

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
REDE CEGONHA

VERUSCHKA OMENA DOMINGOS TORRES

**CARACTERIZAÇÃO DO PERÍODO EXPULSIVO DOS PARTOS ASSISTIDOS
COM ÊNFASE NA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE, NOS MÉTODOS NÃO
FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR E NA AMNIOTOMIA.**

**MACEIÓ
2015**

VERUSCHKA OMENA DOMINGOS TORRES

**CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS ASSISTIDOS NO PERÍODO EXPULSIVO
COM ÊNFASE NA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE, NOS MÉTODOS NÃO
FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR E NA AMNIOTOMIA**

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

VERUSCHKA OMENA DOMINGOS TORRES

**CARACTERIZAÇÃO DOS PARTOS ASSISTIDOS NO PERÍODO EXPULSIVO
COM ÊNFASE NA PRESENÇA DO ACOMPANHANTE, NOS MÉTODOS NÃO
FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR E NA AMNIOTOMIA**

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

APROVADO EM : 27 de novembro de 2015

Prof^a. Dr^a. Regina Maria dos Santos
Orientadora

Prof^a.Dr^a. Torcata Amorim

Dedico este trabalho ao mestre dos mestres, o criador do universo, por permitir que eu e minha filha estejamos vivas, após um diagnóstico de embolia pulmonar com 36 semanas de gestação; e aos meus pais Eraldo e Liege que com muito amor me ensinaram a amar a vida e valorizar a simplicidade do ser.

Agradecimentos

UFMG

UFAL – ESENFAR

Aos serviços

Aos professores que com dedicação e competência contribuíram com essa pesquisa

À minha, Orientadora Prof^a. Dr.^a Regina Maria dos santos, pelo seu empenho enquanto docente, pelas sugestões e críticas construtivas durante a orientação, pela sua competência científica e disponibilidade durante esta minha caminhada.

Às mulheres que foram partejadas e deram à luz 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.

Ao meu marido e filha, pelo apoio emocional, apesar das ausências e de ter estado menos presente.

Aos meus amigos, Neto e Rildo, pelo apoio e trabalho em equipe.

DURANTE ESTE TRABALHO...

As dificuldades não foram poucas...

Os desafios foram muitos...

Os obstáculos, muitas vezes, pareciam intransponíveis.

O desânimo quis contagiar, porém, a garra foi mais forte, sobrepondo esse sentimento, fazendo-me seguir a caminhada, apesar da sinuosidade do caminho. Agora, ao olhar para trás, a sensação do dever cumprido se faz presente e posso constatar que as noites de sono perdidas, o cansaço dos encontros, os longos tempos de leitura, digitação, discussão; a ansiedade em querer fazer e a angústia de muitas vezes não o conseguir, por problemas estruturais; não foram em vão. Aqui estou, como sobrevivente de uma longa batalha, porém, muito mais forte e hábil, com coragem suficiente para mudar a minha postura, apesar de todos os percalços.

(Andrew Rossut).

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 a 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, bem como analisar a correlação entre os indicativos identificados nos registros dos partos acompanhados e os DE que direcionam para a prescrição de intervenções de enfermagem oriundas das boas práticas obstétricas dando ênfase na presença do acompanhante, métodos não farmacológicos de alívio da dor e amniotomia. As fontes primárias foram documentos confiáveis e autênticos, pertencentes aos especializandos ou à instituição como o diário de campo, a ficha institucional de acompanhamento do parto e o partograma quando usual. Os documentos foram submetidos à análise externa e interna com apoio de um instrumento específico de análise documental e o conteúdo das anotações foi analisado por fase e etapa do trabalho de parto e parto. Foram analisados os registros sobre 108 partos acompanhados até o momento e na fase ou período expulsivo foram identificados 11 indicadores comuns a 100% dos registros dos partos assistidos que geram DE e orientam a escolha das intervenções de Enfermagem.

PALAVRAS CHAVES: Indicadores de diagnóstico; Caracterizar os partos; Boas práticas obstétricas; curso de Especialização em enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

It is an exploratory descriptive quantitative study of documentary type which had as object nursing diagnoses indicators identified in pregnant women the assistance of records made 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 and analyze the correlation between the target identified in the records of monitored deliveries and the DE that lead to the prescription of nursing interventions arising from good obstetric practices emphasizing the presence of a companion, non-pharmacological methods of pain relief and amniotomy. The primary sources were reliable and authentic documents belonging to trainees or institution as the diary, institutional record of delivery and monitoring of the partograph as usual. The documents were submitted to external and internal analysis with the support of a specific tool for document analysis and content of the notes was analyzed by phase and the labor and delivery stage. The records of 108 births attended to date and at the stage or second stage were identified 11 common indicators were analyzed to 100% of the records of births attended that generate DE and guide the choice of nursing interventions.

KEY WORDS: Diagnostic Indicators; Characterize the births; Obstetricians good practices; Specialization Course in obstetric nursing.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico – 1 Distribuição dos partos x presença de acompanhante.....	27
Gráfico – 2 Distribuição dos partos x técnicas não farmacológicas do alívio da dor.....	29
Gráfico – 3 Distribuição dos partos x realização da amniotomia.....	31
Quadro – 1 indicadores de diagnóstico de enfermagem	32

SUMÁRIO

Introdução.....	11
1. Revisão de Literatura	17
2. Percurso metodológico.....	22
2.1 Tipo de estudo.....	22
2.2 Fontes primárias.....	23
Coleta de Dados.....	24
Instrumento.....	24
Procedimentos.....	25
Tratamento dos dados.....	26
Aspectos éticos.....	26
3. Resultados e discussão.....	27
3.1 Caracterização dos partos assistidos.....	27
Variáveis presença do acompanhante.....	27
Variável uso das técnicas não farmacológicas do alívio da dor.....	28
Variáveis realização da amniotomia.....	31
Indicadores de Diagnósticos de Enfermagem.....	32
Conclusões.....	37
Referências.....	38
Anexos.....	41

INTRODUÇÃO

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 presença do acompanhante, métodos não farmacológicos de alívio da dor e amniotomia. Foi um objeto construído em meios às discussões durante o V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, na medida em que a situação de atenção à mulher foi sendo discutida e as políticas públicas específicas para este grupo humano foram sendo desveladas.

A mulher é considerada parturiente quando está em vias de parir, sendo visualizada como protagonista do processo de parturição (CARALO, 2014). O Ministério da Saúde desde 2001 definiu o trabalho de parto como a

presença de contrações uterinas a intervalos regulares, que vão progressivamente aumentando com o passar do tempo, em termos de frequência e intensidade, e que não diminuem com o repouso. O padrão contrátil inicial é, geralmente, de uma contração a cada 3-5 minutos e que dura entre 20 e 60 segundos; Concomitantemente acontece o apagamento (esvaecimento) e dilatação progressivos do colo uterino (BRASIL, 2001)

Esta definição guarda os mesmos parâmetros com os quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização dos Países Americanos (OPAS) contribuíram para o estabelecimento de normas para atenção à mulher e seu filho no Moçambique, onde se tem que o trabalho de parto “compreende o conjunto de fenómenos fisiológicos que conduz à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (MOÇAMBIQUE, 2011).

Em todas as culturas, gravidez e nascimento representam mais do que um simples evento biológico, mas uma importante transição de mulher para mãe. O parto, por sua vez, transcende à forma apenas fisiológica, para invariavelmente ser tratado como um evento biopsicossocial. (FONSECA E JANICAS, 2014), podendo-se reconhecê-lo como um evento de importância para a Enfermagem.

Souza et al, para estudar métodos intervencionistas de assistência ao parto ao tomar estes parâmetros para definir o trabalho foi mais exata, dizendo que O trabalho de parto foi definido quando a paciente se encontrava com um mínimo de 3 contrações uterinas em 10 minutos, de no mínimo 40 segundos de duração, as quais levassem a modificações da cérvix uterina (SOUZA et al, 2015)

O trabalho de parto tem estágios bem delimitados, sendo eles o de dilatação, expulsão e delivramento ou dequitação (RICCI, 2015; autor ano autor ano). A sua duração depende do sucesso de inúmeras estruturas e do aparecimento de intercorrências. Alguns fatores podem acelerar o trabalho de parto ou aumentar seu tempo, tais como a estática fetal, estrutura óssea materna, contratilidade uterina diminuída, rotura artificial da bolsa amniótica, desinformação da mãe quanto ao processo de parto normal, dilatação cervical inadequada, uso de métodos não farmacológicos, entre outros. (BRAZ et al, 2014).

O primeiro estágio, a dilatação da cérvix uterina, é subdividida ainda em fase latente, fase ativa e fase de transição, as quais são limitadas pela medida da dilatação e apagamento do colo associada ao número e intensidade das contrações no tempo delimitado de 10 minutos, tendo duração variada para cada mulher, levando-se em conta o número e tipo de partos anteriores, podendo em média corresponder a 08 a 14 horas (RICCI, 2015; MONTENEGRO, REZENDE FILHO, 2013).

Por ser a fase mais longa do trabalho de parto, o estágio de dilatação está sujeito a intervenções as mais diversas com o objetivo de apressar o nascimento, entre as quais a cirurgia cesariana, com todos os riscos que impõe à mulher e ao conceito, justificando o esforço do Ministério da Saúde em intervir através de proposições políticas que tenham potencial para contribuir na redução das taxas de morbimortalidade materna e do neonato. BRASIL, 2001; BRASIL 2014.

Este estágio do trabalho de parto é dividido em três fases, latente, ativa e de transição (RICCI, 2015) as quais guardam características bem marcantes. A fase latente marca o início de tudo, com contrações ainda não rítmicas, de pequena duração e de pouca intensidade, geralmente uma em 15 minutos ou nem isso. Pode haver perda de tampão mucoso e tem durabilidade muito variável entre nulíparas e multíparas.

A fase ativa evidencia o progresso do trabalho de parto, período em que a atividade uterina produz visíveis modificações da cérvix, promovendo progressivo apagamento do colo, seguido de dilatação que chegará a oito centímetros. Nesta fase acontece também a descida da apresentação pelos Planos de DeLee e rotação da apresentação preparando o “objeto” para o nascimento. Depois de oito cm estabelece-se a fase de transição, iniciando o segundo estágio do parto que é a

expulsão do feto. (FRASER, COOPER, 2010; MONTENEGRO, REZENDE FILHO, 2013)

O período de expulsão é reconhecido nas primíparas quando estas se encontram em dilatação de 10 cm ou total, e nas múltiparas 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).

Depois da expulsão inicia-se o último estágio, conhecido como dequitação, delivramento ou secundamento, caracterizado pelo descolamento, descida e expulsão da placenta. Geralmente este estágio dura em torno de 30 minutos e quando este prazo é ultrapassado considera-se um sinal de alerta e intervenções são realizadas para prevenir complicações que podem ser fatais. (MONTENEGRO, REZENDE FILHO, 2013)

Autores consideram ainda um quarto estágio, conhecido como Período de Grimberg, correspondente à contração uterina formando o Globo de Pinard, responsável por impedir hemorragias pós-parto devido à ferida placentária. Este período tem a duração da primeira hora pós-parto e é de extrema importância para a segurança da parturiente (RICCI, 2015)

De acordo com o estágio do parto em que a mulher se encontra a assistência vai incluir diferentes cuidados, para atingir objetivos muito específicos, desde encorajamento, acompanhamento, exercícios próprios, empoderando a mulher para parir e atenuando os desconfortos das contrações até o incentivo ao esforço para expulsar o feto, seguido do relaxamento que precede a dequitação. Cada um desses estágios vai exigir um comportamento diferente do profissional, baseado em conhecimento científico, habilidade técnica e atitude ética.

A Utilização de tecnologias não invasivas durante o acompanhamento do parto permite a manutenção de um ambiente favorável para que a mulher resgate seu papel central no trabalho de parto e no parto propriamente dito, que permita o empoderamento das mulheres, que encoraje o fortalecimento delas próprias e, além disso, que seja uma experiência de transformação na identidade particular de cada uma delas. (PROENF, 2009)

Neste sentido, há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestante e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos e redução das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto (LEAL, 2014)

Estudos evidenciaram e sugerem que o uso das técnicas não farmacológicas de alívio da dor trazem resultados positivos, entre elas: acupuntura, audioanalgesia, acupressão, aromaterapia, hipnose, massagem. Todas essas técnicas mostraram uma diminuição da intensidade da dor e seu alívio e as mesmas ficaram mais satisfeitas com o tratamento da dor durante o trabalho de parto (PROENF, 2010)

O Banho de chuveiro ou imersão, a movimentação, incluía mudança de posição e a deambulação, além de outras intervenções, são considerados como método não farmacológico que podem ser utilizados durante o trabalho de parto, com o objetivo de reduzir a sensação dolorosa e, conseqüentemente, estimular o progresso do parto (ENKI M, 2005)

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidência científica, garantindo o acesso da parturiente a recursos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto. A principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, estando associados a poucas às contraindicações ou aos efeitos colaterais

Este tempo é muito importante para a assistência à mulher porque é desconfortável, podendo ser doloroso a depender da intensidade das contrações e da capacidade do colo se dilatar, sendo neste período possível e necessário estabelecer contato mais próximo e constante com esta mulher, tornando-se um momento importante para a implementação do Processo de Enfermagem na prática d@ enfermeir@ obstétric@.

A Enfermagem cuidou de mulheres em trabalho de parto e parto construindo uma prática de bons resultados, das quais se originou boa parte dos cuidados de Enfermagem (COLLIÉRE, 2011) e ao longo do tempo este cuidado adquiriu *status* de especialidade, a Enfermagem Obstétrica. Nesta condição, ampliou-se, fortaleceu-se no estudo e na ciência, focando na assistência ao parto natural, com o mínimo de intervenções, cuidando da mulher e do recém-nascido em suas necessidades

imediatas, com resolutividade e redução dos riscos advindo de intervenções não fisiológicas.

- Como se caracterizaram os partos assistidos no período expulsivo com ênfase na presença do acompanhante, nos métodos não farmacológicos de alívio da dor e o uso da amniotomia, pelos especializandos.
- O acompanhamento do período expulsivo permitiu identificar indicadores de diagnósticos de Enfermagem?

A Resolução COFEN 358/2009 estabelece que o PE deve ser aplicado em todas as situações de cuidado de Enfermagem (COFEN, 2009) e a experiência vivida pelos autores no exercício da Enfermagem obstétrica permite aceitar que nem sempre a premência dos serviços e a pouca vivência do cuidado sistematizado ensejam a realização da assistência de acordo com as fase do processo de Enfermagem e mais que tudo o registro das ações decorrentes desta assistência de forma completa.

Dessa forma, torna-se imprescindível ao cuidado de enfermagem que os agentes desenvolvam um pensamento crítico para a tomada de decisões seguras e fundamentadas em evidência científica. Com base em aspectos interpessoais, intelectuais e científicos, modelos assistenciais de enfermagem são, então, construídos a partir da relação das teorias com a prática, os quais necessitam de um método – Processo de Enfermagem.

Este, por sua vez, é caracterizado pela coleta sistematizada de dados dos clientes com seus respectivos problemas, formulação dos diagnósticos de enfermagem, instituição de um plano de cuidado eficaz, implementação das ações planejadas e avaliação de enfermagem, permitindo uma assistência individualizada e evidenciando uma enfermagem reflexiva, dinâmica e autônoma que exige para a sua aplicação capacidade técnica, intelectuais, cognitivas, e interpessoais de quem as utilizam. (RAMALHO NETO et al, 2013)

O que cotidianamente se faz é cumprir protocolos e agir segundo se percebe que a situação exige. Do ponto de vista de uma correlação entre a prática cotidiana e as fases do PE, tem-se que a enfermeira obstétrica recebe a parturiente e a examina, decidindo sobre a situação e providenciando os cuidados de praxe, escolhe intervenções dentre as boas práticas obstétricas de condução do parto e

aplica, sem se dar conta de que suas decisões estão embasadas em seu conhecimento e sua prática.

Aceitando-se este pressuposto, é desejável que @ enfermeir@ obstétrica passe a exercitar sua prática assumindo a execução do PE a partir do reconhecimento de que suas decisões são tomadas com base científica reconhecida a partir da interpretação dos dados que colhe em cada fase da assistência ao parto e ao nascimento.

Assim, este trabalho tem como objetivos:

- Caracterizar o período expulsivo dos partos assistidos durante as atividades práticas do V Curso de Enfermagem Obstétrica de março a dezembro de 2015 no que diz respeito à presença do acompanhante, prática da amniotomia e uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor.
- Identificar, nos registros das parturientes atendidas no decorrer das atividades práticas do V Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, os indicadores de Diagnósticos de Enfermagem, presentes no período expulsivo.

Um trabalho que se propõe a atingir os objetivos propostos tem relevância social porque contribuirá para dar novo sentido à prática da Enfermagem Obstétrica, a partir do conhecimento próprio da Enfermagem para ancorar uma prática milenar da Enfermagem, desde os seus primórdios, tempo em que as práticas das mulheres eram voltadas para a manutenção da vida e cuidado das outras mulheres grávidas, de seus partos e de seus filhos. (COLLIÉRE, 2011)

Por outro lado, esta pesquisa é uma oportunidade de contribuir para o desenvolvimento do PE na prática da Enfermagem Obstétrica porque busca os indicadores dos DE, aspecto pouco explorado na literatura e que orienta o raciocínio clínico, possibilitando a escolha das intervenções em bases concretas, para o período expulsivo.

Caracterizar os partos assistidos com ênfase na presença do acompanhante, nos métodos não farmacológicos do alívio da dor e o uso da amniotomia, pelos especializandos também pode contribuir para fundamentar outros cursos semelhantes porque evidenciará em que medida as boas práticas obstétricas são

viáveis na prática cotidiana e o quanto ainda será preciso modificar para garantir à mulher e seu filho uma assistência eficaz.

1. REVISÃO DE LITERATURA

O 2º PERÍODO DO PARTO – PERÍODO EXPULSIVO

O segundo período do parto é o expulsivo, que tem início com a dilatação máxima, a partir da qual se inicia a saída do feto, a sua duração varia a depender da posição da mãe, intensidade das contrações, apresentação fetal e outros. A duração média dessa fase é de trinta minutos para multíparas e sessenta minutos na primíparas. Nessa fase a apresentação fetal desce pressionando a região perineal e ânus, sendo comum, portanto, sensação de defecação. Ao mesmo tempo a presença da apresentação fetal desencadeia na mulher a sensação de puxos expulsivos, caracterizados por esforços abdominais associados ao fechamento da glote, a contração uterina somada às forças dos puxos permite a expulsão fetal.

Segundo Sabatino e Barcia (2000); Lopes, Madeira e Coelho (2003) e Rooks (1999), citado por Bavaresco (2011), desde a década de 1970, 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.

A Rede Cegonha propõe a implantação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde a década de 1980, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeir@s obstetric@s e neonatais, obstetrites¹, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros, e que dá continuidade às demais ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISM) e da Política Nacional de Humanização (PNH).

Trata-se de uma estratégia para garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade, afirmando que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma

experiência única para a mulher, parceiro(a) e sua família.(MINISTÉRIO DA SAÚDE,2014).

A assistência obstétrica humanizada visa à promoção do respeito aos direitos da mulher e da criança, com condutas baseadas em evidência científica, garantindo o acesso da parturiente a recursos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio de dor no trabalho de parto. A principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, estando associados a poucas às contraindicações ou aos efeitos colaterais. (GALLO, RUBNEIDE BARRETO SILVA, et al 2011).

A literatura descreve que as medidas de apoio contemplam quatro dimensões: a emocional (a presença contínua, o encorajamento e o propiciar tranquilidade); a informacional (explicações, instruções sobre a evolução do trabalho de parto e conselhos); o conforto físico (massagens, banhos quentes e oferta adequada de líquidos); e, por último, a de intermediação, que tem a finalidade de interpretar os desejos da mulher e negociá-los com os profissionais. (FRUTUOSO, LETÍCIA DEMARCHE, 2013)

Essa prática foi respaldada, com a publicação da Lei n. 11.108/2005, conhecida como “Lei do acompanhante”, a partir da qual os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Recomendações atuais da OMS e do Ministério da Saúde brasileiro para o manejo do trabalho de parto incluía a oferta de líquidos; o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto; e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens e outros.

Essas são tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, sendo possíveis de serem ofertadas por todos os serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). 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. (GALO,RUBNEIDE BARRETO SILVA, et al 2011).

Várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos. Fatores da saúde materna que atuam durante o período gestacional influenciam os resultados da gravidez, e contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Da mesma forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida por cuidado obstétrico apropriado, realizado com o uso adequado de tecnologia.

Por outro lado, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu concepto. A ruptura artificial da membrana amniótica foi uma técnica muito utilizada para provocar a aceleração do trabalho de parto. Ambas ocorreram em cerca de 40% das mulheres de risco habitual, sendo mais frequente nas mulheres do setor público, de mais baixa escolaridade. amniotomia têm sido utilizadas para o que se denomina “manejo ativo do parto”, visando à redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto e da taxa de parto instrumental.

As revisões sistemáticas da Cochrane apontam uma redução modesta do número de cesarianas quando o manejo ativo do trabalho de parto é implementado, entretanto, reconhece-se que os benefícios desta pequena redução deve ser ponderado contra os riscos de intervenções em mulheres de risco habitual, requerendo novos trabalhos.(LEAL, MARIA, 2014).

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 domínio do conhecimento sobre o trabalho de parto e parto é fundamental para que a assistência prestada pelo enfermeiro obstétrico seja segura e bem sucedida, principalmente por se pautar no acompanhamento da parturiente em seu processo fisiológico com o mínimo de intervenção, princípio este que é muito trabalhado nas especializações em Enfermagem Obstétrica.

O caráter pouco intervencionista recomendado pela diretriz do curso no que toca à assistência ao período expulsivo do parto não é a regra da assistência praticada nos serviços em Maceió, principalmente pela luta em andamento pelo reconhecimento da competência técnica da enfermeira obstétrica para agir por sua própria conta por parte da equipe médica.

No entanto, não é somente esta a razão. Estudo realizado em Cabo Verde, em dissertação de mestrado mostrou que esse caráter não intervencionista nem sempre é concretizável em certos casos, “quer pelo facto de algumas mulheres possuírem um bloqueio loco-regional que as impossibilita de realizarem puxos eficazes, quer por essas não terem frequentado a preparação para o parto e, por isso não saberem como agir no ato de parir” (CARDOSO, 2015).

No entanto, a visibilidade da assistência cientificamente sustentada deve também se fundamentar no conhecimento próprio da Enfermagem, sendo comunicada à sociedade através do correto registro de seus diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem. Assim, todo o trabalho de assistência à parturiente em todas as fases do ciclo gravídico deve se orientar pela aplicação do processo de Enfermagem,

Para tanto se fez necessário uma longa “caminhada histórica” para chegarmos ao atual modelo de enfermagem, logo as primeiras modificações nasceram com Florence Nightingale que foi guiada pela preocupação da enfermagem com questão teórica. Florence Nightingale idealizou uma profissão baseada em reflexões e questionamentos, tendo como objetivo criar um conhecimento científico diferente do biomédico, no entanto a enfermagem acabou por assumir uma orientação profissional baseada nas práticas intuitivas não sistematizadas, segundo Souza (1984) citado por Tannure e Pinheiro(2008 p.7) desse modo ocorreu uma quase-estagnação da enfermagem centrada no modelo biomédico.

No Brasil, a primeira teórica foi Wanda Horta que propôs na década de 1970 o PE, definido esta (2011) como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas cujo foco é prestar a assistência ao ser humano por meio do dinamismo de seis etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico (HORTA, 2011). Atualmente essas seis etapas estão simplificadas em

cinco, excluindo-se o plano de cuidados que está contido no plano assistencial, tornando-o mais facilmente aplicável na prática.

A aplicação do PE tem possibilitado a prestação de uma assistência melhor qualificada, pois proporciona um olhar ampliado ao cuidar, organização ao processo de trabalho do enfermeiro e a documentação o que permite a continuidade do cuidado realizado, além de conferir autonomia e visibilidade à profissão (RAMALHO NETO, 2010)

O processo de enfermagem é mais do que algo a orientar o planejamento formal dos cuidados e a documentação. É o que deve orientar o pensamento dos enfermeiros, cotidianamente. A cada turno, cabe-lhe investigar, diagnosticar, planejar, implementar e avaliar (ALFARO-LEFEVRE, 2014), o que é preciso testar na prática da Enfermagem Obstétrica, em todas as fases do trabalho de parto e parto, cuidando da mulher e seu conceito no momento crucial do ciclo gravídico.

No âmbito da enfermagem obstétrica, estudos focalizando diagnósticos de enfermagem identificados durante a parturição são escassos, pouco contribuindo para elucidação dos fenômenos de interesse para prática profissional nesta área de interesse, além de não utilizarem um sistema de classificação que represente o domínio da enfermagem, de forma abrangente (SILVA AF e et al, 2012)

Tal realidade urge ser modificada e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, como uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representa o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial (GARCIA, 2015) pode ser uma ferramenta de grande ajuda, por se tratar de browser para ser empregada em prontuários eletrônicos, registrando DE, resultados e intervenções, as quais são oriundas das boas práticas obstétricas.

A CIPE é um sistema de linguagem, unificado e universal, que integra as diversas classificações desenvolvidas ao longo do tempo, facilitando a melhoria da assistência ao cliente e permitindo a visibilidade da contribuição do enfermeiro na equipe multiprofissional. Em 1989, o conselho de representantes nacionais aprovou o desenvolvimento do sistema da CIPE no congresso quadrienal do conselho internacional de Enfermagem em Seul, na Coréia. (SANTOS, e et al, 2012)

As afirmativas de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem, elaboradas a partir da composição de termos constantes e não constantes na CIPE, podem ser organizadas em grupos significativos para a prática de enfermagem, direcionados para uma área ou especialidades. E desse modo, satisfazer uma

necessidades da prática na construção de sistemas manuais ou eletrônicos de registro de paciente SILVA AF e et al, 2012

Usufruindo da oportunidade, também pela falta de pesquisa e publicações nesta área, sentiu-se a necessidade de identificar os indicadores de diagnósticos no período expulsivo e elaborar diagnósticos de enfermagem para a parturiente, utilizando o modelo de sete eixos da CIPE. Acredita-se que o estudo poderá contribuir para elucidação dos fenômenos específicos da prática de enfermagem na área obstétrica, dando maior visibilidade à Enfermagem.

2. Percurso Metodológico

2.1 Tipo de estudo

Foi 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 no período expulsivo do trabalho de parto e o comportamento das variáveis selecionadas: presença do acompanhante, prática da amniotomia e uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor.

A análise documental foi realizada nas dependências da Escola de Enfermagem e Farmácia onde se realiza o V Curso de Especialização em

Enfermagem Obstétrica, sendo que o trabalho foi feito de forma individual, 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 considerados como fontes primárias o diário de campo dos pesquisadores, 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, de posse e uso dos pesquisadores que ao final seria 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 pelos pesquisadores.

O partograma onde os pesquisadores tinham a obrigação de registrar corretamente todos os dados 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 fosse. Para assegurar que os dados estavam 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 os pesquisadores cederam seus registros para 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. execução de procedimentos como amniotomia,
2. presença de acompanhante junto à parturiente, no momento da expulsão do feto
3. Uso de técnicas não farmacológicas de alívio da dor
4. Indicadores de DE identificados na assistência à parturiente

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 aros assistidos pelos pesquisadores e os relativos aos indicadores de DE 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 no período expulsivo.

Procedimentos

Para a coleta de dados os pesquisadores procederam da seguinte maneira:

1. Todos foram orientados no decorrer do curso que deveriam registrar o acompanhamento das parturientes que atendessem durante as atividades práticas em um diário de campo cedido pela coordenação. Este procedimento continua sendo realizado até que o curso se conclua.
2. Após o fechamento e pactuação com os pesquisadores, 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. Os especializandos, ao se envolverem com a parturiente preenchiam o partograma e ali faziam a evolução do parto com as informações exigidas em cada campo do atendimento ao parto e depois de concluído o processo fotografaram 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 densificadas 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. Ao

serem compartilhados foi possível cegar os pesquisadores que produziram os registros.

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 especialistas 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.

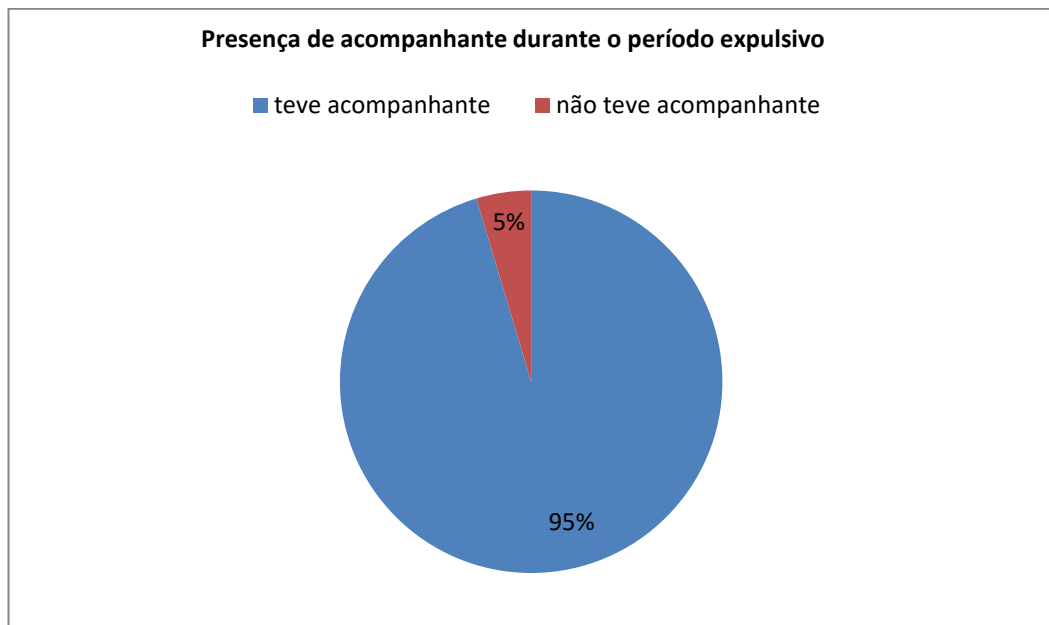
O segundo risco foi de demora na execução das intervenções de enfermagem à parturiente por estarem registrando dados. Essa dificuldade foi contornada pela decisão de agir primeiro e registrar a ação em seguida, fotografando o partograma como espelho e escrevendo no diário de campo após concluída cada ação.

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 identificados e poderão orientar o desenvolvimento do PE na assistência à parturiente no período expulsivo.

3.1 – Caracterização dos partos assistidos durante o curso de pós – graduação.

Até o momento de apresentação dos trabalhos de conclusão do curso haviam sido realizados 108 partos e todos foram contados para realização deste trabalho. No que diz respeito à presença do acompanhante no período expulsivo os registros mostraram que foi muito frequente a parturiente poder contar com alguém de sua confiança ao seu lado, como demonstra o Grafico1:



Fonte: registros nos diários de campo dos especializandos.

Gráfico 1 – Distribuição dos partos assistidos segundo a presença do acompanhante no período expulsivo. Maceió, 2015

De acordo com os dados do Gráfico 1 verifica-se que em 95% dos partos assistidos a parturiente contou com o acompanhante de sua escolha no período da expulsão. Este dado é muito significativo porque mostra que os especializandos adotaram as boas práticas obstétricas neste quesito e aplicaram porque entenderam o contexto, orientando como intervenção de Enfermagem a sua presença ativa, acalmando e incentivando a parturiente na hora da expulsão fetal.

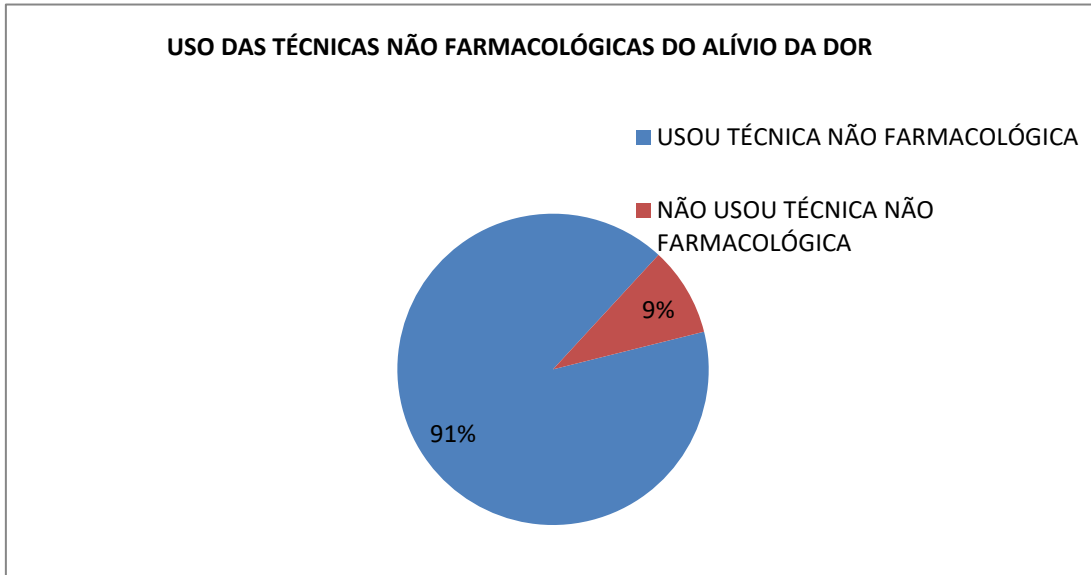
Assim a mulher poderá optar em ter um acompanhante com o qual ela possua vínculo para estar ao seu lado seja no período de trabalho de parto, parto ou pós-parto imediato. O pai do bebê pode ser considerado o acompanhante ideal para a mulher no processo de parturição, devido a fatores como a formação de vínculo e a representação de laços de família, uma vez que, ao acompanhar o nascimento do filho, ele estaria afirmando sua paternidade, assim como valorizando seu papel. (PERDOMINI, et al 2011).

Poder ter o marido ou outra pessoa significativa junto de si durante o parto e poder ver e tocar no bebê logo a seguir ao parto são aspectos que, hoje em dia, as mulheres geralmente valorizam e consideram como mais determinantes para uma boa experiência de parto (FIGUEIREDO, et al 2012).

As evidências científicas apontam que o apoio durante o trabalho de parto por pessoa da rede social da mulher contribui não só para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e neonatais, mas também para uma maior satisfação da mulher e da família com a experiência do nascimento (BRUGGEMAN, et al 2013).

Por outro lado, deve ser esclarecido que 5% das parturientes não tiveram esse apoio, conforme registrado nos diários de campo, onde se verificou a ausência deste acompanhante desde sua admissão na maternidade. O que se observa é que a prática da pesquisadora seguiu é que na ausência do acompanhante a equipe de enfermagem tenta suprir ao dirigir a mulher intervenções como “incentivar a mulher com palavras de estímulo e conforto”, “fazer massagem nas pernas e região lombar”, “apoiar e ajudar a mulher para verticalizar a posição de parir”, “dar liberdade de movimento”.

No que diz respeito à utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, os dados do Gráfico 2 apresentam o comportamento desta variável conforme as informações registradas no diário de campo do especializando



Fonte: registros nos diários de campo dos especializando.

Gráfico 2 – Distribuição dos partos segundo uso de TNF durante o período expulsivo. Maceió, 2015.

Os dados do Gráfico 2 revelam que 91% das parturientes tiveram acesso a alguma técnica não farmacológica de alívio da dor. Este resultado é esperado uma vez que os partos foram acompanhados pelos especializando que estavam aptos e motivados para agir conforme esta diretriz obstétrica. As mais utilizadas foram as massagens, palavras de estímulo e encorajamento, tornar o acompanhante ativo e colaborativo e responder às dúvidas da parturiente nos intervalos das contrações.

A técnica não farmacológica menos frequente foi a verticalização do parto, devido às normas e práticas da maioria das maternidades frequentadas para as atividades práticas do curso. Ainda há muita resistência por parte dos serviços e mesmo quando o período expulsivo ocorreu no leito, foi possível adotar posição lateralizadas, mas dificilmente o parto foi verticalizado.

A dor é considerada uma experiência sensorial, subjetiva e, de acordo com o aprendizado frente a experiências prévias, constitui-se em vivência emocional, além de representar importante sinal do início do trabalho de parto. Nesta condição, deve-se considerar adaptações e métodos de alívio, na tentativa de apoiar e encorajar as parturientes, companheiros e familiares, não associando a dor do parto ao medo, ao

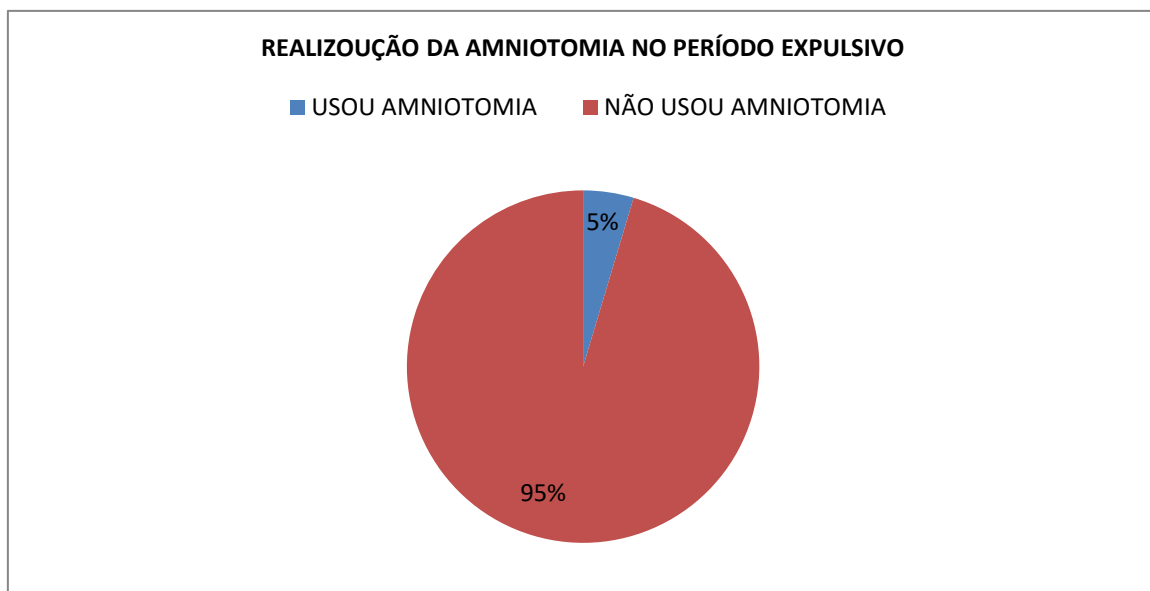
perigo e sofrimento. Uma vez que a dor do parto, independentemente de influências sócio-culturais, pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres, tornando-se a mais dolorosa experiência de suas vidas. No que tange a temática do alívio da dor à parturiente, o uso dos métodos não farmacológicos são propostos como uma opção para substituição de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto. Nesta perspectiva, estes cuidados são incentivados através da recomendação da prática de algumas ações não farmacológicas, como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada e ofegante, comandos verbais e relaxamento, banhos de chuveiro e de imersão, toque e massagens e o uso da bola. Estas práticas têm a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções, cesarianas desnecessárias e a administração de fármacos.(DA SILVA, et al 2011).

Ao se fazer levantamento na literatura quanto a esses métodos não farmacológicos, identificamos que, em 2006, uma pesquisa utilizou técnicas de respiração e relaxamento muscular para o alívio da dor de parturientes. Como resultados, foi identificado que essas técnicas não reduziram a intensidade da dor, porém promoveram a manutenção de baixo nível de ansiedade das parturientes por um tempo mais longo durante o trabalho de parto. Entretanto, em outro estudo realizado em Goiânia/GO, no período de 2000/2001 com parturientes utilizando as mesmas técnicas de respiração e relaxamento muscular, foram constatadas sensações de aumento na tolerância à dor, encorajamento e vigor a essas mulheres para vivenciarem o parto por meio do bem-estar físico e psicoemocional. Em estudo de intervenção ao serem aplicadas técnicas de relaxamento muscular progressivo em mulheres durante o trabalho de parto, pesquisadores identificaram que essa técnica causa alívio da dor manifestada pelas parturientes. Isso é relevante à medida que os efeitos da interferência dos pesquisadores com a obtenção de dados durante a aplicação da técnica resultaram em importante redução no nível de dor das parturientes em estudo. Identificamos também em estudo realizado com parturientes no preparo para o parto, que enfermeiras obstétricas acreditam no relacionamento enfermeira-parturiente-família, beneficiando a vivência emocional dessas mulheres em trabalho de parto. Para essas enfermeiras, o contato terapêutico junto às parturientes pode ser relacionado à massagem nas coxas, panturrilhas e pés, como terapia benéfica para o relaxamento, bem-estar, conforto e prazer da parturiente, o qual deve ser realizado tanto pelos profissionais de saúde

quanto pelos acompanhantes dessas mulheres. Uma pesquisa utilizando a massagem com gelo ao nível da L14 de parturientes para reduzir a dor das contrações durante o trabalho de parto identificou que as parturientes do estudo referiram significativa redução da dor. Para os autores, a massagem lombar com o uso do gelo é segura, não invasiva, não farmacológica e é um método alternativo para o alívio da dor de parto. A massagem também pode ser indicada no alívio da dor, ocasionada pelos impulsos nervosos gerados em determinadas regiões do corpo da parturiente, competindo com a mensagem da dor que está sendo enviada.(DAVIM E TORRES,2012).

Não obstante, é importante considerar que mudanças como esta exigem grande esforço de preparação da mulher desde o pré natal e durante o período de dilatação para que ela se sinta segura para alterar as práticas que habitualmente são relatadas por mulheres de sua convivência, principalmente aquelas com quem mantém vínculos estreitos como mães, avós, sogras e vizinhas.

A prática da amniotomia como intervenção d@ enfermeir@ obstétric@ foi outra variável estudada e os dados do Gráfico 3 mostram o que foi encontrados nos registros dos partos acompanhados, como se pode ver:



Fonte: registros dos partos acompanhados nos diários de campo dos especializandos

Gráfico 3 – Distribuição dos partos segundo realização de amniotomia. Maceió, 2015.

Os dados do Gráfico 3 revelaram que 5% dos partos contaram com a intervenção “Amniotomia” enquanto que 95% o rompimento da bolsa das águas se deu espontaneamente. Vale referir que em 103 partos não houve nenhuma forma de amniotomia e as membranas se romperam após a expulsão.

Esses dados evidenciam ainda as dificuldades que se enfrenta para garantir que o parto sofra a menor intervenção possível, apesar dos esforços dos especializandos. Por outro lado, nos casos em que a amniotomia foi feita por decisão da enfermeira obstétrica, houve o benefício da aceleração do período expulsivo, confirmando as recomendações da literatura.

A literatura pondera em relação aos riscos e benefícios inerentes a tal intervenção. Dentre os benefícios, ressalta-se a redução na duração do trabalho de parto e a diminuição no uso de ocitocina sintética. Por outro lado, observa-se tendência a um aumento nas taxas de cesarianas.³² Diante de tais evidências, os autores sugerem que a amniotomia deveria reservar-se para os casos de mulheres com evolução anormal de trabalho de parto.(SANCHES, et al 2012).

Uma vez analisados e discutidos os dados referentes às variáveis determinadas, sentiu-se necessidade de avançar em direção à adoção do PE no acompanhamento da parturiente no seguimento do parto. Neste segundo bloco de dados são apresentados os indicadores de DE mais frequentes no período expulsivo. Para tanto foi construído um quadro relacionando os indicadores encontrados nos registros dos diários de campo com os respectivos DE, acrescentando-se as intervenções existentes para cada um deles.

Deve-se esclarecer que em todos os registros foram encontrados os indicadores apresentados, porém as intervenções encontradas não constituíram um corpo de dados possíveis de serem quantificados. Assim, na descrição das intervenções possíveis se encontram as descritas na literatura e no catálogo da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem – CIPE dentre elas as que foram implementadas pelos especializandos. O Quadro I apresenta esses dados:

QUADRO I – INDICADORES DE DE NO PERÍODO EXPULSIVO. Maceió, 2015

Indicadores	NHB	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção
Dor em baixo	Necessidades	Dor de parto	• Avaliar o grau de desconforto da

<p>ventre</p> <p>Dor na região lombar</p>	<p>psicobiológicas</p> <p>Percepção dolorosa</p>		<p>parturiente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a prática de respiração apropriada e de técnicas de relaxamento entre as contrações • Executar massagem na região lombar; • Adotar a posição escolhida pela mulher para parir • Apoiar a posição escolhida e proteger para evitar quedas; • Monitorar e registrar frequência, intensidade e duração das contrações uterinas; • Monitorar e registrar BCF's com sonar • Monitorar e registrar perdas vaginais, • Incentivar a mulher com palavras de encorajamento
<p>Estresse, medo e ansiedade</p> <p>Oxigenação comprometida</p>	<p>Psicossocial</p> <p>Segurança física e emocional</p> <p>Necessidade psicobiológicas</p>	<p>Estado emocional comprometido</p> <p>Medo do parto</p> <p>Dispneia</p> <p>Hiperventilação durante o parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover ambiente calmo, silencioso com pouca luminosidade; • Promover aromaterapia; • Promover musicoterapia; • Incentivar a presença ativa do acompanhante; • Esclarecer as dúvidas da parturiente; • Incentivar puxos e encorajar respiração correta • Ensinar técnica de respiração e relaxamento; • Monitorar o batimento cardíaco fetal antes, durante e após as contrações; • Monitorar saturação de oxigenação materna se necessário; • Ofertar oxigênio quando necessário
<p>Alterações dos SSVV</p>	<p>Necessidade psicobiológicas</p>	<p>Risco de Aumento da PA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar SSVV
<p>Intervalos menores das contrações</p>	<p>Necessidade psicobiológicas</p>	<p>Risco para hipóxia fetal</p> <p>Risco para hipertonia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar e avaliar BCF antes durante e após as contrações; • Avaliar perdas vaginais e descida da apresentação até a sua exposição
<p>Dificuldade de descida do feto</p>		<p>Parada secundária da descida;</p> <p>Risco para distócia trajeto</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar posição de cócoras; • Verificar se a apresentação é visível • Solicitar avaliação médica
<p>Dinâmica uterina irregular</p>		<p>Risco para distócia de motor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar posição verticalizada;
<p>Taquissistolia</p>		<p>Risco para hipóxia fetal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoramento intermitente dos BCF's; • Orientar técnicas respiratórias • Ofertar oxigenioterapia a parturiente; • Avaliar a necessidade episiotomia de forma individualizada com prudente avaliação e seguindo as evidências atuais

Contrações uterinas mais intensas e frequentes		Puxos expulsivos presentes	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar a dor; • Orientar que os puxos devem ser espontâneos, quando tiver vontade de fazer força; • Aplicar técnicas não farmacológicas de alívio da dor : massagem; utilização de compressas frias
Alteração fisiológica dos Batimentos cardíofetais		Risco para sofrimento fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Auscultar os BCF's • Comunicar o plantonista da obstetrícia
Dilatação total da cérvix uterina		Período expulsivo presente;	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar a dor; • Aplicar técnicas não farmacológicas de alívio da dor; • Orientar técnicas respiratórias • Estimular posição verticalizada;
Apagamento do colo uterino		Segmento de parto presente	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar a dor; • Aplicar técnicas não farmacológicas de alívio da dor; • Orientar técnicas respiratórias • Estimular posição verticalizada;
Apresentação do polo cefálico		Período expulsivo presente	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar descida fetal; • Relacionar apresentação fetal com as estruturas de referência.
Parturiente com vontade de fazer força		Puxos expulsivos presentes	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar a dor; • Aplicar técnicas não farmacológicas de alívio da dor; • Incentivar a forma correta de fazer força • Incentivar a mulher com palavras estimuladoras
Intensa vontade de evacuar		Dor do período expulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciar a dor; • Aplicar técnicas não farmacológicas de alívio da dor; • Isolar possível evacuação da área limpa com campo duplo
Sangramento discreto de coloração vermelho vivo		Risco para hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar apoio emocional; • Avaliar sangramento;
Bolsa rota artificialmente		Risco para prolongamento do período expulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar coloração do líquido amniótico; • Avaliar condições do feto
Bolsa rota espontaneamente		Risco para prolongamento do período expulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar coloração do líquido amniótico • Avaliar condições do feto
Bolsa íntegra		Risco para prolongamento do período expulsivo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar coloração do líquido amniótico • Avaliar condições do feto
Movimentos respiratórios violentos	Oxigenação	<p>Troca de gases prejudicada</p> <p>Risco para hiperventilação;</p> <p>Risco para dispnéia;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar técnicas respiratórias; • Orientar manter DLE; • Monitorar batimentos cardíacos fetais intermitente;
Preservação		Risco para	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar manobra de Ritgen.

perineal		laceração perineal	
Coroamento		Apresentação fetal baixa	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar manobra de Ritgen; • Verificar a presença de circular de cordão; • Encorajar posição verticalizada respeitando preferencia da parturiente; • Deixar realizar os movimentos passivo de rotação externa , livre de mãos, lentamente a cabeça vai girando
Desprendimento fetal		Expulsão uterina fetal sem distócia ou intercorrências	<ul style="list-style-type: none"> • Deixar passar lentamente a cabeça do feto, • Proteger o períneo durante o nascimento; • Recepcionar RN em campos aquecidos; • Aquecer e estimular o rn; • Estimular contato pele a pele; • Colocar o recém- nascido sobre o ventre materno com consentimento da genitora; • Aquecer e estimular RN; • Clampear e cortar o cordão umbilical após o término das pulsações; • Colocar o recém-nascido junto ao seio materno para estimular o aleitamento e liberação de ocitocina; • Promover ambiente calmo, silencioso com pouca luminosidade em temperatura adequada ao RN; • Verificar integridade da placenta após delivramento;
Lesão perineal ou vaginal	Integridade tissular prejudicada	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
Retração uterina		Involução uterina eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Massagear o fundo do útero; • Anotar altura do fundo útero;
Completa exaustão depois das contrações expulsivas	Atividade física, mecânica e locomeção	Intolerância a atividade; Exaustão pós parto; Fadiga;	<ul style="list-style-type: none"> • Ofertar apoio a gestante; • Promover ambiente calmo, silencioso com pouca luminosidade; • Ofertar líquidos claros via oral.
Euforia compensatória		Euforia pós trabalho de parto presente	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular formação do vínculo mãe-bebê

Os dados coletados nos registros dos partos assistidos sobre os indicadores de DE mostraram que ainda é muito pouco usual ter presente na sala de parto o raciocínio clínico do PE, no entanto, as intervenções que foram descritas mostram

que foram aplicados os conhecimentos adquiridos no período expulsivo. Não foi possível quantificar os indicadores, mas todos os que foram incluídos estiveram presentes em 100% das mulheres assistidas.

Outra limitação do estudo foi a impossibilidade de quantificar as intervenções que foram mais prescritas e implementadas, sendo as mais encontradas: “Promover ambiente calmo, silencioso com pouca luminosidade; aquecer o RN, promover o contato imediato pele a pele, técnica de respiração, musicoterapia, clampeamento tardio do cordão umbilical, massagem, encorajar e estimular a parturiente.

CONCLUSÃO

Foi possível caracterizar através dessa pesquisa os partos realizados durante o curso de especialização, até o momento da apresentação, com relação a presença do acompanhante, o uso de métodos não farmacológico do alívio da dor e a realização da amniotomia, bem como correlacionar os indicadores identificados nos registros de parto, onde foi contabilizados 108 partos.

Conclui-se que 95% dos partos as parturientes contaram com a presença do acompanhante na sala de parto no período expulsivo, e que 91% tiveram acesso a alguma técnica não farmacológica do alívio da dor de parto e que a realização da amniotomia ocorreu em 5% dos partos. E foram encontrados 11 indicadores comuns a 100% dos registros dos partos assistidos no total de 28 indicadores que geram DE e orientam na assistência de enfermagem prestada.

Os indicadores de diagnósticos de enfermagem encontrados nos registros de partos afirmaram os diagnósticos de enfermagem e fundamentam a sistematização da assistência elaborada nesse estudo, onde expressam os fenômenos inerentes às necessidades da parturiente, utilizando a CIPE como ferramenta para denominar esses fenômenos por meio de uma linguagem profissional padronizada.

A partir deste estudo será possível propor um protocolo visando o desenvolvimento da sistematização da Assistência de enfermagem no centro obstétrico de um hospital Público na cidade de Maceió.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, Rosalina. **Aplicação do processo de enfermagem: Fundamentos para o raciocínio clínico**/ Rosalinda Alfaro-LeFevre; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Maria Augusta M. Soares, Valéria Giordani Araújo- 8.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2012. 271p;
- BAVARESCO, Gabriela Zanella et al. **O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente**. Cienc. Saúde coletiva, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, 2011;
- BRASIL, 2001;
- BRASIL, 2014;
- BRAZ et al, 2014;
- 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* 17.3 (2013): 432-8;
- CARDOSO, D. **As posições maternas durante o trabalho de parto e a sua influência nas variedades occipito - posteriores fetais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola Superior de Enfermagem de Cabo Verde, 2015. Disponível em [URI: http://hdl.handle.net/10961/4727](http://hdl.handle.net/10961/4727) ;
- 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 RAMOS, Karla. **Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 1, p. 13-18, 2012.
- DA SILVA, Eveline Franco, Márcia Rejane Strapasson, and Ana Carla dos Santos Fischer. **"Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto."** *Revista de Enfermagem da UFSM* 1.2 (2011): 261-271
- DAVIM, Rejane Marie Barbosa, and Gilson de Vasconcelos Torres. **"Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes."** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Ver. Rene* 9.2 (2012);
- DOS SANTOS, Raquel Bezerra;
- EAL, Maria do Carmo et al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, suppl.1, pp. S17-S32. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>;

ENKIN M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnnet E, et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**, 3ª ed; Rio de Janeiro : Guanabara koogan; 2005; O Segundo estágio do trabalho de parto p;165-61;

FIGUEIREDO, Bárbara, Raquel Costa, and Alexandra Pacheco. "**Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas.**" *Análise Psicológica* (2012): 203-217;

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

FRUTUOSO, Letícia Demarche, and Odaléa Maria Brüggemann. "**Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no Centro Obstétrico.**" *Texto Contexto Enferm* 22.4 (2013): 909-17;

GALLO, Rubneide Barreto Silva, et al. "**Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial.**" *Femina* 39.1 (2011): 41-48;

GARCIA, Telma Ribeiro; **Classificação internacional para a prática de enfermagem- CIPE**, Porto Alegre : Artmed, 2015;

GARCIA, Telma Ribeiro; NOBREGA, Maria Miriam Lima da. **Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área.** *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 57, n. 2, p. 228-232, abr. 2004; Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000200019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 maio 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>;

Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil , Brasília (DF), 8 abr 2005;

MOÇAMBIQUE, 2011;

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas, and Ana L. cia de Lourenzi Bonilha. "**A participação do pai como acompanhante da mulher no parto.**" *Texto and Contexto Enfermagem* 20.3 (2011): 245;

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 5ª edição. 2004;

PROENF- Programas de Atualização em Enfermagem Saúde Materna e Neonatal. Porta Alegre: Artmed/ Panamericana,2010 ciclo1. Módulo 1;

RAMALHO NETO, José Melquiades; FONTES, Wilma Dias de and NOBREGA, Maria Miriam Lima da. **Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.4, pp. 535-542. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400011>;

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

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015;

SANCHES, Natália Canella, Fabiana Villela Mamede, and Raquel Bosquim Zavanella Vivancos. "**Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto.**" *Texto and Contexto Enfermagem* 21.2 (2012): 418;

SANTOS, Raquel Bezerra dos and RAMOS, Karla da Silva. **Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2012, vol.65, n.1, pp. 13-18. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100002>

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. [[Links](#)]

SILVA AF, Nóbrega MMI, Macedo WCM; **Diagnóstico/ resultados de enfermagem para parturiente e puérpera utilizando a classificação internacional para prática de Enfermagem**; Revista; Eletrônica de enfermagem; {Internet}; 2012 , acesso em 08/10/2015 , as 22:15 horas , Disponível em <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.11211>,

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.

SOUZA et al, 2015.

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

TANNURE MC, Pinheiro AM. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 9-156 p.

ANEXOS

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

Formulário para Análise externa e interna 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 ao período expulsivo

Anexo B- Ficha de registro de parto e nascimento.



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



FICHA DE REGISTRO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO																										
DADOS GERAIS				DADOS DO PARTO						DADOS DO RN		PÓS-PARTO	PRECEPTOR													
Nº	DATA	REGISTRO E INICIAIS DA MÃE	ID	GPA	IG	MÉTODOS NFD	PARTOGRAMA	ACOMPANHANTE	APRESENTAÇÃO			posição verticalizada	AMNIOTOMIA	EPSIOTOMIA	LACERAÇÕES	TCC	OCIT IM	CONTATO PELE A PELE	AME 1ª HORA	PESOS		OBSERVAÇÃO				
									CEFÁLICO	PÉLVICO	outras										1ª MIN	2ª MIN				
1																										
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/ABR.
 TCC - TRACÇÃO CONTROLADA DO CORDÃO
 MFC - MALFORMAÇÃO FETAL CONGENITA

PROF HPP - PROFILAXIA DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO
 VINCULO - VINCULO COM/ERN IMEDIATO
 MANOBRAS EXTRATIVAS - FORCEPS, VÁCUO EXTRATOR, VERSÃO EXTERNA
 MÉTODOS NFD - MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR