, direcionados à promoção da vida e à satisfação do paciente. Realiza mensalmente cerca de 850 partos, e segundo o DATASUS em 2014 71,2% foram por via vaginal. Conta com 12 leitos no pré-parto, duas salas para realização dos partos cesáreos e duas para parto normal, três enfermarias de alojamentos conjuntos com uma capacidade total de 78 leitos e atualmente encontram-se em construção com recursos próprios 12 leitos tipo Parto, pré-parto e puerpério (PPP).

Recentemente recebeu do Ministério da Saúde (MS) o título de Hospital Amigo da Criança – IHAC, pelas ações desenvolvidas para apoiar o aleitamento materno, e também é considerada maternidade prioritária para o Ministério da Saúde, em virtude de estarem entre os 32 serviços obstétricos que registraram o maior número de óbitos maternos no país. A maternidade dispõe no seu quadro de 53 enfermeiros, porém nenhum destes é contratado como enfermeiro obstetra, apesar de três terem tal formação e seis estarem realizando a especialização em obstetrícia pela Faculdade Federal de Minas Gerais e Sergipe. Das nove enfermeiras obstetras que fazem parte da Instituição, cinco atuam na escala da sala de parto.

4 JUSTIFICATIVA

O campo de práticas da Especialização em Enfermagem Obstétrica do convênio UFS/UFMG foi a maternidade onde realizamos esta intervenção. O interesse pelo tema surgiu ao percebermos que os médicos obstetras da instituição tinham pouco conhecimento acerca das atribuições legais do enfermeiro obstetra e que os futuros especialistas em obstetrícia, que já atuavam como enfermeiros generalistas na sala de parto da instituição, poderiam oferecer uma prática com menos intervenções e com a participação mais ativa da parturiente, possibilitando a construção de um trabalho em equipe, com responsabilidades compartilhadas e competências técnicas de cada categoria profissional, porém com o mesmo objetivo; cuidar da gestante de uma forma integral e holística.

Este estudo se justifica devido à necessidade de melhoria da assistência obstétrica na instituição em estudo, fundamentando a assistência num modelo baseado em evidências científicas e humanizado, respeitando a integridade da mulher, seu protagonismo e respeito ao nascituro, promovendo a redução de índices de morbimortalidade materna e perinatal, a partir da inserção legal do enfermeiro obstetra na equipe multidisciplinar da sala de parto.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Na antiguidade, o nascimento era vivenciado de maneira isolada pela mulher. Com o passar do tempo, o parto passou a ser realizado dentro de casa e com o acompanhamento de parteiras, que auxiliavam a parturiente e adotavam procedimentos considerados adequados aos momentos e necessidades que se apresentavam. Tinham o tempo e a vivência como sua capacitação (SANTOS 2002).

As mulheres denominadas cuidadoras e parteiras, que ofereciam a sensação de segurança e conforto à parturiente, expressavam os laços de solidariedade feminina e representava o modo mais humano de assistência à gestante (PINTO, 2001).

No Brasil, as Faculdades de Medicina ofertavam cursos de parto, formando, portanto, as parteiras e os médicos responsáveis pelo curso tinham o controle das atividades exercidas por elas. Surgiram diversos decretos que determinaram a denominação dos cursos, as exigências para a admissão das candidatas, o currículo a ser seguido e o título conferido de parteira, enfermeira parteira, enfermeira especializada, obstetriz e enfermeira obstétrica (OGUISSO, 2007). No século XIX, o parto domiciliar deu espaço ao institucional por ser considerado um local mais seguro do que a assistência prestada em casa. Nessa época foram desenvolvidas técnicas cirúrgicas, anestésicas e o uso da antissepsia e o parto passou ser responsabilidade dos médicos e não mais das parteiras (MACHADO, 1995).

O ato de dar à luz passou a ser um momento de treinamento para os médicos, iniciando o universo da assistência mecanicista, e deixa de ser menos agressiva, voltada ao natural como na assistência prestada pelas parteiras (SILVA, 2001). Por outro lado, a assistência mecanicista buscou a prevenção e evitabilidade dos óbitos maternos e perinatais.

Segundo OSAVA (1997), o declínio das parteiras quanto ao seu ofício, ocorreu com o surgimento da enfermagem como profissão, vinculado à divulgação feita aos trabalhos de Florence Nightingale na Guerra da Criméia.

Foi em 1894 que surgiu a primeira Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, ficando instituído o Ensino de Enfermagem no Brasil. A partir disso, em 1949, essas Escolas de enfermagem passaram a formar enfermeiras obstétricas (JORGE, 1975). Em 1960, o Conselho Federal de Educação estabeleceu que o

curso para enfermeira obstétricas só teria validade articulado com o curso de Enfermagem. As enfermeiras lutavam por consolidar o curso como uma especialidade da enfermagem (MOTT, 2002).

Em 1994, o currículo de enfermagem foi modificado e as habilitações foram extintas. O único curso previsto para a formação específica de profissionais não médicos na área obstétrica consiste na especialização em Enfermagem, nível de pós-graduação lato sensu (RIESCO, 1998). Porém, a enfermeira obstetra ainda não consegue assumir sua função na maternidade, permanecendo voltadas para as atividades burocráticas e de supervisão do cuidado de enfermagem (PEREIRA, 2006).

Observa-se que as enfermeiras apesar de terem especialização em obstetrícia a maioria não realiza partos e as que realizam muitas vezes encontram grandes dificuldades e obstáculos por parte da direção e equipe médica as quais mostram desconhecimento da lei do exercício profissional de enfermagem e com isso as enfermeiras se afastam cada vez mais da assistência à parturiente (OLIVEIRA, 1999).

A enfermeira obstetra possui um papel fundamental na assistência ao parto de risco habitual e seu cuidado é baseado na lei do exercício profissional, na Portaria do Ministério da Saúde que regulamenta a realização do parto normal pelo enfermeiro obstetra, no conhecimento da fisiologia do processo, nas recomendações da Organização Mundial da Saúde de 1996 e em princípios de humanização e interdisciplinaridade (ARAÚJO, 2006).

O Ministério da Saúde vem financiando e estimulando a qualificação da enfermagem obstétrica, para acolher as escolhas da mulher no processo de parto e nascimento, por meio de uma cuidadosa avaliação de suas condições clínicas e obstétricas como parte da estratégia da Rede Cegonha, para ampliar e qualificar a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

O trabalho de parto deve ser abordado com ética profissional, aplicável a todas as situações de atenção à saúde e a todos os profissionais de saúde (M.S., 2001). O diferencial do modelo assistencial adotado pela enfermeira dos outros profissionais reside em sua capacidade de comunicação e apoio, o que favorece a interação efetiva entre a parturiente e o profissional (ARAÚJO, 2006).

A legitimidade da assistência prestada pela enfermeira obstetra é um fato, onde os bons resultados são comprovados em nível nacional e internacional, primando o saber técnico-científico, refletindo na qualidade da assistência prestada, reduzindo o índice de morbimortalidade perinatal e materna e introduzindo a humanização no atendimento (CAVALCANTE, 1998).

A enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas, em defesa da humanização no pré-natal e no nascimento. Diante disto, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação desta (e) profissional na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções e riscos, tanto em maternidades, como em casas de parto, favorecendo a humanização da assistência (BRASIL, 2003).

De acordo com pesquisas científicas, o cuidado oferecido por essas profissionais em Centro Obstétricos, diminui o uso de intervenções, melhoram os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal e aumentam a satisfação da mulher com a experiência vivida, indicando a segurança e a viabilidade da atenção ao parto e nascimento. O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando os processos fisiológicos, psicológicos e socioculturais. A assistência se faz, pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição, garantindo a mulher e ao acompanhante vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza (BRASIL, 2012).

O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sócio-cultural. A assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição, garante as mulheres e às crianças vivenciar a experiência da gravidez, do parto, do nascimento com segurança, dignidade e beleza (BRASIL, 2012).

A adoção das práticas obstétricas baseadas em evidências científicas como a oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal, contato pele a pele mãe e recém-nascido, apoio ao aleitamento materno, dentre outras, vem sendo cada mais vez valorizada, ganhando força por meio do crescimento dos movimentos feministas em prol das boas práticas de humanização no atendimento ao parto e nascimento. A

dedicação do enfermeiro obstetra que assiste a parturiente no momento do acolhimento é um fator fundamental no que diz respeito ao atendimento holístico. É importante considerar essa mulher como principal sujeito e não apenas como alguém sem opinião que obedece passivamente às ordens daqueles que detém o poder do saber, sem qualquer questionamento (SILVA *et. al.*, 2013).

Apesar de existirem recomendações amplamente divulgadas pela OMS em relação às condutas adequadas para a assistência ao parto normal sem distocia, existem ainda muitas divergências e nem todas as recomendações são aceitas pelos médicos obstetras, principalmente por se tratar de um novo modelo de assistência em nosso país (BONADIO, 2002).

Muitos profissionais de saúde criticaram esse novo modelo assistencial e tiveram dificuldades em aceitar o papel da enfermeira obstetra na sala de parto. A falta de conhecimento a respeito da legislação que normatiza a atuação da enfermeira obstetra é, sem dúvida, uma razão para o questionamento da atuação da enfermeira obstetra pelo médico (ARAUJO; OLIVEIRA, 2006).

Atualmente a atenção ao parto normal está embasada pelo processo intervencionista dentro de uma visão cartesiana, apoiando-se no enfoque de risco adaptado aos médicos com métodos invasivos, uso indiscriminado de ocitócitos, contribuindo também para aumentar a dor e o desconforto das mulheres em trabalho de parto. O modelo holístico de assistência quase não é observado em nosso meio (DAVIM, 2002).

No Brasil o modelo hegemônico do parto ainda é pautado em excessiva medicalização. No entanto, este modelo tem sido discutido crescentemente por profissionais e movimentos sociais, articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Este modelo é apontado como um dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países, pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, e pela redução de um evento social, cultural e de saúde a um fenômeno patológico, médico e fragmentado (SES-BA, 2004).

A tecnologia ainda é usada abusivamente, baseada numa crença preconceituosa e falsa em relação à mulher, de que a tecnologia é mais segura do que as mulheres para dar conta do nascimento. Por estas questões marcadamente filosóficas, pode-se dizer que a humanização do nascimento é também uma questão

de gênero, porque a matriz desta visão distorcida desconsidera a mulher e sua fisiologia (SES-BA, 2004).

Considerando a Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 15 de junho de 1986 que dispõe aos profissionais de enfermagem referidos no inciso II do art. 6º incube ao enfermeiro obstetra a assistência à parturiente e ao parto normal; identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessário.

A falta de conhecimento das atribuições do enfermeiro obstetra por meio de portarias ministeriais e a falta de um protocolo comum para condutas obstétricas são uns dos fatores que propiciam os conflitos e desgastes com os médicos obstetras.

Na assistência obstétrica existe uma sobreposição de funções, sendo que algumas atividades são da competência tanto do médico quanto da enfermeira obstetra, gerando conflitos entre estes profissionais. Neste caso, é necessário que a rotina de serviço e a determinação de quem executarão as funções superpostas, sejam estabelecidas por decisões dos profissionais envolvidos, que deverão levar em consideração a finalidade e característica da instituição (BERNI, 1994).

A realidade assistencial deve estar alicerçada a quatro pilares fundamentais: saúde, experiência da mulher no período reprodutivo, família enquanto núcleo social e evento seguro e deve buscar soluções mais eficientes e não interventistas antes de acessar tecnologia (GUALDA, 2001).

O fortalecimento e autonomia profissional dos enfermeiros obstetras, só serão alcançados se estas forem capacitadas tecnicamente, possibilitando a construção do trabalho em equipe na atenção obstétrica e a superação das tensões e os conflitos inerentes ao trabalho em equipe, influenciando positivamente no conjunto da prática obstétrica (TUESTA; GIFFIN, 2003).

O enfermeiro obstetra deve ter respeito à dignidade humana e o tratamento da mulher como pessoa com direitos humanos plenos, sensibilidade cultural e colaboração com a mulher e os provedores de assistência sanitária com vistas a superar práticas ou costume culturais que são prejudiciais para a mulher (CLAPIS & MAMEDI, 2001).

O principal objetivo dos profissionais obstetras é obter ao final da assistência, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento

biológico e psicossocial futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e satisfeita pelo processo de nascimento (SALES, 2010).

6 PÚBLICO ALVO

Os sujeitos da intervenção foram os gestores (Presidente da Instituição, Diretora clínica, Coordenador da sala de parto e Coordenadora de enfermagem), médicos obstetras, especializadas em enfermagem obstétrica da sala de parto e gestantes atendidas no período da intervenção.

7 OBJETIVOS DO PROJETO

7.1 GERAL

Sensibilizar os profissionais médicos e gestores da Maternidade Santa Isabel quanto à importância da inserção do enfermeiro obstetra na equipe multidisciplinar do centro obstétrico.

7.2 ESPECÍFICOS

- Confeccionar *folder* explicativo (Apêndice C) sobre a atuação legal do enfermeiro obstetra.
- Detectar o nível de satisfação e aceitação dos obstetras da sala de parto e dos gestores diante da inclusão da enfermeira obstetra na equipe multidisciplinar.
- Identificar o conhecimento e aceitação dos obstetras da sala de parto quanto ao uso das Boas Práticas em Obstetrícia.
- Construção de um Protocolo assistencial para a Enfermagem Obstétrica da Maternidade Santa Isabel.

8 METAS

- Confecção de um *folder* explicativo (Apêndice C) sobre a atuação legal do enfermeiro obstetra;
- Distribuição do *folder* explicativo (Apêndice C) sobre a atuação legal do enfermeiro obstetra, para todos os obstetras da sala de parto da instituição;
- Aplicação de um questionário com todos os obstetras da sala de parto da instituição para verificar o conhecimento destes acerca das atribuições legais do enfermeiro obstetra e a sua aceitação quanto ao uso das boas práticas obstétricas;
- Traçar o perfil de todos obstetras que participaram da pesquisa;
- Confeccionar um protocolo assistencial do enfermeiro obstetra na sala de parto e encaminhá-lo à Coordenação de Enfermagem da instituição.

9 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa e proposição de estratégias de intervenção. A execução do projeto teve início no mês de agosto após submissão ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Sergipe e aprovação com número de CAAE: 46701615.6.0000.5546 e foi concluída em novembro de 2015. Antes do início das atividades enviamos à instituição a solicitação para realização de pesquisa (Apêndice A). Os sujeitos da pesquisa foram 36 obstetras da sala de parto e gestores da Instituição.

A intervenção teve três etapas:

Confeccionou-se *folder* explicativo (Apêndice C) sobre a atuação legal do enfermeiro obstetra e boas práticas para distribuição aos médicos obstetras do serviço como forma destes conhecerem a legislação da atuação do Enfermeiro Obstetra;

Foi aplicado, com os médicos que se disponibilizaram, um questionário (Apêndice D), com o intuito de avaliar a sensibilização destes quanto à presença do enfermeiro obstetra no centro obstétrico, que foi preenchido individualmente, sem interrupções de terceiros e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Por fim, elaborou-se como proposta final da intervenção, um Protocolo Assistencial do Enfermeiro Obstetra (Apêndice E), com o intuito de implantação do mesmo na sala de parto da Instituição. Este foi apresentado em reunião com a presença exclusiva da coordenadora de enfermagem, apesar da solicitação da presença da Diretora clínica e do coordenador médico da sala de parto.

Os riscos foram mínimos, relacionados apenas à possibilidade de constrangimento, todavia foi garantido a todos os participantes o direito de recusa em participar, assim como o direito de responder apenas as questões que desejassem. Também foi garantido o direito de retirar sua autorização a qualquer momento sem nenhum constrangimento.

A análise e organização dos dados foi realizada com noções básicas de estatística, utilizando-se planilhas do Microsoft Excel^(r) versão 2010.

11 ORÇAMENTO

Discriminação do item a ser financiado	Unidade	Quantidade	Valor (R\$)	
			Preço unitário	Total
Material de consumo				
1. Papel A4	Resma	2	R\$ 17,00	R\$ 34,00
2. Lapiseira	Unidade	1	R\$ 1,50	R\$ 1,50
3. Caneta	Unidade	2	R\$ 1,50	R\$ 3,00
4. Borracha	Unidade	1	R\$ 0,60	R\$ 0,60
5. Marca Texto	Unidade	3	R\$ 1,00	R\$ 3,00
6. pen drive	Unidade	1	R\$ 30,00	R\$ 30,00
7. Tinta para impressora	Unidade	2	R\$ 10,00	R\$ 20,00
8. Gasolina	Litro	150	R\$ 3,49	R\$5230,00
9. Xerox	Unidade	600	R\$ 0,10	R\$80,00
Materiais Permanentes				
*Computador		1		
*impressora		1		
*Tablet		1		
TOTAL				R\$ 695,60

12 RECURSOS HUMANOS

O responsável pela produção deste trabalho foi a pesquisadora com o apoio da orientadora e enfermeiras da sala de parto para a entrega dos questionários para alguns dos médicos obstetras nos turnos da manhã e da tarde, nos quais a pesquisadora não se fazia presente na instituição.

13 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

Com base nas informações obtidas através do questionário aplicado pode-se fazer uma análise quanto à importância do enfermeiro obstetra sob a ótica dos médicos obstetras e gestores de saúde da Instituição em estudo.

Dos 36 obstetras que trabalham na instituição, apenas 14 (39%) participaram da pesquisa, 20 (55,5%) se recusaram e dois não se encontravam na Instituição por motivos de doença e férias.

Observou-se que durante a entrega dos questionários juntamente com o TCLE e o *folder* explicativo sobre a atuação legal do enfermeiro e das Boas Práticas em Obstetrícia para os 20 médicos que não aceitaram participar da pesquisa, estes justificaram não terem tempo, outros não quiseram participar da pesquisa por não aceitarem a presença do enfermeiro obstetra realizando partos, episiorrafias e detecção de distócias, outros por terem lido o *folder* explicativo e não terem concordado com as atribuições legais do enfermeiro na sala de parto. Um destes após por ter lido a frase de Michel Odent que consta na capa do *folder* “Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer” alegou ser um frase sem sentido e outra alegou ser um retrocesso à volta das “Parteiras”. Muitos questionários e *folders* foram encontrados soltos na sala do estar médico, significando a falta do interesse dos médicos pelo conteúdo do mesmo.

A idade dos entrevistados variou de 28 a 66 anos, sendo três do sexo feminino e 11 do masculino, com tempo de formação obstétrica variando de cinco a 40 anos. Todos com formação em ginecologia e obstetrícia e tempo de serviço no centro obstétrico da Maternidade Santa Isabel entre oito meses e 36 anos.

A partir das respostas dos questionários e das situações vivenciadas durante as aulas práticas, com a confecção do *folder* e criação do protocolo assistencial para o enfermeiro obstetra, subdividimos os resultados da Intervenção em três núcleos temáticos:

13.1 SENSIBILIZAÇÃO DOS OBSTETRAS QUANTO A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA SALA DE PARTO E O RECONHECIMENTO DE SUAS ATRIBUIÇÕES LEGAIS

Após a análise dos 14 questionários respondidos, apenas três (21%) profissionais acharam muito importante a presença do enfermeiro obstetra na sala

de parto e os demais acharam apenas necessárias, mas todos acreditam no trabalho em equipe e que diferentes categorias profissionais se complementam. Apesar de concordarem com a presença do enfermeiro obstetra na sala de parto, nove (64%) são a favor do enfermeiro obstetra realizar partos eutócicos, e os demais são contra, alegando que estes não têm formação para tal, que em um ano não se forma um especialista e que não assumiriam as distócias detectadas durante um parto normal realizado pelo enfermeiro obstetra. Dos que participaram da pesquisa, apenas quatro (28%) conheciam as atribuições legais destes profissionais.

Para os que se interessaram em ler e questionar as atribuições legais expostas no folder e no questionário foi um momento valioso, quando foi possível esclarecer algumas dúvidas, sensibilizá-los e fazer com que tivessem conhecimento quanto à legalidade de determinadas atribuições e a importância em adotar boas práticas em obstetrícia baseadas em evidências científicas.

Das atribuições realizadas na sala de parto, todos concordaram que o enfermeiro obstetra pudesse realizar a dinâmica uterina, e ausculta cardíaca fetal, 13 (93%) concordaram em partejar e realizar o toque vaginal, 12 (86%) em realizar partograma, quatro (28%) em detectar distócias e 10 (71%) em encaminhar a gestante para sala de parto no período expulsivo. No período expulsivo, nove (64%) profissionais médicos acreditavam que o enfermeiro era capaz de realizar um parto eutócico com ou sem episiotomia e entregar a placenta. A rafia foi discordada por 10 (71,5%) e quatro (28,5%) concordavam que poderia ser realizada pela enfermeira obstetra na presença deles. Apenas um (7%) obstetra relatou ser competência do enfermeiro obstetra a revisão do canal vaginal. Em casos de hipotonia ou atonia uterina, sinais de choques e hemorragias na sala de recuperação pós-parto apenas três (21%) acreditavam que os enfermeiros estavam aptos para identificá-los (Tabela 1).

Apesar de alguns médicos discordarem com o enfermeiro da sala de parto realizando procedimentos como o parto eutócico com entrega de placenta, e a identificação de sinais de choque, tais atribuições já são realizadas pelas enfermeiras da sala de parto quando o quadro de profissionais obstetras é reduzido na sala de parto, ou na ocorrência de intercorrências obstétricas.

Tabela 1 - Número e proporção (N e %) de concordância ou não dos médicos obstetras quanto à realização das atribuições legais do enfermeiro obstetra na sala de parto. Aracaju, 2015

Atribuições legais do enfermeiro obstetra	Concordam		Não concordam	
	Nº	Porcentagem (%)	N	Porcentagem (%)
Realizar Dinâmica uterina, ausculta cardíofetal	14	100%	-	-
Partejar e realizar o toque vaginal	13	93%	1	7%
Realizar Partograma	12	86%	2	14%
Identificar distócias	4	28%	10	72%
Encaminhar gestante em período expulsivo para sala de parto.	10	71%	4	29%
Realizar parto eutócico e delivrar placenta	9	64%	5	36%
Realizar rafia	10	28,5%	4	71,5%
Revisar canal vaginal	1	7%	13	93%
Detectar fatores de risco e encaminhar (hipotonia ou atonia uterina, sinais de choques e hemorragias)	3	21%	11	79%

Fonte: O autor (2015)

13.2 CONHECIMENTO MÉDICO QUANTO AS TECNOLOGIAS DE CUIDADO NÃO INVASIVAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

As boas práticas como os movimentos respiratórios específicos, o contato pele a pele, a livre deambulação, o ambiente acolhedor, a penumbra, a massagem lombar, o banho de chuveiro e a proteção perineal com compressas eram conhecidas e aceitas por todos os entrevistados. A posição de cócoras sustentada, o decúbito lateral com pernas flexionadas, a oferta da dieta líquida, o clampeamento oportuno do cordão, a crioterapia, o uso de banquetas e a aromoterapia não eram aceitas por dois (14%) dos entrevistados, mesmo sabendo que estas práticas são

recomendadas pelo MS/Rede Cegonha como boa prática de atenção, embasada em evidências científicas e nos princípios de humanização, para todas as unidades do Sistema Único de Saúde. O bamboleio, a bola suíça, o uso de banquetas, a crioterapia e a aromaterapia eram desconhecidas por aproximadamente cinco (35%) e a posição de cócoras sustentada por dois (14%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Número e proporção (N e %) de conhecimento dos médicos obstetras acerca das tecnologias não invasivas de assistência ao parto praticado por enfermeiros obstetras. Aracaju, 2015

Boas práticas obstétricas	Concordam		Não concordam		Desconhecia	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
Movimento respiratório, deambulação, contato pele a pele, banho de chuveiro	14	100%	-	-	-	-
Massagem lombar e proteção perineal	14	100%	-	-	-	-
Ambiente acolhedor e penumbra	14	100%	-	-	-	-
Ofertar dieta líquida, clampeamento oportuno do cordão e decúbito lateral com pernas flexionadas	12	86%	2	14%	-	-
Cócoras sustentada	10	72%	2	14%	2	14%
Banqueta, crioterapia, aromaterapia, bamboleio e bola suíça.	7	50%	2	14%	5	36%
Administrar ocitocina IM pós-parto	11	78,5%	3	21,5%	-	-

Fonte: O autor (2015)

Quando questionados sobre as posições para o período expulsivo, observou-se que todos os profissionais tinham conhecimento destas, porém, oito (57%) concordavam com o parto de cócoras, seis (43%) em posição verticalizada, cinco (36%) em quatro apoios, quatro (28%) aceitavam o parto de pé e três (21%) de forma lateralizada. As respostas não somam o total de participantes da pesquisa por serem de múltiplas escolhas. Na prática, essas posições ainda não fazem parte da

rotina da sala de parto, apenas a litotômica, e quando realizadas pelas especializadas foram questionadas e criticadas pela equipe médica, referindo que as pacientes não eram índias, não existiam distócias para modificar a posição para o parto e que haveria aumento de óbitos infantis por queda do recém-nascido.

Observa-se que algumas tecnologias não invasivas já estão sendo colocadas em prática mesmo de uma forma insipiente pelas enfermeiras especializadas, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem, como a deambulação, banho no chuveiro, massagens lombar, ambiente acolhedor, música ambiente, proteção perineal com compressas, bamboleio, contato pele a pele e dieta líquida. Alguns entrevistados disseram se incomodar com a deambulação e bamboleio por acharem que o espaço ficou tumultuado com mulheres e acompanhantes de pé. A musicoterapia só foi incentivada durante os estágios com as especializadas e observamos resultados positivos diante da equipe multiprofissional, das gestantes e acompanhantes.

O contato pele a pele e o estímulo à amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido são recomendações que o Ministério da Saúde oficializou em portaria, como uma das etapas do parto humanizado, e para tal toda a equipe de profissionais da sala de parto foi treinada através da IHAC.

A administração a ocitocina intramuscular após o parto é considerada como rotina da sala de parto da instituição, mesmo sem prescrição médica é realizada por toda a equipe de enfermagem. Apesar disso, três profissionais não concordaram com esta prática.

No momento, a Maternidade estudada não dispõe de equipamentos para a prática com a bola suíça, banquetas, crioterapia e aromoterapia.

13.3 A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA SALA DE PARTO PELOS GESTORES DE SAÚDE

Após o consolidado dos questionários com os profissionais obstetras e a produção do protocolo assistencial do enfermeiro obstetra na sala de parto, apresentamos a proposta, divulgamos os resultados da intervenção e entregamos cópia do protocolo para a coordenadora de Enfermagem. Esta, achou importante a realização deste trabalho, que a implantação de um protocolo era necessária para a

Instituição, porém só poderia ser colocado em prática quando a presença do enfermeiro obstetra fosse obrigatória e os gestores e médicos aceitassem a execução das práticas legais no centro obstétrico. A mesma concorda com a presença da enfermeira obstetra na sala de parto, mostrou interesse em ler a proposta e em seguida encaminhá-la para a diretoria clínica. Como o coordenador médico da sala de parto não aceitou participar da pesquisa, optamos por não lhe apresentar os resultados do trabalho, acreditando que este tome conhecimento por meio da diretoria clínica.

Em outro momento, expusemos as vivências das especializadas nas aulas práticas para o Presidente do Hospital e a Diretora clínica e percebemos que apesar da rejeição de alguns obstetras da sala de parto quanto à presença da enfermeira especialista desenvolvendo suas atribuições legais, os gestores acreditaram nesta proposta de intervenção e que estão permeáveis à promoção de mudanças, visto que têm interesse em desfazer o rótulo social da Instituição de “maternidade matadouro” para uma maternidade com credibilidade para a sociedade sergipana.

Estes ficaram satisfeitos com o que foi exposto, interessados na leitura e posterior implantação do protocolo sugerido, e informaram também que os leitos do PPP em construção serão inaugurados em breve, e que vai contar com os enfermeiros obstetras formados nesta especialização para atuação em tal setor.

A mudança no modelo assistencial do parto com a implantação da política de Humanização depende basicamente do trabalho da enfermeira, a quem foi lançada tamanha responsabilidade. Esta mudança ainda é lenta, como já esperado em qualquer tipo de mudança principalmente pela normal resistência às mudanças (SILVA *et. al.*, 2006). O fortalecimento e a autonomia profissional dos atuais e futuros enfermeiros obstetras da Maternidade Santa Isabel, vai possibilitar a construção de um trabalho em equipe, com a superação das tensões e conflitos, influenciando positivamente no conjunto da prática obstétrica.

O principal objetivo dos profissionais obstetras é obter ao final da assistência, um recém-nascido saudável, com plena potencialidade para o desenvolvimento biológico e psicossocial futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e satisfeita pelo processo de nascimento (SALES, 2010). Porém, a aceitabilidade da inserção dos enfermeiros na sala de parto exercendo o trabalho multidisciplinar por parte destes precisa ser implementada, visto que ainda são resistentes à presença de

outro profissional realizando partos e também da aplicação das boas práticas obstétricas.

Os obstetras que vivenciaram durante seis meses a presença das especializadas na sala de parto atuando como enfermeiras obstetras e tiveram a sensibilidade de nos aceitar, respeitar e nos incluir no processo de trabalho realizando as boas práticas, os partos eutócicos e o cuidado humanizado com as gestantes desde sua admissão na sala de parto até seu encaminhamento para o alojamento conjunto, vivenciaram um trabalho em conjunto, onde o foco foi dar uma assistência de qualidade às mulheres atendidas pelas especializadas.

Em síntese, apesar de não alcançarmos o objetivo de sensibilizar todos os obstetras da sala de parto desenvolvemos as atividades propostas e identificamos o nível de aceitação destes quanto à atuação do enfermeiro obstetra, propusemos a realização das boas práticas e a implantação do protocolo da assistência da Enfermagem obstétrica com respaldo legal para a atuação destes na Instituição.

Com resultados deste estudo recomendamos a promoção de processos educativos em saúde, destinados aos médicos, sobre o manejo do pré-natal, parto, nascimento e puerpério, além da adoção de uma ambiência favorável à evolução fisiológica do parto normal e a organização do processo de trabalho de modo a favorecer o parto normal.

Por fim, registramos a fala de um dos médicos da instituição que teve a oportunidade de observar a atuação das especializadas nas aulas práticas: “estamos perdendo nosso espaço, principalmente pelas besteiras que fazemos. Daqui a alguns anos teremos apenas um obstetra na sala de parto e a população vai pedir por vocês. Precisamos de vocês, mas precisamos saber mais sobre suas atribuições e aceitá-las”. Portanto, renovamos as nossas esperanças de que os objetivos desta intervenção sejam futuramente alcançados a partir de investimentos da instituição na educação permanente desses profissionais, conscientizando-os da importância do trabalho em equipe, e do atendimento ao nascimento e parto humanizado, a fim de que este recupere sua natureza com qualidade e dignidade tornando-se assim um evento gratificante tanto para as mulheres e seus familiares como para os profissionais da saúde.

14 REFERÊNCIAS

- ÂNGULO – TUESTA, Antonia ET AL. **Saberes e práticas de enfermeiros e obstetra: cooperação e conflito na assistência ao parto.** Cad. Saúde Pública, vol19, n5, 2003.
- ARAUJO NRAS, OLIVEIRA SC. **A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra na centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife – PE.** Recife, 2006.
- BEMFAM (Sociedade Civil de Bem estar familiar no Brasil), 1997. **Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde 1996.** Rio de Janeiro: BENFAM
- BERNINI NIO; **Assistência de enfermagem à cliente obstétrica: a busca do significado.** Revista Gaúcha Enfermagem, vol. 15, dez. 1994.
- BONADIO IC; et. al. **Da relação conflituosa ao respeito mútuo: A consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto.** Ano 8. Simp. Bras. Comum. Enferm. Maio,2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização do pré-natal e nascimento.** Brasília, DF, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério. Assistência Humanizada à mulher.** 2º ed. Brasília, 2003.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à saúde – Ministério da Saúde, **Manual Prático para implementação da Rede Cegonha.** 2012.
- CAVALCANTE ESR; et. al. Projeto de assistência ao parto e nascimento por enfermeiros obstetras. **Qualidade da assistência ao parto: Contribuições da Enfermagem.** Paraná, 1998.
- CLAPIS JM; MAMEDE MV. Associação Brasileira de obstetras e enfermeiros obstetras seção São Paulo. **Seminário Estadual sobre ensino de enfermagem para assistência ao nascimento e parto.** São Paulo, 2001.
- COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução 223/1999. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência ao ciclo gravídico puerperal.**
- COFEN DECRETO LEI 94.406/87**
COFEN. RESOLUÇÃO 477/2015
 Conselho Regional de Enfermagem. **Código de ética e outros dispositivos da lei - Lei do Exercício profissional nº 7498 de 15/06/1986.**
- DAVIM RMB; BEZERRA LGM. **Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência.** Rev. Latino americana Enfermagem, 2002.
- DIAS MAB; DOMINGUES RMSM. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** Ciência e Saúde Coletiva, 2005.
- Enfermagem Obstétrica: Diretrizes assistenciais/** Maysa Ludovice Gomes. – Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

GUALDA DMR. Associação Brasileira de Obstetras e enfermeiros obstetras. **Seminário Estadual sobre ensino de enfermagem para assistência ao nascimento e parto.** São Paulo, 2001.

ICM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE PARTEIRAS. **Competências.** Hague, 2002. Disponível em: <HTTP://www.internationalmidwives.org. Acesso em : 22 de novembro 2014

JORGE DR. **Evolução da Legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz no Brasil.** Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery na Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1975.

MACHADO ECG. **Gestação, parto e maternidade: uma visão holística.** Belo Horizonte: Editora Aurora; 1995.

MS (Ministério da Saúde) 2000a **Programa de humanização no pré-natal e nascimento e Implantação de Centrais de Regulação Obstétrica e neonatal.** Brasília.

MS (Ministério da Saúde) 2000b **Comitê de Especialistas em Enfermagem Obstétrica para elaborar critérios do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica.** Brasília: Área técnica de saúde da Mulher, Secretaria de Política de Saúde, MS.

MS (Ministério da Saúde) **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher.** Secretaria de Políticas de saúde. Área técnica de saúde da Mulher, Brasília, 2001.

MOTT ML. **Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo.** Revista de enfermagem da US. 2001.

OGUISSO T. **Trajetória histórica e legal da enfermagem.** São Paulo: Monele; 2007.

OMS- Organização Mundial de Saúde. **Maternidade segura – assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra, 1996.

OSAVA RH. **Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não médico.** São Paulo, 1997.

PEREIRA ALF. **Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro.** Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, 2006.

PINTO CMS. **Parto com acompanhante: a experiência dos profissionais.** São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001

Portaria GM/MS, n. 2815, de 29 de maio de 1998. **Inclui, na tabela de informações hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 02 de junho de 1998.

RIESCO MLG. **Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira.** Rev. Latinoam Enferm. 1998.

RIO DE JANEIRO, Prefeitura Municipal/ Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Assistencial de Enfermagem Obstétrica.

SALES, Sergio Luis de Oliveira. **Sensibilização dos gestores de saúde para inserção do enfermeiro obstetra numa maternidade de pequeno porte.** Fortaleza, 2010.

SALVADOR, Secretaria Estadual de Saúde. Protocolo Orientador de Atuação do Enfermeiro Obstetra na assistência ao parto normal nos Hospitais de pequeno porte do Estado da Bahia.

SALVADOR, Secretaria Estadual de Saúde. Protocolo assistencial da enfermeira obstetra no Estado da Bahia, 2004.

SANTOS ML. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico.** Santa Catarina (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

SERGIPE, Governo do Estado, Fórum Rede Cegonha, Protocolo Estadual de Acolhimento e Classificação de risco em obstetrícia. Aracaju, 2013.

SILVA AS; CUNHA ICKO; OKASAKI ELJ. **Humanização do parto: o papel do enfermeiro especialista em obstetrícia.** Rev. Enfermagem UNISA 2001.

SILVA LR; SERRANO NS; CHRISTOFFEL MM. A enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: Em busca de mudança no modelo assistencial. Rev. Enfermagem v.9 Rio de Janeiro, 2006.

SCHENECK; R. **Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar.** Reme: Revista Mineira de Enfermagem v.10 Belo Horizonte, 2006.

POSSARI, JF. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem.** São Paulo. IÁTRIA, 2005.

15 APÊNDICES

Apêndice A



Ministério da
Saúde

Governo
Federal



Ao,

Dr. José Carlos Pinheiro - Presidente da Maternidade Santa Isabel

Prezado Senhor,

Solicitação para realização de pesquisa

Eu, MANUELLE MENEZES DE OLIVEIRA, Enfermeira, aluna do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha da Universidade Federal de Minas Gerais pretendo realizar um estudo o qual será o meu trabalho de conclusão de curso, requisito obrigatório para obtenção do título de especialista em enfermagem obstétrica. Este estudo tem como objetivo “Sensibilização os gestores e obstetras de uma maternidade do município de Aracaju para a inserção do enfermeiro obstetra na equipe multidisciplinar da sala de parto”, e será realizado sob a supervisão e orientação da Enfermeira Mestre Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges.

Assim, solicito autorização para aplicar um questionário com os obstetras da instituição, o qual será realizado nos meses de agosto e setembro de 2015. Farei uso dos dados coletados somente para a avaliação científica, dentro dos princípios éticos da resolução 466/2012 CONEP que devem nortear a pesquisa.

Agradeço a valiosa colaboração e coloco-me à disposição para esclarecimentos de qualquer dúvida.

Aracaju,
Enfa Mestre Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges
Orientadora / 79-8853-3909 / cristianiludmila@hotmail.com
Enfa Especialista Manuelle Menezes de Oliveira
Pesquisadora / 79-91980256 / enfamanucas@hotmail.com

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE para os profissionais.

Eu, Manuelle Menezes de Oliveira, Enfermeira, aluna do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação Enfa Mestre Cristiani Ludmila Mendes Sousa Borges, convido vossa senhoria, na qualidade de profissional que assiste o parto, a participar, voluntariamente, da pesquisa intitulada “Sensibilização dos gestores e obstetras de uma maternidade do município de Aracaju para a inserção do enfermeiro obstetra na equipe multidisciplinar da sala de parto”, que tem como objetivo geral “Sensibilizar os profissionais médicos e gestores quanto à importância da inserção do enfermeiro obstetra no centro obstétrico da Maternidade Santa Izabel”, e como objetivos específicos:

1. Detectar nível de satisfação e aceitação dos obstetras e gestores diante da inclusão da enfermeira obstetra na equipe multidisciplinar.
2. Construção de Protocolo assistencial da Enfermagem Obstétrica no centro obstétrico da Maternidade Santa Izabel

Informamos que mesmo participando pode deixar de responder às perguntas que se sinta constrangido (a) e também pode desistir da participação e retirar a autorização. Todas as informações serão utilizadas apenas para esta pesquisa e em nenhum momento os participantes serão identificados, assim como o fato de que em nenhum momento os empregadores terão acesso aos dados desse estudo.

Os resultados desse estudo serão publicados, mas serão garantidos o anonimato e o sigilo, conforme a resolução 466 de 2012 da CONEP.

Os riscos são mínimos, relacionados apenas à possibilidade de constrangimento, todavia é garantido o direito de recusar a participar, assim como o direito de responder apenas as questões que se sentir à vontade. Não haverá benefício direto ao participante.

O senhor (a) pode procurar a pesquisadora a qualquer momento para retirar as dúvidas que porventura possam surgir.

Eu, _____, RG _____, declaro que fui

informado(a) e que participo da pesquisa denominada “Sensibilização dos gestores e obstetras de uma maternidade do município de Aracaju para a inserção do enfermeiro obstetra na equipe multidisciplinar da sala de parto”, de livre e espontânea vontade, não tendo nenhum prejuízo nas minhas relações de trabalho caso me recuse a participar.

Sujeito da pesquisa

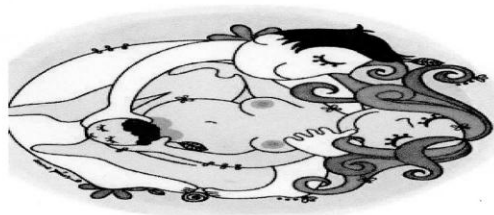
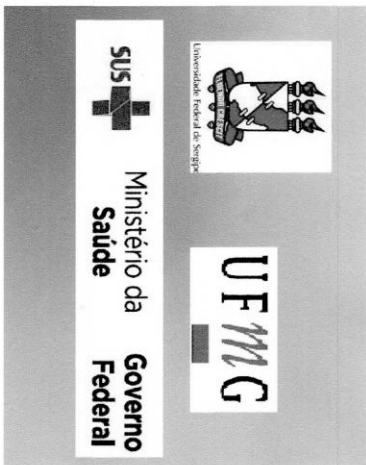
Manuelle Menezes de Oliveira
Enfermeira Especializanda

Cristiani Ludmila M.S.Borges
Orientadora

Apêndice C

- Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;
- Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;
- Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;
- Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa.

Fonte: Art. 3º - RESOLUÇÃO COPEM Nº 0478/2015



“Para mudar o mundo,
primeiro é preciso
mudar a forma de
nascere”
(Michael Odeni)

SOMOS TESTEMUNHAS E CO-
PARTICIPANTES DO MILAGRE DA
VIDA E ALEGRIA DE UMA FAMÍLIA.



A criação deste folder explicativo sobre a atuação legal do enfermeiro obstetra integra uma das etapas do trabalho de conclusão do curso da especialização em Enfermagem Obstétrica com o título Sensibilização dos gestores e obstetras na inserção do enfermeiro obstetra na Maternidade Santa Isabel no município de Aracaju. O curso é realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de Sergipe.

Considerando o grande número de partos normais de risco habitual realizado na Maternidade Santa Isabel, observou-se a importância da inserção do enfermeiro obstetra na equipe multiprofissional da sala de parto.

Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 15/06/1986

(Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências).

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbem, ainda:

- assistência à parturiente e ao parto normal;
- identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.



ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO OBSTETRA

- Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
- Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
- Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;
- Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiente favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em lei;
- 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;
- 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;

Apêndice D

Questionário para coleta de dados dos profissionais

IDENTIFICAÇÃO

Idade _____ Sexo: () feminino () masculino

Ano de formatura (graduação): _____

Ano de conclusão da Residência em Obstetrícia: _____

Trabalha na maternidade há quantos anos? _____

- 1) Qual a sua opinião sobre a inserção do enfermeiro obstetra na equipe da sala de parto?
 - () muito importante
 - () necessária
 - () desnecessária

- 2) Concorda com a presença do acompanhante na sala de parto com a gestante?
 - () sim
 - () não

- 3) Você é a favor do enfermeiro obstetra realizar partos de risco habitual sem distocia.
 - () sim
 - () não

- 4) Você conhece as atribuições legais do enfermeiro obstetra ?
 - () sim
 - () não

- 5) Segue abaixo as principais atribuições do enfermeiro obstetra. Marque com um x nas atribuições que você concorda para serem realizadas na sala de parto:

Atribuições legais	Concorda	Não concorda
Partejar		
Usar partograma		
Ausculata cardíaca fetal		
Dinâmica Uterina		
Toque vaginal		
Detectar distócias		
Identificar o momento do parto e encaminhar		

a gestante para sala de parto		
Realizar parto eutócico com ou sem episiotomia		
Revisar canal vaginal		
Delivrar placenta		
Realizar rafia		
Detectar atonia uterina, sinais de choque, hemorragias		
Trabalhar em parceria com o médico		

- 6) **Segue as principais tecnologias não invasivas realizadas pela enfermagem obstétrica. Assinale se concorda ou não com a prática.**

Tecnologias	Concordo	Não concordo	Desconheço
Movimentos respiratórios			
Contato pele e pele mãe e filho			
Clampeamento oportuno de placenta			
Ofertar dieta líquida			
Administração de ocitocina IM pós parto			
deambulação			
Bamboleio			
Bola suíça			
Cócoras sustentada			
Banqueta			

Ambiente acolhedor, penumbra			
Massagens lombar			
Banho de chuveiro			
Crioterapia			
Decúbito lateral com as pernas flexionadas			
Massagem perineal e proteção com compressas			
Aromoterapia			

- 7) Além da posição litotômica, você concorda com outras posições para o período expulsivo? Marque com um x as posições que você acredita serem importantes para a evolução do parto. Marque. Segue abaixo algumas delas:
- () verticalizada () lateral () cócoras
- () quatro apoios () de pé
- 8) Você acredita no trabalho em equipe e que diferentes categorias profissionais podem compor a equipe da sala de parto ?
- () sim
- () não

Apêndice E

Protocolo assistencial do enfermeiro obstetra na sala de parto da Maternidade Santa Isabel no município de Aracaju

Público alvo: Gestante de partos eutócicos com idade gestacional de 37 a 41 semanas e 6 dias com os seguintes parâmetros:

- Gestação única, primípara e múltipara
- Apresentação cefálica fletida cujo ponto de referência é a fontanela lambda (mais favorável ao parto)
- BCF (batimento cardíaco fetal) dentro da normalidade (110 bmp a 160 bpm, sem desacelerações após a contração)
- Níveis pressóricos normais (Pressão arterial sistólica \leq 140 mmhg e diastólica \leq 90 mmhg)
- Pré-natal e exames dentro da normalidade ou sem pré-natal com ausência de intercorrências clínicas como: Síndromes Hipertensivas, Diabetes, obesidade, cardiopatias, infecções maternas, apresentações anômalas, oligohidramnio severo, malformações fetais, hemorragias no segundo e terceiro trimestre.
- Infecção do trato urinário baixa em tratamento com antibiótico após 24 horas ou tratada*
- Líquido amniótico transparente, sem cheiro forte podendo ter uns raios brancos ou de sangue com ou sem líquido meconial fluído em fase final do trabalho de parto e sem alteração da vitalidade fetal*
- Oligodramnio leve ILA $> =$ 5, sem alterações de vitalidade fetal*
- Trabalho de parto com cesariana anterior há 2 anos ou mais*

*Cuidados realizados em parceria com a equipe obstétrica médica.

ADMISSÃO

- Apresentar-se a paciente e acompanhante dizendo seu nome e função
- Recepcionar e acolher a parturiente e acompanhante com um tratamento cordial e humano, iniciando um relacionamento de confiança.
- Verificar sinais vitais (Pressão arterial, pulso, respiração, temperatura e dor)
- Realizar a classificação de risco pelo protocolo Manchester, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade de cada parturiente. Essa classificação é feita com base no protocolo científico e nos sinais e sintomas apresentados pela parturiente e as necessidades são destacadas através de cores: (seguir protocolo já validado no Estado de Sergipe)

1. Vermelho (emergência, encaminhar direto para o médico) Convulsão em atividade com pressão máxima menor ou igual a 80 mmHg, taquicardia maior ou igual a 120 bpm, pele fria, sudorese e pulso fino; Insuficiência respiratória: dispnéia, cianose, frequência respiratória menor igual a 10 rpm ou maior igual a 32 rpm e fadiga muscular; alteração do estado de consciência; trabalho de parto em período expulsivo; hemorragia genital; dor aguda; prolapso de cordão; exteriorização de partes fetais e parto no trajeto ou domiciliar.
 2. Laranja (Muito urgente, encaminhar para consulta médica priorizada) Gravidez maior de 20 semanas em trabalho de parto; Hipertensão com Pressão maior igual a 160x100 mmHg ou com Pressão maior igual a 140x100 mmHg e queixa de cefaléia, epigastralgia, alterações visuais; febre maior que 40°C; relato de convulsão, doença psiquiátrica, dor abdominal aguda de forte intensidade.
 3. Amarelo (Urgência, encaminhar para o médico e reavaliar periodicamente) Hipertensão com pressão maior que 140x90 mmHg; sangramento genital ou dor sem repercussões homodinâmicas; êmese, hiperêmese, sinais de desidratação; queixas ligadas a amamentação com hiperemia, dor, febre e abscessos; situações especiais referenciadas de outras unidades de atendimento, já avaliadas por outro médico; vítima de violência; não grávidas com leucorréia vaginal associada à dor e febre; puérpera com febre.
 4. Verde (Pouco urgente, informar à gestante consulta médica sem priorização) Gestante com febre menor que 38,5°C; êmese ou hiperêmese sem sinal de desidratação; dor abdominal aguda de moderada a leve intensidade; queixas urinárias; sintomas gripais; Avaliação de ferida operatória, Sinais de Bartholinite; Gestante de alto risco sem queixas que demanda atendimento de urgência; queixas ligadas a amamentação; perda de líquido; gestantes de risco habitual com queixas não sanadas na Unidade Básica de Saúde.
 5. Azul (Não urgente, Informar à gestante, possibilidade de encaminhamento para Atenção Básica pelo médico) Consultas de baixa complexidade, Consultas de pré-natal de risco habitual sem procura prévia à Unidade Básica de Saúde; Curativos, retiradas de pontos; dor pélvica crônica ou recorrente; atraso Menstrual sem dor ou sangramento; irregularidades menstruais, avaliações de exames, problemas com contracepções.
- Coletar breve histórico obstétrico, queixas, uso de medicações, história pregressa, alergia medicamentosa, sinais vitais, nível de dor, sangramento, perdas de líquido, contrações uterinas, Batimentos cardíacos do feto, resposta verbal e motora.
 - Informar sobre o direito de ter acompanhante em todo o processo do parto

- Orientações gerais (trabalho de parto, recomendações para o acompanhante e para a gestante, dúvidas e tomadas de decisões junto com a equipe).

PRÉ PARTO

- Apresentar-se a paciente e acompanhante dizendo seu nome e função
- Admitir a gestante no pré parto após avaliação médica na sala de admissão.
- Acolher a gestante no seu leito sendo identificada pelo seu nome.
- Oferecer um ambiente limpo, confortável, refrigerado, silencioso e acolhedor.
- Sensibilizar a gestante e acompanhante quanto ao poder do corpo feminino e que ela é capaz de parir sozinha, deve ser encorajada e incentivada a cada progresso que fizer, deixando-a mais segura e empoderada.
- Realizar leitura do cartão de pré-natal observando antecedentes familiares, exames realizados, USG (ultrassonografia obstétrica), ganho de peso e altura uterina, idade da mãe, patologia e intercorrências durante a gravidez, com identificação e classificação de risco.
- Identificar Idade gestacional através da DUM (data da última menstruação) e USG (ultrassonografia) dando preferência a que foi realizada no primeiro trimestre por ser a mais fidedigna.
- Verificar sinais vitais (pressão arterial, pulso, respiração, temperatura e nível de dor) no momento da admissão com seguimento a cada 3 horas ou em intervalos menores sempre que necessário.
- Avaliar estado geral da gestante (palidez, cianose, edema, sangramento, sudorese, lesões dérmicas e hidratação, agitação, ansiedade, orientação).
- Identificar qualquer anormalidade como: sangramento, risco de choque, descolamento prematura de placenta (DPP), pré eclampsia, Infecção do trato urinário (ITU), anemia crônica e encaminhar ao médico obstetra para avaliar.
- Medir altura uterina, detectar situação, posição e apresentação fetal através das manobras de Leopold.
- Verificar BCF registrando frequência e ritmo na ocasião da admissão e a cada 1 hora na fase latente do período de dilatação, a cada 30 minutos na fase ativa do período de dilatação, a cada 15 minutos na fase de transição e a cada 05 minutos no período expulsivo.
- Realizar dinâmica uterina no momento da admissão no pré-parto observando o ritmo, frequência e a intensidade das contrações, durante 10 minutos e repetir a dinâmica uterina a cada 2 horas.
- Realizar toque vaginal ao ser admitida e posteriormente a cada 3 horas, com registro no partograma. Durante a realização do toque vaginal deve-se identificar qual a apresentação fetal (cefálica ou pélvica)*, a altura da apresentação fetal pelo plano de De Lee, dilatação do colo do útero (fase ativa do trabalho do parto é com aproximadamente 3 a 4 cm), consistência, apagamento do colo uterino, variedade da posição, condições da bolsa amniótica (se íntegra ou rota) e características do líquido amniótico como cor (

claro sem ou com grumos; mecônio fluido, espesso, verde ou dourado; presença de sangue ou pús) e odor (característico ou fétido). Na ocorrência de bolsa rota determinar o tempo de bolsa rota.

*Na apresentação pélvica a enfermeira pode partejar durante o trabalho de parto mas o parto deverá ser realizado pela equipe médica.

OBS: BCF, Dinâmica Uterina (DU) e Toque vaginal devem ser registrados no partograma.

Exame físico da gestante no pré-parto:

1. Altura Uterina: É a mensuração do espaço que vai da borda superior da sínfese púbica até o fundo uterino, com o objetivo de identificar o crescimento normal do feto ou suas alterações. Correlacionar altura uterina com a idade gestacional. Utilizar a Regra de Mc Donald, onde $IG = idade\ gestacional$, $AU = altura\ uterina$, utilizando a seguinte fórmula $IG = AU \times 8 / 7$
 2. Manobras de Leopold: É um método comum, com o intuito de determinar a situação, apresentação, posição fetal, local da ausculta dos batimentos cardíacos e o grau de encaixamento do um feto na bacia obstétrica. A primeira manobra delimita o fundo do útero; a segunda manobra busca identificar a posição fetal com determinação do lado onde se encontra as partes fetais e o dorso do feto; terceira manobra determina o polo que se apresenta ao canal do parto, se cefálico ou pélvico; quarta manobra determina o grau de penetração deste polo no estreito superior da bacia.
- Realizar teste rápido para HIV na ausência da circulante
 - Verificar presença de edemas.
 - Anotar no partograma todo o acompanhamento do trabalho de parto de hora em hora desde o início da fase ativa. Essa prática permite que o profissional avalie a evolução do processo de nascimento e detecção de anormalidades.
 - Administrar e evoluir no prontuário as medicações e soroterapias conforme prescrição médica.
 - Estimular livre movimentação e posição , quando deitada estimular o decúbito lateral esquerdo.
 - Observar presença de globo vesical e motivar a paciente a micção. Fazer diagnóstico diferencial entre presença de globo vesical ou distensão seguitar (Sinal de Bandl-Frommel)
 - Reclassificar risco a cada avaliação
 - Ofertar rotineiramente dieta líquida sem resíduos a cada duas horas para pacientes em trabalho de parto eutócico. Suspender a oferta quando identificada qualquer distócia e possibilidade de indicação de parto cirúrgico
 - Apoio psíquico.

- Registrar no prontuário da parturiente, todas as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa.
- Estimular a deambulação livremente com movimentos pélvicos para estimular a ativação do trabalho de parto, auxiliar na descida e rotação do feto, ativar a liberação da ocitocina, tornando a ação uterina mais eficiente. No momento da contração, a melhor posição é a vertical com o corpo inclinado.
- Ofertar métodos não farmacológicos para o alívio da dor:
 1. Silêncio e privacidade e ambiente adequado
 2. Iluminação agradável, se possível um ambiente de penumbra ou meia penumbra.
 3. Ofertar música, lembrando que é uma escolha pessoal por muitas vezes não ser um instrumento de relaxamento para algumas gestantes.
 4. Mobilidade durante o trabalho de parto auxiliando na redução do tempo de trabalho de parto, mobilidade dos ossos da bacia, reduz o risco de má oxigenação do feto devido à compressão de grandes vasos quando a gestante encontrar-se deitada.
 5. Manter-se ativa em posições verticais, deambular, ficar de cócoras, inclinar-se para frente sustentada na parede ou no acompanhante, ficar de quatro apoios e se quiser repousar, deitar a paciente de preferência em decúbito lateral esquerdo.
 6. Evitar ordens, falas desnecessárias, movimento ou toques indesejados. Respeitar o momento dela.
 7. Massagens geralmente feitas com a palma da mão de forma suave. A massagem mais benéfica durante as contrações são as realizadas nas costas e na região lombo-sacral
 8. Respirar adequadamente, sem prender a respiração durante as contrações, usando a técnica do cheirar uma flor e assoprar uma vela. Inspirar pelo nariz e expirar pela boca
 9. O contato com a água é sempre benéfico, podendo a gestante ficar de cócoras, joelhos, de pé ou sentada de baixo do chuveiro, deixando a água morna cair sobre suas costas pelo tempo que ela desejar.
- Utilizar o banquinho na fase final do trabalho do parto sozinha ou com apoio sempre na presença da enfermeira obstétrica auxiliando a finalização da descida e rotação fetal. Geralmente é mais indicado quando a paciente atinge 8 cm de dilatação.
- Estimular a parturiente realizar movimento de bamboleio da pelve (forma circular) auxiliando no deslocamento do bebê dentro da pelve, ativação do trabalho de parto e liberação de endorfinas.
- Incentivar a mulher em determinados momentos a assumir a posição de quatro apoios por ajudar na rotação das variedades posteriores, diminuir a pressão fetal e ampliar o diâmetro da pelve.
- Ofertar posições mais favoráveis e confortáveis para o parto:

1. Posição vertical (em pé), semi-vertical (de joelhos) e de cócoras. Essas posições permitem massagens nas costas, melhora a oxigenação do feto e favorecem a ação da gravidade na descida do feto, necessitando de menos esforços expulsivos, contrações menos dolorosas e alinhamento do feto. Nesta posição é necessário auxiliá-la na posição na fase expulsiva, realizar proteção perineal e controlar a saída lenta do polo cefálico.
 2. Posição ginecológica é mais interessante em casos de descida lenta de apresentação, presença de bossa e distocias de ombro. Para esta posição é necessário auxiliar no momento da contração, a fletir os membros inferiores no final do período expulsivo, realizar proteção perineal, controlar a saída do polo cefálico e pressão suprapúbica nas distocias de ombro.
 3. Posição horizontal podendo ser a lateralizada e a de quatro apoios ajuda a reduzir a pressão nos grandes vasos, favorece a progressão do feto sem trauma, oferecem descanso para a parturiente, alivia dores nas costas, permitem balançar a pelve e realizar movimentos corporais, aliviam a pressão das hemorroidas, auxiliam na rotação interna do polo cefálico e facilitam o nascimento dos ombros.
- Observar aspecto do líquido amniótico após rompimento espontâneo das membranas
 - Fazer uso do partograma do enfermeiro detectando distocias e evolução do parto
 - Inserir o acompanhante no processo de trabalho de parto da gestante
 - Quando houver alguma intercorrência durante o trabalho de parto onde haja suspeita de algum tipo de risco, a equipe médica deve ser comunicada.
 - Encaminhar a parturiente para sala de parto quando estiver com dilatação completa, quando for solicitado pelo médico e quando detectado alguma alteração de emergência.

PERÍODO EXPULSIVO

- Verificar BCF a cada 5 minutos
- Estar seguro do procedimento após dilatação cervical completa.
- Encorajar a paciente quanto a sua participação no parto.
- Preparar os materiais ideais para a realização do parto normal e seguir normas de anti-sepsia e uso de equipamentos de proteção individual.
- Adotar a posição que a parturiente sentir mais confortável.
- Evitar o esgotamento materno com puxos desnecessários, estimulando o puxo espontâneo evitando puxos dirigidos.
- Durante todo o processo, avaliar o avanço da apresentação e rotação cefálica.
- Avaliar a necessidade da episiotomia ocasional quando detectar indicação e situações em que a não realização deste procedimento pode levar a grandes

lacerações do canal de parto, sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e distensibilidade insuficiente do assoalho pélvico com alteração de BCF. A episiotomia deve ser precedida da anestesia do pudendo com lidocaína sem vasoconstrictor. A episiotomia deve ser realizada quando a apresentação cefálica forçar a fenda vulvar e com os dedos da mão esquerda afastar as estruturas musculares da região perineal para realizar o corte. Utiliza-se o bisturi ou a tesoura para a episiotomia e a posição mediana lateral é a mais indicada por proteger a região do esfíncter e reto.

- Proteger o períneo e controlar o desprendimento cefálico para evitar lacerações. A proteção é feita com gazes ou compressa.
- Verificar presenças de circulares de cordão e desfaze-las após desprendimento e realização da rotação da cabeça. No caso da circular de cordão não estiver frouxa, realizar o pinçamento duplo e secção imediata entre as duas pinças.
- Apoiar a cabeça fetal aguardando o desprendimento dos ombros. Quando necessário, tracionar suavemente a cabeça para baixo com ambas as mãos até que o ombro anterior sobrepassa o púbis e depois para cima até o desprendimento do ombro posterior.
- Secar a boca, face e fossas nasais do recém-nascido observando anormalidades, permeabilidade das vias aéreas.
- Realizar contato pele a pele de imediato no ventre materno protegendo com um manto mantendo a temperatura corporal.
- Identificar gestante e recém-nascido com as braceiras pela circulante da sala de parto
- Realizar clampeamento oportuno do cordão umbilical. O pinçamento pode ser postergado até a cessação dos batimentos do funículo, caso o recém-nascido esteja corado, com tônus muscular satisfatório e respirando bem.
- Encaminhar o recém-nascido para cuidados e procedimentos de rotina da Neonatologia
- Administrar 10 UI de ocitocina IM e massagem uterina para evitar hemorragias e contrair o útero.
- Aguardar o desprendimento da placenta, complementando sua extração por meio da tração controlada do cordão umbilical e realização da manobra de Jacob.
- Avaliar a integridade da placenta
- Avaliar canal vaginal procurando encontrar lacerações de colo uterino, parede vaginal e períneo, como também, restos de placenta, membranas e sangramento. Caso a laceração encontrada for de terceiro ou quarto grau deve-se comunicar ao médico obstetra.
- Se houver a necessidade da epsiorrafia, realizar o procedimento com técnica asséptica, alinhar tecidos iguais de ambos os lados da incisão (mucosa com mucosa, pele com pele, músculo com músculo), utilizar o catgut 0 simples e

realizar anestesia local nos tecidos. Isso vale também para as lacerações de primeiro e segundo grau.

- Comunicar ao médico obstetra da sala de parto todos os procedimentos realizados e em qualquer dificuldade e dúvidas solicita-lo. É imprescindível o trabalho em equipe.
- Encaminhar paciente para Sala de recuperação pós-parto com seu recém-nascido para iniciar o aleitamento materno e manter a relação trinômia mãe-filho-acompanhante.

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS PARTO

- Recepcionar a puérpera e recém-nascido.
- Posicionar confortavelmente no leito.
- Verificar Sinais Vitais (pressão arterial, pulso, respiração, temperatura e nível de dor) a cada 15 minutos na primeira hora e a cada 30 minutos na segunda hora.
- Verificar formação do Globo de segurança de Pinard e Sangramento genital.
- Ajudar a amamentação na primeira hora de vida.
- Observar nas primeiras duas horas após o parto (período de GREENBERG, de maior risco materno) as hemorragias causadas por atonia e hipotonia uterina, retenção de restos placentários, lacerações cervicais e vaginais.
- Em caso de hipotonia ou atonia uterina administrar 20 U.I. de ocitocina em 500 ml de solução fisiológica a 40 gotas por minuto, fazer uma nova revisão do canal vaginal e mantê-la monitorizada com sinais vitais estáveis. Caso, não haja melhora, providenciar laboratório e banco de sangue seguindo condutas médica.
- Encaminhar para o alojamento conjunto quando não houver nenhuma anormalidade após as 2 horas de observação.

PUERPÉRIO

- Recepcionar a puérpera e seu recém-nascido
- Apresentar-se dizendo nome e função
- Posicionar puérpera e recém-nascido confortavelmente no leito.
- Verificar sinais vitais (pulso, respiração, pressão arterial, temperatura e nível de dor).
- Realizar avaliação do Recém-nascido.
- Acolher e orientar a puérpera quanto ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do recém-nascido, nutrição, cuidados com recém-nascido e esclarecer dúvidas.
- Avaliar e orientar amamentação (pega, sucção, posição) e se necessário, encaminhar ao banco de leite.
- Certificar-se que o cartão da criança está corretamente preenchido e com as duas vacinas realizadas (Hepatite e BCG).

- Avaliar monitoramento materno, sinais vitais, lóquios, mucosas, edemas e hematomas, sinais de depressão e se detectar alguma anormalidade, comunicar ao médico obstetra imediatamente.
- Avaliar o estado geral do recém-nascido, com vistas à identificação precoce de sinais de anormalidades, observando estímulos, coloração e integridade da pele e mucosas, frequência cardíaca, padrão respiratório, inspeção abdominal, coto umbilical, dejeções e genitália.
- Oferecer apoio emocional e se necessário, encaminhar para o serviço de psicologia.
- Certificar-se da alta hospitalar da puérpera e recém-nascido através da prescrição médica.
- Reorientar e ofertar uma cartilha com planos de cuidados após alta para a puérpera e recém-nascido quanto à importância do aleitamento materno, higiene do RN, cuidados com o coto umbilical, modificações fisiológicas do RN, medicações, noções de higiene materna, nutrição, atividade sexual, planejamento familiar após 42 dias do término da gestação, registro civil do recém-nascido, teste do pezinho e orelhinha.
- Fornecer o cartão da criança devidamente preenchido e a declaração de nascido vivo.
- Orientar a cliente a procurar a Unidade Básica de Saúde mais próxima de casa para dar continuidade ao acompanhamento.