

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JOSÉ LINS DE ALMEIDA NETO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS ASSISTIDOS NO PERÍODO EXPULSIVO
COM ÊNFASE NAS POSIÇÕES DE PARTO, NA EPISIOTOMIA E NOS
ACIDENTES DE TRAJETO.**

MACEIÓ - ALAGOAS
2015

JOSÉ LINS DE ALMEIDA NETO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS ASSISTIDOS NO PERÍODO EXPULSIVO
COM ÊNFASE NA POSIÇÃO DE PARTO, NA EPISIOTOMIA E NOS ACIDENTES
DE TRAJETO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao V 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. Regina Maria dos Santos

MACEIÓ
2015

JOSÉ LINS DE ALMEIDA NETO

**CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS ASSISTIDOS NO PERÍODO EXPULSIVO
COM ÊNFASE NA POSIÇÃO DE PARTO, NA EPISIOTOMIA E NOS ACIDENTES
DE TRAJETO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao V 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.

APROVADO EM: 27 de novembro de 2015

Prof. Dra. Regina Maria dos Santos
Orientadora

Prof. Dra. Torcata Amorim

Dedico este trabalho a Deus minha luz e inspiração; aos meus familiares e amigos, a meu filho a quem ofereço os frutos dessa batalha; a minha estimada mãe que sempre esteve comigo em todos os momentos; a meu saudoso e amado pai que através de sua ausência se faz tão presente em minha vida; aos meus fiéis amigos, que me deram a força que faltava para alcançar esta odisséia as minhas queridas parturientes que fomentaram meus objetivos. Através destas pessoas pude descobrir a verdadeira filosofia de reaprender o mundo.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pela parceria estabelecida com a Rede Cegonha e o Ministério da Saúde, para realização do V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica;

A Universidade Federal de Alagoas (UFAL) em especial a Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR), por nos acolher e proporcionar todo apoio logístico;

Aos serviços que nos acolheram para que pudéssemos assistir as mulheres e os recém-nascidos;

Aos professores que com dedicação e competência contribuíram com esse processo de ensino-aprendizagem;

A nossa orientadora e amiga Regina Prof. Dra. Regina Maria dos Santos por ter nos guiados com excelência e paciência na busca de nossos objetivos;

Aos dedicados amigos Rildo Bezerra e Veruschka Omena Domingos Torres, que com amizade, força, fidelidade, cumplicidade e amor trilhamos esta odisséia e juntos alcançamos os objetivos propostos;

Às mulheres que foram partejadas e deram à luz a seus filhos durante a realização do curso, com as quais aprendemos os mistérios da obstetrícia, finalmente compreendendo que o seu parto é único e somente ela é a verdadeira protagonista.

“Buscando o bem dos nossos semelhantes, encontramos o nosso”.

(Platão)

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo exploratório do tipo documental que teve como objeto os indicadores de diagnósticos de Enfermagem identificados nos registros de assistência as parturientes realizados por enfermeiros participantes do V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica durante suas atividades práticas em maternidades do Estado de Alagoas. Os objetivos foram caracterizar os partos realizados no período de março a novembro de 2015 durante as práticas do curso de especialização em Enf. Obstétrica, analisando as posições de parto, a presença de episiotomia e os acidentes de laceração, além de estabelecer seis indicativos de DE que possam vir a gerar ocorrências referente ao período expulsivo, as quais direcionam para a prescrição de intervenções de enfermagem pertinentes a ocorrência detectada até a finalização do 2º estágio do trabalho de parto. As fontes primárias foram documentos legítimos, pertencentes aos discentes ou à instituição como o diário de campo, a ficha institucional de acompanhamento do parto e o partograma quando usual. Foram analisados os registros sobre 108 partos acompanhados até o momento com ênfase no período expulsivo. A posição verticalizada de parto aconteceu somente em 18,53% dos casos, a episiotomia foi necessária em apenas 3,7 % das parturições, referente aos acidentes de trajeto foi detectado que em 2,77% dos partos houve lacerações de 3º ou 4º graus, sendo esses percentuais aceitáveis pelas recomendações em vigor para o acompanhamento de parturientes de risco habitual.

Palavras Chaves: posições de parto, episiotomia, laceração, enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

It is an exploratory descriptive quantitative study of documentary type that aimed at the nursing diagnoses indicators identified in the mothers attendance records held by participants nurses V Specialization Course in Obstetric during their practical activities in state maternity hospitals Alagoas. The objectives were to characterize the births in the period from March to November 2015 during the course of specialization practices in Nurse. Obstetric, analyzing the birth positions, the presence of episiotomy and laceration of accidents, and establish six FROM indicative that might generate events related to the second stage, which direct to the prescription of appropriate nursing interventions occurrence detected until the completion of the 2nd stage of labor. The primary sources were legitimate documents belonging to students or the institution as the diary, institutional record of delivery and monitoring of the partograph as usual. The records of 108 births monitored until emphasizing the second stage were analyzed. The vertical delivery position corresponded to only 18.53% of all births, about the occurrence of episiotomy was observed that this procedure was present in only 3.7% of parturições, referring to the path of accidents that were detected in 2.77% the calving there were lacerations of the 3rd or 4th degrees.

Keywords: birth positions, episiotomy, laceration, obstetric nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos partos X postura e posição de parto.....	21
Tabela 2 - Distribuição dos partos X ocorrência ou não da episiotomia.....	23.
Tabela 3 - Distribuição dos partos X acidentes de trajeto.....	24
Tabela 4- Indicadores de Diagnósticos de Enfermagem.....	26

SUMÁRIO

Introdução.....	10
1. Revisão de literatura.....	13
2. Percurso metodológico.....	16
2.1 Tipo de estudo.....	16
2.2 Fontes primárias.....	16
Coleta de Dados.....	17
Instrumento.....	18
Procedimentos.....	18
Tratamento dos dados.....	19
Aspectos éticos.....	19
3. Resultados e discussão.....	21
3.1 Caracterização dos partos assistidos.....	21
3.1.1 Variáveis postura e posição de parto.....	21
3.1.2 variável episiotomia.....	22
3.1.3 variáveis acidentes de trajeto.....	24
3.2 Indicadores de Diagnósticos de Enfermagem.....	25
Conclusões.....	29
Referências.....	30
Anexos.....	32

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio final do V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) da Rede Cegonha, realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e tendo como base todo o percurso formativo já adquirido realizo este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) para que este venha a ser um contributo à enfermagem.

A temática abordada enquadra-se no 2º estágio do trabalho de parto, na medida em que fui evoluindo nos campos de estágio, simultaneamente pude verificar a necessidade de encontrar fundamentos teóricos e práticos de evidências científicas que me fundamentassem a ação do enfermeir@ sobre tudo no período expulsivo do parto, onde encontrei poucos trabalhos abordando o conhecimento específico da enfermagem, mas muitos trazendo conhecimentos próprios da obstetrícia.

O período de expulsão é reconhecido nas primíparas quando estas se encontram em dilatação de 10 cm ou total, e nas multíparas ao seu final e apresentando puxos espontâneos. Nesse momento, a parturiente deve estar na sala PPP (pré- parto, parto e puerpério), caso contrário, deverá ser encaminhada à sala de parto. A parturiente poderá escolher a posição do parto que pode ser horizontal e vertical. As posições verticais são: sentada, de cócoras, de joelho e em pé, e as posições horizontais são a semisentada, lateral ou sims e de quatro apoios. (FONSECA E JANICAS, 2014).

Durante os estágios vivenciei múltiplas situações, de forma que algumas me encorajaram a realizar este trabalho, destacando-se neste sentido a baixa adesão ao parto verticalizado, o uso muito frequente de episiotomia e os acidentes de trajeto de 3º e 4º graus, caracterizados por rupturas perineais. Esses itens observados me trouxeram inquietação enquanto enfermeiro especializando em Enfermagem Obstétrica.

Logo esta pesquisa tem como objeto a caracterização do período expulsivo dos partos assistidos no período de março a novembro de 2015, pelos enfermeiros que cursam o V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica com ênfase na no parto verticalizado, na episiotomia e nas lacerações de trajeto.

Segundo Zveiter, Progianti e Vargens(2005) citado por Santos e Ramos (2012) em 1922, foi fundada no Rio de Janeiro a Escola de Enfermagem Anna Nery, contemplando em seu currículo a arte de enfermagem na obstetrícia e ginecologia. A partir deste momento, a

enfermeira começou a adquirir conhecimentos sobre o processo de parturição e, em 1988, a enfermeira obstetra foi inserida na assistência ao parto hospitalar, pela primeira vez, na tentativa de reduzir os índices de asfixia perinatal.

Por sua vez afirma Barbosa, et al. (2008), mencionado Santos e Ramos (2012) que a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a reconhecer que a realização do parto normal pelo enfermeiro obstetra tem caráter menos intervencionista e sua técnica humanizada respeita a fisiologia do nascimento. Além disso, seus conhecimentos permitem detectar e corrigir precocemente qualquer intercorrência e/ou distócia no trabalho de parto.

Segundo Brasil (1989) aludido por Stacanto, et al. (2011) o parto é conhecido historicamente como um evento natural, fisiológico, feminino e inerente ao cotidiano familiar. Até o final do século XIX a assistência ao parto era predominantemente domiciliar, realizada por parteiras (mulheres que possuíam o conhecimento empírico do parto passado de geração para geração). Para Dias (2006), mencionado por Stacanto, et al. (2011) a partir das primeiras décadas do século XX o parto foi levado para dentro dos hospitais. Este evento deixou de ser realizado no seio familiar dentro de um modelo feminino de atenção e passou a ser tratado no hospital, por um médico, num modelo mais preocupado com o domínio dos processos fisiológicos do que com as necessidades das mães e de seus filhos.

No intuito de iniciar um processo de mudança nas instituições no tocante ao parto normal, pode-se observar que segundo a World Health Organization (1985) no Brasil, muitos esforços têm sido realizados, por instituições governamentais e não governamentais, para que ocorram mudanças na assistência obstétrica, visando especialmente à adoção de práticas baseadas em evidências científicas.

De acordo com Progianti e Mouta (2009) referido por Da Silva, et al. (2011) estudos demonstram que a Enfermagem tem desempenhado um papel ativo no estabelecimento de cuidados humanísticos a mulheres, auxiliando a fisiologia do parto e instituindo tecnologias de cuidado e conforto. Fato evidenciado por Sacramento e Tyrrell reproduzido por Da Silva, et al. (2011) onde se observa as portarias ministeriais nº 2815/98 e 169/98, estas têm estimulado, desde 1998, a atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto normal, nas maternidades públicas. As iniciativas federais viabilizaram a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a inclusão do procedimento Parto Normal sem Distócia realizado por enfermeiro obstetra na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, percebe-se uma crescente preocupação do poder público com o cenário obstétrico nacional, fomentado nesta inquietação as autoridades oficiais responsáveis pelas mudanças clamadas no cenário obstétrico, buscou e vem buscando n@ profissional enfermeir@ um eficiente agente de mudança.

Consequentemente em conformidade com Domingues, et al.(2004), apontado por Bio (2007) atualmente assistência profissional ao processo parturitivo é muitas vezes organizada em função das necessidades das instituições e não das parturientes, e por esse motivo vem se exigindo dos profissionais e das instituições atitudes e procedimentos que priorizem a qualidade da atenção prestada.

Diante do exposto, foram traçados para este trabalho dois objetivos, a saber: A) caracterizar os partos realizados no período de março a novembro de 2015 durante as práticas do curso de especialização em Enf. Obstétrica, no que se refere às posições de parto, presença de episiotomia e acidentes de laceração e B) estabelecer indicativos de DE que possam vir a gerar ocorrências referente ao período expulsivo, as quais direcionam para a prescrição de intervenções de enfermagem pertinentes a ocorrência detectada até a finalização do 2º estágio do trabalho de parto.

1. REVISÃO DE LITERATURA

Na obstetrícia moderna, que surgiu no Brasil no século XIX, a cultura hospitalar aderiu à posição horizontal como única para o parto. Esse modelo foi questionado no País a partir da década de 1990 com a implantação da política de Humanização do Parto e Nascimento. Sob as diretrizes dessa política e dos movimentos sociais, muitos enfermeiros, mesmo no âmbito hospitalar, começaram a estimular nas mulheres as posições verticalizadas no momento do parto (PROENF, 2011).

Para Miquelutti (2006), referido no PROENF (2011), as posições verticalizadas, além de favorecerem em muitos aspectos o parto fisiológico, ainda representam simbolicamente o protagonismo feminino em contraposição à passividade histórica imposta à parturiente durante o processo de medicalização e hospitalização do parto.

Conforme Silva, et al. (2007), mencionado no PROENF (2001), a utilização de estratégias para o incentivo à mudança de posição durante o trabalho de parto e parto está associada ao fornecimento de alívio da dor e também pelo fato de ajudar a mulher a lidar melhor com esse incômodo. Na segunda fase do parto, as posições verticais incluem um decúbito com mais de 45° em relação à posição horizontal, de cócoras ou de joelhos.

Segundo Sabatino e Barcia (2000); Lopes, Madeira e Coelho (2003) e Rooks (1999), citado por Bavaresco (2011), desde a década de 70, estudos apontam para a redescoberta das posturas verticais e da mobilidade materna durante o trabalho de parto como prática que volta a mostrar evidências vantajosas e seguras para a parturiente.

Uma vez que a deambulação associada à ação da gravidade, e o aumento do canal de parto, este último proporcionado pela posição de cócoras, são considerados os principais motivos de benefícios da postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, pois estão ligados principalmente à menor duração do período de dilatação, expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina.

Para Sabatino (2000), citado por Bavaresco (2011), na posição vertical há menos irregularidade na contratilidade uterina em sua forma e ritmo, podendo ser consequência da melhor irrigação sanguínea do útero nesta posição, além de prevenir a oclusão da aorta e da veia cava, como consequência da postura em decúbito dorsal, assegurando assim o intercâmbio materno-fetal e diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo num período expulsivo prolongado.

O uso de qualquer posição vertical ou lateral, em comparação às posições supina ou litotômica, foi associado à duração reduzida do período expulsivo, à pequena redução de partos instrumentais, à redução de episiotomia, ao aumento de lacerações de segundo grau, ao aumento da perda de sangue, à redução de relatos de dor durante o período expulsivo e a menos padrões anormais de frequência cardíaca fetal (PROENF, 2011).

A episiotomia é uma incisão cirúrgica vulvoperineal que tenciona impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal de parto, favorecendo a descida e a liberação do feto (REZENDE E MONTENEGRO, 2014).

Para Albers e Borders (2007), citado por Amorim e Francisco (2011), a ocorrência de traumatismos espontâneos ou cirúrgicos na região perineal é frequente após o parto normal e pode desencadear relevantes morbidades maternas

Para Albers e Borders (2007); Carroli e Mignini (2009), citado por Amorim e Francisco (2011), entre as morbidades decorrentes da incisão cirúrgica realizada no introito vaginal durante o parto, existem as que podem ocorrer a curto prazo, tais como: sangramento vaginal, infecção, deiscência de sutura e hematoma que podem interferir no processo de amamentação, além de desencadear maior experiência dolorosa. A longo prazo, podem ocorrer dispareunia, incontinência urinária e fecal e problemas no assoalho pélvico.

As taxas de episiotomia variam consideravelmente, embora a Organização Mundial de Saúde (1996)) recomende seu uso de maneira limitada, em cerca de 10% dos partos normais. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher apontam que, na última década, a episiotomia foi realizada em 70% dos partos normais (Brasil, PNDS-2006).

Segundo Aytan, et al. (2005); Dahlen, et al. (2008) citado por Amorim e Francisco (2011), muitas vezes, a alta frequência da episiotomia é justificada como prevenção das lacerações perineais graves. Determinadas condições são referidas na literatura, como fatores de risco para a laceração espontânea grave do períneo, como o parto instrumental (aplicação do fórcepe ou extração a vácuo), a primiparidade, a posição litotômica, a rigidez dos tecidos perineais, a má adaptação de apresentação fetal na sínfise púbica, a posição anômala do feto, a macrosomia fetal e o desprendimento fetal rápido no período expulsivo.

As lacerações de trajeto constituem lesões traumáticas da vulva e do períneo são observadas com extraordinária frequência, principalmente em primíparas e na ausência de episiotomia. O orifício vulvar é o ponto de predileção do acidente. As lacerações podem acometer o clitóris, o vestíbulo ou alcançar o meato e, em geral as que ocorrem na parede

anterior da vulva sangram profusamente. De acordo com Rezende e Montenegro (2014), as lesões de trajeto classificam-se em:

- Rupturas do períneo, que podem ser incompletas, quando não atingem o esfíncter anal. De acordo com a extensão: 1º grau (só a fúrcula é lesada), 2º grau (a laceração se propaga mais profundamente, aproxima-se da região esfíncteriana, mas não a alcança) e 3º grau, ou completa (esfíncter anal comprometido);
- Rupturas que atingem a parede anterior do reto é também denominada rotura do 4º grau);
- Roturas musculares e fascias do assoalho pélvico (o elevador do ânus e suas fâscias são quase sempre atingidos quando, precedendo a expulsão do concepto, não se fez episiotomia adequada. Não determinam hemorragias, mas podem ocasionar, mais tarde, cistocele, retocele, incontinência urinária de esforço) e;
- Rupturas vaginais (as roturas dos fundos de saco resultam em geral de aplicação defeituosa do fórcepe.

Conforme Hoogsteder e Pijnenborg (2010) apontado por Da Silva; Costa e Figueiredo (2011), outros aspectos podem estar relacionados ao trauma perineal, entre os quais a infusão intravenosa de ocitocina, o que pode levar ao desprendimento cefálico abrupto. Bem como a aplicação de pressão no fundo uterino, durante o segundo período clínico do parto, também aumenta o risco de trauma perineal severo.

Ainda segundo Costa e Riesco (2006) apresentado por Da Silva; Costa e Figueiredo (2011), A posição materna no parto está igualmente relacionada a lesões genitais. É evidenciada a redução do risco de lacerações severas e uso de episiotomia na posição lateral; na posição vertical há maior incidência de lacerações de segundo grau e menor frequência de episiotomia.

Consoante Costa e Riesco (2006) aludido por Da Silva; Costa e Figueiredo (2011), essas lesões genitais no parto vaginal podem ser prevenidas pela boa assistência, o que inclui mudança de condutas, como restrição do uso de episiotomia, de ocitocina e da posição horizontal.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, exploratório retrospectivo e documental porque procurou reunir elementos sobre um tema pouco explorado na área de Enfermagem Obstétrica a partir da análise de documentos previamente produzidos, quais sejam os registros da assistência à parturientes no recorte temporal de março a novembro de 2015.

Foi uma pesquisa do tipo documental porque se buscou a caracterização dos partos realizados no período de março a novembro de 2015 durante as práticas do curso citado, a partir dos registros realizados pelos especializandos. O instrumento foi um roteiro de análise externa e interna do documento A análise externa comprovou a confiabilidade dos registros e a interna analisou o conteúdo dos registros de onde foram extraídos os dados de caracterização dos partos e os indicadores de diagnósticos de enfermagem.

Neste caso foi um estudo que procurou reelaborar as informações registradas no partograma, fichas de atendimento da parturiente atendida e no diário de campo dos especializandos sob o ponto de vista do PE, ou seja, buscou-se identificar nas informações reunidas nestes três documentos os indicadores dos DE relacionados a ocorrências que demandam intervenções no período expulsivo do trabalho de parto e o comportamento das variáveis posição do parto, episiotomia e acidentes de trajeto.

A análise documental foi realizada nas dependências da Escola de Enfermagem e Farmácia onde se realiza o V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, a partir da produção dos registros.

2.2 Fontes primárias

Na pesquisa documental entende-se como fonte primária qualquer documento que traga informações capazes de elucidar o fenômeno em estudo. Para este estudo, foram consideradas como fontes primárias o diário de campo, a ficha de atendimento à parturiente adotada pela maternidade onde as atividades práticas foram realizadas e o partograma da parturiente atendida.

O diário de campo foi um caderno especificamente doado pela Universidade Federal de Minas Gerais, que ao final será alvo de avaliação do processo ensino aprendizagem. Desta

forma, o seu uso na pesquisa é possível como documento porque se trata de material didático de acesso aos alunos e corpo docente.

A Ficha de atendimento foi um documento adotado por algumas das maternidades onde as atividades práticas foram realizadas e era constituída de duas partes, sendo a primeira de identificação da parturiente que não foi analisada nesta pesquisa e uma segunda parte onde as informações sobre o andamento da assistência e a evolução do trabalho de parto eram registradas. Esta ficha permaneceu no prontuário das mulheres após os dados serem coletados.

O partograma foi realizado os registrar pertinentes ao exame obstétrico da parturiente faz parte do prontuário e não poderia ficar disponível por tempo indeterminado, pois o prontuário segue com a sua proprietária para onde ela for. Para assegurar que os dados foram fidedignamente registrados, cada partograma foi fotografado por celular e depois de compilado os dados foi deletado. A identidade da parturiente foi totalmente preservada.

A análise dos partogramas foi retrospectiva porque foi realizada posteriormente aos plantões onde o atendimento ocorreu, individualmente no primeiro momento para compor o trabalho individual de conclusão do curso e posteriormente em grupo, segundo as etapas do trabalho de parto, para fins de quantificação dos dados e análise estatística.

Todos os registros relativos ao atendimento realizado à parturiente pelos pesquisadores foram incluídos e os critérios de exclusão foram: haver rasura no registro em qualquer das fontes primárias e o segundo, foram os registros sobre qualquer outra ocorrência administrativa. Importante afirmar que o diário de campo foi cedido para os demais pesquisadores para que os mesmos procedessem a coleta de dados, permanecendo em seu poder após serem submetidos à análise crítica externa e interna.

As fontes secundárias foram livros, artigos e manuais do Ministério da Saúde que contribuíram para a análise dos dados coletados e discussão dos achados com a literatura já produzida sobre a questão.

Coleta de Dados

A coleta de dados de uma pesquisa somente pode acontecer após a definição do local, das variáveis que se deseja analisar, dos instrumentos de apreensão dos dados e dos procedimentos adotados pelo pesquisador. Nesta pesquisa a coleta de dados foi precedida da definição das seguintes variáveis:

1. Posição de parto assumida;

2. Presença de episiotomia;
3. Acidentes de trajeto
4. Indicadores de DE de ocorrências que demandam intervenções de enfermagem, identificados na assistência à parturiente no período expulsivo;

Instrumento

Foi um formulário composto por campos destinados à análise externa e interna do documento, o qual pode ser visto no Anexo A. No campo da análise externa foram anotadas as informações sobre o tipo de documento, verificação da procedência, autenticidade e confiabilidade. O campo da análise interna foi subdividido em itens que verificaram o conteúdo, sendo este o conjunto dos dados relativos à caracterização dos partos assistidos pelos pesquisadores e os relativos aos indicadores de DE que geraram ocorrências as quais reivindicam intervenções de enfermagem que foram identificados e registrados pelos pesquisadores.

No item 1 do Campo de análise interna foram registrados os dados relativos às variáveis que caracterizaram os partos realizados. No item 2 registraram-se as informações recolhidas sobre os indicadores de DE relacionado a ocorrências que demandam intervenções de enfermagem no período expulsivo.

Procedimentos

A coleta de dados foi procedida da seguinte maneira:

1. Toda assistência realizada ao acompanhamento das parturientes, foram registradas no diário de campo. Este procedimento continua sendo realizado até que o curso se conclua.
2. Após o fechamento e pactuação, os registros do diário do campo foram acumulados aguardando que cada especializando acumulasse ao menos 5 partos para uma primeira análise dos registros feitos. A análise final dos dados somente será feita quando todos os pesquisadores concluírem a meta determinada pelo curso.
3. Ao realizar a assistência a parturiente, simultaneamente ao preenchimento partograma, bem como registro da evolução do parto com as informações exigidas em cada campo do atendimento ao parto e depois de concluído o processo foi fotografado o partograma como espelho para registrar as atividades desenvolvidas.

4. De posse dos documentos, preservado o anonimato das mulheres, os registros foram reunidos e foram submetidos à análise externa e interna, sendo criado um banco de dados específico para cada fase do atendimento e esse banco foi compartilhado por todos, para reunir os registros conforme divisão por fase entre os grupos, a fim de que as informações fossem condensadas e pudessem ser submetidas à análise estatística.
5. Posteriormente os registros foram compartilhados com todos os pesquisadores e seus orientadores para preenchimento do instrumento conforme os itens que exploraram o conteúdo dos registros em cada fase do trabalho de parto. Essa divisão foi necessária porque o trabalho de parto é complexo, a mulher precisa ser atendida rapidamente, mas com a segurança necessária para agir corretamente em cada fase conforme suas necessidades básicas exigiam.

Tratamento dos dados

Uma vez coletados os dados, estes foram organizados e tratados com recursos da estatística descritiva e foram apresentados com o apoio de quadros e tabelas.

Aspectos éticos

Em se tratando de pesquisa documental, os aspectos éticos foram respeitados em todos os momentos de realização do estudo, desde sua concepção até o final. A autonomia dos sujeitos não foi ferida posto que os registros foram produzidos por força da obrigação de documentar o atendimento e conservar o partograma como parte integrante do prontuário, sendo utilizado para análise apenas o seu espelho, protegida a identidade de cada pessoa atendida.

O estudo preserva o princípio da beneficência porque encerra uma contribuição para aprimorar o processo de trabalho e de cuidado de enfermeiras obstétricas ao mesmo tempo em que contribui para otimizar o desenvolvimento do PE nesta área de cuidado de Enfermagem. Ainda, em respeito ao princípio da justiça, os resultados deste trabalho, sejam eles positivos ou negativos serão publicados em revistas indexadas, preservando-se qualquer dado que possa vir a identificar as pessoas envolvidas.

A autorização para realizar o estudo foi negociada com a coordenação do curso e com os demais especializandos produtores das informações e proprietários dos diários de campo.

Os espelhos do partograma foram deletados tão logo os dados necessários foram extraídos. Os riscos mais evidentes foram de identificação da parturiente, o que foi contornado pela ação zelosa dos pesquisadores que obstruíram as possibilidades de exposição desses dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em dois blocos. No primeiro mostram os dados relativos à caracterização dos partos no que diz respeito às variáveis determinadas. O segundo bloco vai apresentar os indicadores de DE relacionados a ocorrências identificadas no período expulsivo e poderão orientar o desenvolvimento do PE na assistência à parturiente no 2º estágio do trabalho de parto.

3.1 Caracterização dos partos assistidos

Até o momento de apresentação dos trabalhos de conclusão do curso haviam sido realizados 108 partos e todos foram contados para realização deste trabalho. Atendendo aos objetivos da pesquisa, os itens pesquisados foram agrupados nas tabelas de 1 a 3 onde foram avaliadas as seguintes condições: posição de parto (Tabela 1), episiotomia (Tabela 2) e acidentes de trajeto (Tabela 3).

3.1.1 - Resultado e discussão dos partos segundo as variáveis postura e posição de parto.

Quando analisados os resultados das fichas de registro da assistência ao parto e nascimento relacionados à postura e posição de parto (Tabela 1), observa-se que a postura horizontal representou 81,47% dos partos assistidos pelos especializandos, enquanto a postura vertical correspondeu a 18,5%. Os altos números de partos horizontais podem ser justificados, devido a uma baixa adesão das instituições no tocante ao incentivo ao parto verticalizado. Os dados da Tabela 1 revelam ainda as posições adotadas para o parto:

Tabela 1 – Distribuição dos partos assistidos pelos especializandos do V CEEO, segundo a postura e posição de parto. Maceió, 2015

POSTURA	POSIÇÃO DE PARTO	F	%
VERTICAL	CÓCORAS	3	2,77
VERTICAL	AJOELHADO	2	1,85
VERTICAL	SEMISENTADO	9	8,33
VERTICAL	DE PÉ	2	1,85
VERTICAL	GASKIN	4	3,7
HORIZONTAL	LATERALIZADO	23	21,29
HORIZONTAL	LITOTOMICO	65	60,18
TOTAL		108	100

Fonte: Ficha de registro de parto e nascimento

Segundo os dados da Tabela 1 observou-se que na variável posição de parto 88 (81,47%) dos partos aconteceram na postura horizontal e, dentro das várias possibilidades desta, destacou-se a posição litotômica com 65 (60,18%), seguida da posição lateralizada com 23 (21,29%). Os resultados indicam que se faz necessário que as instituições se adequem suas estruturas físicas, bem como promovam no ambiente obstétrico a adoção das boas práticas obstétricas, ao mesmo tempo orientem suas parturientes e equipes sobre as diversas posições de parir, suas vantagens, desvantagens e indicações.

O uso de qualquer posição vertical, comparada com posições supinas, está associada à redução da duração da segunda fase do trabalho de parto; pequena redução na necessidade de intervenção no parto; redução nos relatos de dores fortes; menor padrão de anomalia dos batimentos cardíacos fetais; ligeiro aumento nas lacerações de segundo grau somente no grupo de posição vertical (PROENF 2011).

No entanto, deve-se estar aberto para entender que o posicionamento da mulher durante o segundo período de trabalho de parto é variável de acordo com a vontade da mulher, das instruções dos profissionais e do método de alívio da dor adotado. A escolha da mulher, no que diz respeito à posição adotada, é muito influenciada pela sua cultura (SECA, 2014) e ao acompanhar qualquer mulher é importante incentivar, argumentar, mas não forçar uma escolha contra a vontade da parturiente.

Durante a coleta de dados referente às posições de parto identificou-se algumas dificuldades, as quais foram atribuídas aos registros dos pesquisadores nas fichas de registro do parto e nascimento, acerca da classificação dos partos horizontais e verticais, no entanto tal embaraço não comprometeu a pesquisas, pois as dúvidas foram sanadas em tempo oportuno.

3.1.2 Resultado e discussão dos partos segundo a variável episiotomia.

Quando analisados os resultados das fichas de registro da assistência ao parto e nascimento relacionados à presença de episiotomia (Tabela 2), observa-se que tal procedimento esteve presente em apenas 3,7% dos partos assistidos pelos especializandos. A decisão de não implementar este procedimento pode ser resposta positiva dos especializandos devido postura do profissional enfermeir@ perante tal procedimento, postura esta que visa proporcionar a parturiente um parto natural com a menor intervenção possível.

Tabela 2 Distribuição dos partos assistidos pelos especializandos do V CEEO, consoante a ocorrência ou não da episiotomia.

EPISIOTOMIA	N	%
COM EPISIOTOMIA	4	3,7
SEM EPISIOTOMIA	104	96,29
TOTAL	108	100

Fonte: Ficha de registro de parto e nascimento

Na variável associada à episiotomia, observou-se segundo os dados que no total de 108 (100%) partos, em apenas quatro (3,7%) dos respectivos partos foram necessários uso da episiotomia, embora esse percentual pudesse ser ainda menos expressivo, se as práticas de parto verticalizados fossem mais aplicadas ao processo parturitivo. Segundo Costa e Riesco (2006) apresentado por Costa e Figueiredo (2011) na posição vertical tem-se menor frequência de episiotomia.

Deve-se reconhecer que a realização da episiotomia tem sua indicação preservada quando as condições biológicas para o parto podem causar prejuízos à integridade do nascituro e da parturiente. Por esta razão, @ enfermeir@ obstétric@ deve estar em constante vigilância e observação ininterrupta do seguimento do período expulsivo, sem deixar a parturiente sozinha, a fim de detectar sinais de que naquele caso é necessário realizar a episiotomia e assim agir oportunamente, com base no seu conhecimento, sagacidade e capacidade de desenvolver raciocínio clínico e tomar decisão.

De acordo com Riesco, et al.(2011) desde sua inauguração, em 1999, os partos normais no HGIS são assistidos por enfermeiras obstétricas, mediante um protocolo que exclui a episiotomia de rotina. Inicialmente, a episiotomia era indicada nos casos de distensibilidade restrita do períneo, desprendimento cefálico em occípito-sacra, edema vulvar, sofrimento fetal e prematuridade extrema. A partir de 2002, esse protocolo foi modificado, retirando-se as indicações em caso de edema vulvar e variedade occípito-sacra, acrescentando-se a macrossomia fetal, apresentação pélvica e períneo curto, ou seja, com distância inferior a três centímetros entre fúrcula e ânus.

No entanto para Aytan, et al. (2005) e Dahlen, et. Al (2008), muitas vezes, a alta frequência da episiotomia é justificada como prevenção das lacerações perineais graves. Determinadas condições são referidas na literatura, como fatores de risco para a laceração espontânea grave do períneo, como o parto instrumental, primiparidade, a posição litotômica, a rigidez dos tecidos perineais, a má adaptação de apresentação fetal na sínfise púbica, a

posição anômala do feto, a macrosomia fetal e o desprendimento fetal rápido no período expulsivo.

No caso desta pesquisa, os resultados encontrados demonstram que o número de episiotomias relatadas nos diários de campo foram abaixo do estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (1996), a qual recomenda o seu uso de maneira limitada, em cerca de 10% dos partos normais. Traduz-se que os especializandos chegaram ao fim do trabalho de parto dentro da normalidade esperada e que conseguiram conduzir o período expulsivo positivamente.

3.1.3 Resultado e discussão dos partos segundo a variável “acidentes de trajeto”.

Quando analisados os resultados das fichas de registro da assistência ao parto e nascimento relacionados aos acidentes de trajeto (Tabela 3), observa-se que 47 (43,51%) das parições não apresentaram nenhuma forma de laceração, em contrapartida foi identificado que em 43 (39,81%) dos partos foram detectados algumas forma de lacerações. Destas destacam-se as lacerações de 1º e 2º graus que juntas são responsáveis por mais de 40% das lesões observadas.

Os dados revelam ainda que nos partos assistidos pel@s especializand@s poucos foram os que tiveram como consequência grandes lacerações. Assim, tem-se que as lesões de 3º e 4º graus corresponderam a menos de 3% dos traumas perineais. Segundo Lowdermilk e Perry (2008), citado por Lésico (2014) atualmente há diferentes intervenções para abrandar o nascimento e ajudar o períneo a distender. Foi demonstrado que a utilização de medidas alternativas para o cuidado do períneo, tais como a aplicação de compressas mornas, suporte manual e massagem (pré-natal e intraparto), reduz a incidência de episiotomias/lacerações.

Tabela 3 Distribuição dos partos assistidos pelos especializandos do V CEEO, conforme os acidentes de trajeto.

ACIDENTE DE TRAJETO	N	%
SEM LACERAÇÕES	47	43,51
LACERAÇÃO DE 1ºGRAU	29	26,85
LACERAÇÃO DE 2ºGRAU	11	10,18
LACERAÇÃO DE 3ºGRAU	2	1,85
LACERAÇÃO DE 4ºGRAU	1	0,92
NÃO INFORMADO	18	16,66
TOTAL	108	100

Fonte: Ficha de registro de parto e nascimento

Nas variáveis acidentes de trajeto, podem-se evidenciar:

- Em 47 (43,51%) dos partos não apresentaram lacerações, isto pode justifica-se pela baixa aceitação por parte das instituições do parto verticalizado, pois no parto verticalizado há maior incidência de lacerações;
- As lesões perineais de 1º grau presentes em 29 (26,85%) partos, geralmente são causadas pelo desprendimento do pólo cefálico do recém-nascido; Estudo realizado no estado de Pernambuco a frequência de episiotomia foi de 23,1%, e a presença de laceração foi de 50,3% entre os traumas perineais, taxas essas superiores às detectadas nesta pesquisa.
- Os traumas genitais de 2º grau encontrados em 11(10,18%) das parturições, podem ser consequência do acolhimento da posição vertical onde há maior incidência de lacerações de segundo grau;
- Os ferimentos perineais de 3º e 4º graus, constatado em dois (1,85%) e em um (0,92%) dos partos , podem ser fundamentados pelo baixo índice de episiotomia, uma vez que, consoante Costa e Riesco (2006) mencionado por Costa e Figueiredo (2011), evidencia-se que episiotomia lateral pode reduzir as citadas lesões genitais.

Estudo realizado na Universidade do Porto, em Portugal mostrou que algumas técnicas podem ser utilizadas para reduzir traumas perineais no momento do desprendimento fetal, como massagem, pressão e compressas mornas, porém, este mesmo estudo reconhece que “nos casos em que se verifica que há pouca distensão dos tecidos e um risco de traumatismo perineal, pode-se realizar episiotomia para reduzir a probabilidade de lacerações e lesões mais complicadas” (SECO, 2015).

Outro estudo realizado no Brasil mostrou que a intensidade e duração da dor perineal está diretamente associada à extensão, profundidade de traumas perineais, com destaque para a episiotomia (MATHIAS ET AL, 2015), cuja taxa neste trabalho foi de menos de 4% (3,7% dos 108 partos assistidos). Com base nos dois autores, depreende-se que a episiotomia deve ser evitada, porém @ enfermeir@ obstétric@ deve estar muito atenta e com base de exame local e observação sistemática deve reconhecer qual é o momento correto para intervir quando for necessário.

3.2 Neste segundo bloco de dados são apresentados os indicadores de DE relacionados a ocorrências do período expulsivo que demandam intervenções de enfermagem.

Quando analisados os resultados das fichas de registro da assistência ao parto e nascimento, os diários de campo, bem como observados os principais eventos acontecem no decorrer do acompanhamento do parto, as enfermeiras obstétricas passam a agir e corrigir problemas durante o período expulsivo, os quais demandam intervenções de enfermagem, uma vez que, segundo Dos Santos Da Silva Ramos (2012) a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a realização do parto normal pela enfermeira obstétrica tem caráter menos intervencionista e sua técnica humanizada respeita a fisiologia do nascimento.

Além disso, seus conhecimentos permitem detectar e corrigir precocemente qualquer intercorrência e/ou distócia no trabalho de parto, assegurando, por participação ativa, que será mantida uma condução adequada pela equipe obstétrica. Neste sentido surgiu a necessidade de elaborar um quadro que sintetize as principais ocorrências do período expulsivo que exigem intervenções de enfermagem específicas.

Atendendo aos objetivos da pesquisa, os itens pesquisados foram agrupados em um quadro onde foram relacionados alguns acontecimentos inerente ao período expulsivo que exigem do profissional enfermeiro tomadas de decisões.

Tabela 4 Quadro de indicadores de DE referente a ocorrências do período expulsivo que demandam intervenções de enfermagem.

Indicadores	NHB	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção
Dificuldade de descida do feto	Necessidades psicobiológicas	Parada secundária da descida; Risco para distócia de trajeto Risco para parada secundária da descida	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar posição de cócoras; • Verificar se a descida fetal é compatível com a dilatação e apagamento do colo através do progresso da apresentação pelos Planos de Delle • Solicitar avaliação médica
Dinâmica uterina irregular	Necessidades psicobiológicas Necessidades psicossociais	Risco para distócia de motor; Risco para hipóxia fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar posição verticalizada; • Explicar os acontecimentos à cliente; • Providenciar medidas de conforto; • Monitorar continuamente as

			<p>contrações uterinas e os padrões da FCF;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnicas respiratórias • Ofertar oxigenioterapia a parturiente; • Avaliar a necessidade episiotomia de forma individualizada com prudente avaliação e seguindo as evidências atuais
Alteração fisiológica dos Batimentos cardíacos	<p>Necessidades psicobiológicas</p> <p>Necessidades psicossociais</p>	Risco para sofrimento fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar os BCF's frequentemente • Comunicar o plantonista da obstetrícia ;
Sangramento discreto de coloração vermelho vivo	<p>Necessidades psicobiológicas</p> <p>Necessidades psicossociais</p>	Risco para hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar apoio emocional; • Avaliar sangramento;
Lesão perineal ou vaginal	<p>Necessidades psicobiológicas</p> <p>Necessidades psicossociais</p>	Laceração do períneo ou vagina	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar o canal vaginal após o delivramento fisiológico da placenta para verificar presença de lacerações; • Realizar hemostasia com gaze estéril; • Realizar correção de laceração após administração de anestésico local; • Orientar sobre higiene na região vulvoperineal e uso de roupa limpas
Dificuldade de desprendimento fetal	<p>Necessidades psicobiológicas</p> <p>Necessidades psicossociais</p>	<p>Risco para distocia de ombro</p> <p>Risco para distocia de trajeto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar o tipo de distocia; • Comunicar o plantonista da obstetrícia; • Realizar manobras de 1ª linha; • Realizar manobras de 2ª linha;

A resolução do COFEN no 358/99 afirma que: “a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem deve acontecer em toda instituição de saúde, pública e privada”. Segundo Garcia, Nóbrega e Carvalho (2004), mencionado por Medeiros Santos e

Cabral (2012) a aplicabilidade da SAE dá-se através de um instrumento metodológico denominado Processo de Enfermagem que possibilita a equipe de enfermagem identificar, compreender, descrever, explicar e até prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Além disso, possibilita determinar que aspectos dessas respostas exijam uma intervenção profissional de enfermagem.

Analisando-se os indicadores de DE encontrados nos registros dos especializandos, torna-se visível a propriedade da aplicação do processo de Enfermagem através da sistematização da assistência de Enfermagem é viável e compatível com a sala de parto, tanto no acompanhamento do parto natural sem distocia como na detecção de distocias precocemente, pela análise dos indicadores presentes, podendo contribuir para evitar complicações que poderiam passar despercebidas na aplicação de rotinas institucionalizadas.

CONCLUSÃO

A partir dos achados da pesquisa foi constatado que durante os estágios vivenciados foram encontradas múltiplas situações, de forma que algumas serviram como ponto norteador deste trabalho. Essa pesquisa teve como variáveis a posição de parto, ocorrência de episiotomia e os acidentes de trajeto, bem como a construção de indicadores de diagnósticos de enfermagem relacionados a possíveis ocorrências do período expulsivo.

No tocante a posição de parto foi observado uma baixa adesão ao parto verticalizado que correspondeu a apenas 18,53% dos partos, quanto a ocorrência de episiotomia observou-se que tal procedimento esteve presente em apenas 3,7 % das parturições por último quando foram analisados os acidentes de trajeto foi detectado que em 2,77% das partições houveram lacerações do 3º ou 4º graus. Sendo assim, pode perceber que o parto verticalizado apesar de ser intensamente recomendado é pouco estimulado pelas instituições, além do mais a episiotomia constituía, muitas vezes, um entrave no decorrer do segundo estágio do trabalho parto.

Simultaneamente o estudo revelou que os enfermeir@s estabelecem práticas de cuidado humanizado que possuem evidências científicas dos benefícios, embora que em alguns momentos foram observados fortes influências das condutas e rotinas assistenciais tradicionais, a quais vem influenciando negativamente as práticas assistenciais relacionados ao processo de parir de forma natural, comprometendo a qualificação da assistência ao nascimento como experiência humana dignificante e prazerosa.

Dessa forma, percebe-se uma crescente preocupação tanto da enfermagem obstétrica quanto do poder público com o cenário obstétrico atual, fomentados nesta inquietação as autoridades oficiais responsáveis pelas mudanças exigidas, vêm buscando junto às políticas públicas de saúde a inserção ativa do profissional enfermeir@, como agente de transformações, uma vez que, este representa uma forte ferramenta indispensável ao alcance dos resultados almejados pela sociedade.

REFERÊNCIAS

BAVARESCO, Gabriela Zanella et al. **O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente**. Cienc. Saúde coletiva, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, 2011;

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria et al. **A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil**. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 17, n. 3, p. 432-8, 2013;

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM; Resolução COFEN no 358/99. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem;

DA SILVA, Taís Folgosa; COSTA, Guilherme Augusto Barcello; DE FIGUEIREDO PEREIRA, Adriana Lenho. **Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal**. Cogitare Enfermagem, v. 16, n. 1, 2011;

DOS SANTOS, Raquel Bezerra; DA SILVA RAMOS, Karla. **Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 1, p. 13-18, 2012;

FONSECA, Ariadne da silva; JANICAS, Rita de Cássia Silva Vieira. **Saúde materna e neonatal**, 1ª edição. 2014;

FRANCISCO, Adriana Amorim et al. **Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal**. Acta Paul Enferm, v. 24, n. 1, p. 94-100, 2011;

LÉSICO, AFG. A Episiotomia na Vida da Mulher. **A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**. Santarém (2014) p. 21-22;

MATHIAS, Ana Eliza Rios de Araújo et al. **Mensuração da dor perineal no pós-parto vaginal imediato**. Rev. dor, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 267-271, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000400267&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150054>

MEDEIROS, Ana Lúcia; SANTOS, Sérgio Ribeiro; CABRAL, Rômulo Wanderley Lima. **Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos Enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada**. João Pessoa:[Sn], 2012;

REZENDE FILHO, Jorge; MONTENEGRO Carlos Antonio Barbosa; **Obstetrícia Fundamental** – 13ª edição – Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2014;

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. **Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados**. Rev enferm UERJ, v. 19, n. 1, p. 77-83, 2011.

SECA, D.B. A rotura artificial de membranas como estratégia para acelerar o trabalho de parto : que pertinência? Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade do Porto, PT, 2014. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/9728>;

SILVA, Aline Franco da; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; MACEDO, Wânia Cristina Morais de. Diagnósticos/resultados de enfermagem para parturientes e puérperas utilizando a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem. Rev. eletrônica enfermagem, v. 14, n. 2, 2012;

SILVA, I. A. PROENF – Saúde Materna e Neonatal. Porto Alegre: Artmed, 2011;

STANCATO, Katia; VERGÍLIO, Maria Silvia Teixeira Giacomasso; BOSCO, Caroline de Souza. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato de um hospital universitário. Ciênc. cuid. saúde, v. 10, n. 3, p. 541-548, 2011.

ANEXOS

Anexo A – Formulário de Análise externa e interna das fontes primárias

ANEXOS

Anexo A – Formulário de Análise externa e interna Das fontes primárias.

Formulário para Análise externa e externa do documento

Parte A – Análise Externa

Tipo do documento:

- () Registro de acompanhamento de parturiente no Diário de Campo
- () Cópia de Partograma
- () Ficha de acompanhamento da parturiente

Propriedade do documento:

- () Pesquisador (Diário de campo)
- () Instituição

Parte B – Análise interna:


Item 1 - Indicadores encontrados nos registros relativos à fase ativa do trabalho de parto

Item 2 – Indicadores encontrados nos registros relativos ao período expulsivo


Item 3 – Indicadores encontrados nos registros relativos ao período de dequitação

Item 4 – Indicadores encontrados nos registros ao período de Greenberg

Anexo B – Ficha de registro de parto e nascimento.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFAL
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA - ESENFAR
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS
 CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA - CEOO



DADOS GERAIS				DADOS DO PARTO										DADOS DO RN			PÓS-PARTO IMEDIATO	PRECEPTOR						
Nº	DATA	REGISTRO E INICIAIS DA MAE	ID	GPA	IG	MÉTODOS NFD	PARTOGRAMA	ACOMPANHANTE	APRESENTAÇÃO			posição verticalizada	AMNIOTOMIA	EPSIOTOMIA	LACERAÇÕES	TGC			OCIT IM	CONTATO PELE A PELE	AME 1ª HORA	ARGAR		OBSERVAÇÃO
1									CEFÁLICO	PÉLVICO	outras	QUAL									1º MIN	5º MIN		
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								
17																								
18																								
19																								
20																								

LEGENDA:

ID - IDADE MATERNA
 GPA - Nº DE GESTAÇÃO/PARTO/ABX
 TGC - TRACÇÃO CONTROLADA DO CORDÃO
 MFC - MALFORMAÇÃO FETAL CONGENITA

PROF HPP - PROFILAXIA DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO
 VINCULO - VINCULO M/ME/RN IMEDIATO
 MANOBRAS EXTRATIVAS - FORCERS, VÁCUO EXTRATOR, VERSÃO EXTERNA
 MÉTODOS NFD - MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR