



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA
REDE CEGONHA – UFPI/UFMG/MS**

IZAURA DE SOUSA E SILVA

**ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM NO QUARTO PERÍODO CLÍNICO
DO PARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE TERESINA:
UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**TERESINA/PI
2015**

IZAURA DE SOUSA E SILVA

**ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM NO QUARTO PERÍODO CLÍNICO
DO PARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE TERESINA:
UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Relatório final do projeto de intervenção apresentado à Banca de defesa como requisito necessário para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Simone Santos Silva

**TERESINA- PI
2015**

IZAURA DE SOUSA E SILVA

**ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM NO QUARTO PERÍODO DO PARTO EM UMA
MATERNIDADE PÚBLICA DE TERESINA:
UM PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Relatório final do projeto de intervenção apresentado à Banca de defesa como requisito necessário para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Simone Santos Silva

APROVADA: ____ de _____ de _____.

Prof^ª. Ms. Simone Santos e Silva - Presidente
Universidade Federal do Piauí

Prof^ª. Esp. Bruna de Abreu Sepúlveda - 1^a Examinadora
Universidade Federal do Piauí

2^a Examinador (a)
Universidade Federal de Minas Gerais

Aos meus pais, irmãos, sobrinhos, filha e à orientadora Simone Santos e Silva que luta ao meu lado, transmitindo fé, amor, alegria, determinação, paciência e coragem.

AGRADECIMENTOS

Ao olhar para trás vi que uma jornada bastante árdua foi vencida, graças ao poder de Deus, em todos os momentos, tive a certeza de sua presença em minha vida dando-me força e muita coragem.

À Universidade Federal do Piauí e Universidade Federal de Minas Gerais por me proporcionar a oportunidade deste curso e o ensino de qualidade.

Às participantes dessa banca pela disponibilidade e generosidade com que aceitaram participar desse momento.

À minha orientadora Prof.^a. Ms. Simone Santos e Silva pelo apoio e contribuição para a concretização deste estudo.

À professora da disciplina de Trabalho de Conclusão do Curso, Prof.^a. Dr.^a. Márcia Teles, pelos ensinamentos e constante incentivo.

Aos meus pais Maria José e Raimundo Nonato pelo amor incondicional, incentivo e apoio.

Aos meus irmãos, sobrinhos e filha pelo carinho e afeto.

Aos meus amigos que sempre fortaleceram minha confiança e constantemente me apoiaram em momentos difíceis.

RESUMO

O quarto período clínico do parto corresponde à primeira hora após a saída da placenta. Esse período é muitas vezes negligenciado pelos profissionais de saúde, tornando-se um período de amplo risco materno. Na maternidade em estudo, as pacientes logo após o parto são encaminhadas às enfermarias de alojamento conjunto sem uma avaliação prévia, muitas vezes com um quadro de atonia uterina inicial, mas que não é observado e estas ficam sem a assistência devida, demorando na identificação de hemorragias que podem ser fatais. Não há rotinas de enfermagem quanto a esse período tão importante do parto, o que motivou a iniciativa deste projeto de intervenção que tem como objetivo implantar a rotina de assistência de enfermagem no quarto período clínico do parto em um centro obstétrico. Metodologia: Trata-se de um projeto de intervenção, que é uma proposta de ação a partir da leitura de uma realidade. Foi elaborado um formulário de avaliação da paciente que será implantado sob forma de treinamento em serviço em todos os turnos e equipes de enfermagem, e avaliar-se-á depois da implantação através de dados nos prontuários. Resultados e discussões: A intervenção consistiu na criação de uma rotina para o serviço de enfermagem a partir da utilização de um formulário onde o profissional de enfermagem faz a avaliação do tônus uterino, sinais vitais e características do sangramento no pós-parto e registra em formulário próprio depois da primeira hora pós-parto, antes que a paciente saia do centro obstétrico e seja encaminhada para o alojamento conjunto. Nessa oportunidade deve-se também estimular a amamentação e o contato pele-a-pele entre mãe e o recém-nascido. Considerações finais: A criação de um instrumento para melhorar a rotina de assistência ao parto e pós-parto melhora a assistência de enfermagem no centro obstétrico e pode prevenir as mortes relacionadas à hemorragia pós-parto, além de que aponta para a necessidade de ações subsequentes relacionadas a essa temática, como a criação de rotinas para todas as atividades de enfermagem no centro obstétrico.

Palavras-chave: Parto normal, período pós-parto, hemorragia pós-parto, enfermagem.

ABSTRACT

The room clinical stage of labor corresponds to the first hour after delivery of the placenta. This period is often overlooked by health professionals, becoming a period of wide maternal risk. The fourth stage of labor is still overlooked by many professionals. In that maternity patients soon after birth are forwarded to the rooming-in wards without prior evaluation, often already with an initial uterine atony board, but that is not observed and these are without proper care, delaying the identification bleeding that can be fatal. There at the Obstetric Center (COS) of said public maternity nursing routines about this important period of delivery, which prompted the intervention of this project. Methodology: This is an intervention project, which is a proposal for action from the interpretation of reality, a form of evaluation of the patient who will be deployed in the form of in-service training on all shifts and nursing teams has been prepared, deploy in the form of training services to these teams and evaluate using data from medical records. It aims to: implement care routine that period, implement the use of the form, involve the whole staff participation in this implementation. Results and discussion: The intervention consisted in creating a routine for nursing service from the use of a form where the professional nursing is the evaluation of uterine tone, vital signs and bleeding characteristics postpartum and records Form itself after the first postpartum hours before the patient get out of the delivery room and is forwarded to the rooming. This opportunity should also encourage breastfeeding and skin-to-skin contact between mother and newborn. Final thoughts: Creating a tool to improve delivery care routine and postpartum improves nursing care at the obstetric center and can prevent deaths related to postpartum hemorrhage, and that points to the need for subsequent actions Related to this issue, such as creating routines for all nursing activities in the delivery room. Keywords: Natural childbirth, postpartum, postpartum hemorrhage, nursing

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	11
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	12
4 OBJETIVOS.....	14
5 METAS.....	14
6 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
7 METODOLOGIA.....	18
8 CRONOGRAMA.....	19
9 ORÇAMENTO.....	20
10 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	21
11 CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICE.....	24

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna e infantil são indicadores que há tempos tem sido foco de discussões, buscando-se formas para sua diminuição. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, cerca de 585000 mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico puerperal (CGP). Em 2001, nas capitais brasileiras, os dados foram de 74,5 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2004). Segundo dados do DATASUS(2015), em 2014 no Brasil houveram 51194 mortes maternas registradas, sendo a região Nordeste responsável por 13685 e o estado do Piauí por 813 mortes no período do CGP.

Durante a evolução do ciclo gravídico puerperal, são inúmeras as alterações e adaptações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas que se realizam para a perfeita interação entre a formação do embrião e o desenvolvimento do feto e, o relacionamento fisiológico dos mesmos, com o organismo materno que os mantêm. Essas trocas funcionais iniciam-se com a fertilização do ovócito materno, interagem durante toda a gravidez, desaparecendo de forma quase completa após o término da lactação. Essas alterações tornam esse momento na vida da mulher um momento de riscos(ROZAS, WEY,GARCIA,2011).

No processo de trabalho em saúde materno-infantil, segundo recomendação da Organização Mundial de Saúde, todos os profissionais devem ter qualificação e competência para executar a assistência básica à mulher e ao recém-nascido, tais como a assistência no pré-natal, no trabalho de parto, no parto, no puerpério, no planejamento familiar e assistência imediata ao recém-nascido. Essa qualificação se estende à capacidade de encaminhar a mãe e o recém-nascido para uma assistência mais complexa caso surjam complicações. Finalmente, devem ter a paciência e a empatia necessárias para dar apoio à mulher e à família(VERSIANI *et al*, 2008).

O parto merece atenção particular por ser um momento relativamente curto, se comparado a outros não menos importantes do ciclo gravídico-puerperal que determinam profundas modificações na fisiologia materna e fetal. Deve ser alvo de apurada assistência, no sentido de proteger a espontaneidade de seu desenvolvimento. Deve-se também dispor de meios para corrigir rapidamente os desvios da normalidade, caso se apresentem (BRASIL, 2001)

O aumento da cobertura, a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a orientação adequada a gestantes representam estratégias a serem priorizadas para a obtenção da eficácia da assistência e para a redução da morbi-mortalidade materna e infantil.

Para tanto, foi criado o Projeto Maternidade Segura que objetiva, segundo Brasil (1995), a melhoria da qualidade de atendimento no âmbito hospitalar, mediante a mobilização dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, por meio da adoção dos Oito Passos para o Sucesso da Maternidade Segura.

Os passos são: passo 1 - “Garantir informação sobre saúde reprodutora e direitos da mulher”; passo 2 - “Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, e ao planejamento familiar”; passo 3 - “Incentivar o parto normal e humanizado”; passo 4 - “Ter rotinas escritas para normatizar a assistência”; passo 5 - “Treinar toda a equipe de saúde para implantar as rotinas”; passo 6 - “Ter estrutura adequada ao atendimento materno e perinatal”; passo 7 - “Possuir arquivos e sistema de informação”; passo 8 - “Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materno-perinatal” (BRASIL, 1995).

O 4º passo prioriza a existência de rotinas escritas para normatizar a assistência o que está de encontro com a proposta deste trabalho que é implantar uma rotina de assistência a mulher no quarto período clínico do parto ou período de Greemberg. Esse período é de grande importância na assistência à mulher, pois é nele que ocorre a ativação dos mecanismos de homeostasia para conter a hemorragia que sucede ao descolamento da placenta. Assim é o período em que se identifica a maior quantidade de casos de hemorragia puerperal que é a segunda maior causa responsável por óbitos maternos (OPAS, 2013).

O ideal é que a assistência de enfermagem contemple, neste momento em que a suscetibilidade ao sangramento é maior, a aferição dos sinais vitais a cada 15 minutos, a avaliação do sangramento, avaliação e palpação do fundo uterino para que seja detectada eventual hipotonia uterina. Se identificado hemorragias pós-parto esta deve ser tratada o mais rápido possível com massagens externas, com infusão de ocitocina, com tamponamento intra-uterino, com ligadura das artérias epigástricas dentre outras intervenções (OPAS, 2013; REZENDE, 2011).

Durante o acompanhamento clínico do trabalho de parto e do período expulsivo associam-se com quadro de sangramento elevado: parto prolongado associado a infecção uterina, descolamento prematuro da placenta, apoplexia uterina, parto taquitócico, uso indiscriminado de ocitocina, retirada manual da placenta, anestesia geral e uso de sulfato de magnésio. (REZENDE, 2011).

A manutenção do tônus uterino tem grande importância no que tange a homeostasia no quarto período. Isso se deve ao fato de os vasos perpendiculares ao miométrio, expostos após a dequitação, sofrerem oclusão mecânica pela musculatura uterina. Ao exame físico após a dequitação é possível palpar o útero logo abaixo da cicatriz umbilical, contraído e formando o

que classicamente é denominado de Globo de Segurança de Pinard. O obstetra deve rapidamente tomar conduta corretiva. As principais manobras, como manipulação mecânica uterina, administração de uterotônicos, tamponamento uterino, clampeamentos e embolizações vasculares temporárias e definitivas e medidas cirúrgicas(REZENDE,2011)

A assistência de saúde de qualidade nesse período diminui as chances de mortalidade materna por hemorragia pós-parto contribuindo para uma melhor assistência. A hemorragia quando diagnosticada precocemente pela equipe de saúde é facilmente tratada e evita-se complicações que resultam em óbito materno. Dessa forma, ressalta-se a importância da atuação da enfermagem na identificação precoce da hemorragia.

2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A prática baseada em evidências científicas na assistência obstétrica diminui os riscos de intercorrências durante o trabalho de parto, parto e pós-parto e está preconizada no modelo de humanização da assistência ao parto e nascimento. Na maternidade pública em que se desenvolveu esse estudo, o número de partos normais com assistência humanizada vem aumentando, diminuindo assim as intervenções desnecessárias a exemplo as medicações endógenas, como ocitocina, para acelerar o trabalho de Parto,o uso de fórceps, manobras de Kristeller, episiotomia de rotina, dentre outras.

Entretanto o quarto período do parto ainda é negligenciado por muitos profissionais. Na referida maternidade, as pacientes logo após o parto são encaminhadas às enfermarias de alojamento conjunto sem uma avaliação prévia, muitas vezes já com um quadro de atonia uterina inicial, mas que não é observado e estas ficam sem a assistência devida, demorando na identificação de hemorragias que podem ser fatais.

Essas pacientes deveriam ficar de observação por pelo menos duas horas após o parto e somente depois de avaliadas descerem para o alojamento conjunto, diminuindo assim os riscos de complicações por hemorragia grave. Não há no Centro Obstétrico (COS) da referida maternidade públicas rotinas de enfermagem quanto a esse período tão importante do parto, o que motivou a iniciativa deste projeto de intervenção.

Por meio da experiência profissional nessa maternidade, teve-se a oportunidade de vivenciar a desatenção em algumas etapas do parto pelos profissionais de saúde. E ao desenvolver as disciplinas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica pela UFMG/UFPI, vislumbrou-se a possibilidade de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso focado em uma proposta de intervenção, que trabalhasse a necessidade de atuação da

enfermagem no quarto período do parto para instituir a conduta realizada nesse período do parto.

Atualmente a maternidade de referência do Estado do Piauí, vem passando por um processo de mudanças, onde o parto humanizado tem se tornado rotina, ou seja, a assistência ao parto tem sido realizada com as mínimas intervenções possíveis. E para aperfeiçoar essa assistência humanizada, há a necessidade de uma assistência de qualidade no quarto período do parto, pois com base em experiência profissional nessa maternidade, já foi vivenciado situações de desatenção em algumas etapas do parto pelos profissionais de saúde que culminaram em complicações para pacientes.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Este projeto está sendo realizado na maternidade de referência no estado, Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER) que faz parte da história de mais de 40.000 pessoas que nasceram na instituição. É a maior maternidade pública do Piauí, referência em alta complexidade em todo o estado.

A Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER) localizada na região sul da cidade de Teresina-PI foi inaugurada pelo governador e médico, Dr. Dirceu Mendes Arcoverde, em 15 de julho de 1976 juntamente com Dr. Jurandir Mendes Soares, Secretário de Saúde do Estado e Dr. Carlos Burlamaqui da Silva na Secretária de Obras. Sua estrutura física pré-moldada bem como todos os equipamentos e materiais necessários para seu funcionamento foram adquiridos na Inglaterra. Atualmente, com a implantação da Gestão Plena Municipal no Sistema Único de Saúde a MDER passou a ser referência na rede municipal à assistência a gestante de alto risco, mantendo a referência estadual.

Na época de sua inauguração era a única maternidade pública da cidade de Teresina, capital do Estado do Piauí, localizado na região do nordeste brasileiro. Nos seus vinte e sete anos de existência tem passado por reformas ambientais e estruturais. Sua capacidade de leitos quando foi inaugurada era de 240 leitos obstétricos e ao longo dos anos foram acrescidos oito leitos perfazendo um total de 248 leitos obstétricos. Além destes, ainda conta com 167 leitos neonatais. É a maior maternidade do estado e responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina. Apresenta em média 1200 internações por mês das quais 900 são partos.

O Bloco Cirurgico é composto por salas de 04 salas de cirurgias, 01 farmácia, 01 esterilização, 04 salas de parto e ainda 01 sala do Recem Nascido – RN.

A intervenção está sendo realizada no centro obstétrico (COS) para a equipe de enfermagem. O COS é constituído por 12 leitos de pré-parto, 4 salas de parto, 2 repousos e 1 sala para cuidados mediatos com recém-nascido. A equipe de enfermagem é formada por 24 técnicos de enfermagem e 12 enfermeiros. A cada plantão de 12 horas, trabalham 2 enfermeiros e 4 técnicos de enfermagem.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

Implantar uma rotina da assistência de enfermagem no quarto período do parto no centro obstétrico de uma maternidade de referência de Teresina.

4.2 ESPECÍFICOS

Elaborar o formulário de avaliação de enfermagem no 4º período clínico do parto

Implementar a utilização do formulário de avaliação pela equipe de enfermagem no 4º período clínico do parto.

Envolver toda a equipe de enfermagem da maternidade na participação dessa implementação.

5 METAS

Elaboração do formulário de avaliação e registro da enfermagem;

Apresentação aos enfermeiros e técnicos de enfermagem e direção da maternidade;

Dentro do período de um ano (2016 a 2017) implementar a rotina da assistência no quarto período clínico do parto contando com a participação de toda a equipe de enfermagem.

6 REFERENCIAL TEÓRICO

O Ciclo Gravídico Puerperal normal compreende três fases: a primeira evolutiva representada pela gestação, à segunda é a resolutiva através do trabalho de parto ou expulsão fetal e de seus anexos e, finalmente, a última que é representada pelo puerpério ou fase involutiva, durando até o retorno às condições maternas pré- gravídicas. A segunda fase do CGP é o trabalho de parto (TP) que se inicia, geralmente durante a 37ª semana da gestação à 41ª semana da gestação e se caracteriza pelo aparecimento de contrações uterinas que produzem apagamento e dilatação cervical para a expulsão do feto. Esse processo é dividido em quatro períodos, denominados períodos clínicos do parto (ROZAS, WEY, GARCIA, 2011).

O primeiro período, chamado dilatação, é o intervalo desde o início do TP até a dilatação completa. Esse período compreende a fase latente caracterizado por um padrão contrátil irregular (fase inicial) e a fase ativa que é quando a paciente apresenta um padrão contrátil regular e doloroso (REZENDE, 2011).

O segundo período corresponde ao período que vai desde a dilatação completa até o desprendimento do feto. O terceiro é o período de tempo entre a expulsão do feto e a expulsão da placenta. E o quarto período e último período do parto, corresponde ao período que vai desde a expulsão da placenta até a 1ª hora após a expulsão da mesma. Esse período é também conhecido como período de Greemberg (REZENDE, 2011).

Durante o período de Greemberg, o corpo feminino passa por quatro fases essenciais a hemostasia: miotamponagem que é a laqueadura viva dos vasos uterinos, determinada pela retração da musculatura uterina; trombotamponagem, que é a formação de trombose nos grandes vasos do sítio placentário; indiferença miouterina, que é quando o útero apresenta-se apático e do ponto de vista dinâmico e passa por fases de contração e relaxamento; e a contração uterina fixa que corresponde ao período em que o útero adquire maior tônus e assim se mantém, geralmente decorrido uma hora após a dequitação, formando o globo de segurança de Pinard e se mantém assim até ocorrer à involução puerperal (FREITAS, 2011).

No período de involução e recuperação do organismo materno, que se adaptou e sofreu profundas modificações durante a gravidez e o parto, podem surgir alterações decorrentes da regressão dos tecidos, entre elas está a hemorragia pós-parto. As causas podem ser imediatas como atonia uterina, lacerações de trajeto, retenção de placenta e/ou placentação anômala, rotura uterina, inversão uterina ou mesmo uma hemorragia pós-parto tardia devido a restos placentários e hematoma puerperal (REZENDE, 2011).

A hemorragia pós-parto complica 18% de todos os partos e representa a segunda causa mais importante de mortalidade materna no mundo, responsável por 25 a 30% de todos os óbitos maternos. Estima-se, entretanto, que até 90% desses óbitos podem ser prevenidos com um melhor cuidado das equipes de saúde.(DEVINE, 2009).

Essa hemorragia é classificada em primária e secundária. A forma primária ocorre nas primeiras 24 horas após o parto, ocorrendo em 4 a 6% de todos os nascimentos, sendo na maioria das vezes devida a atonia uterina. A forma secundária ou tardia é quando ocorre entre 24 horas e seis semanas após o parto. Associa-se com complicação em 1 a 3% dos partos, na maioria das vezes, devido a retenção de restos placentários. Manifesta-se, frequentemente, na segunda semana de pós-parto. (DEVINE, 2009).

A principal causa de hemorragia pós-parto é a atonia uterina, isto é, quando o útero não contrai corretamente. Entretanto, outros fatores também podem ocasionar a hemorragia, tais como lacerações no trajeto do parto, à presença de tecido (em geral, partes da placenta) que não foi expulso durante a dequitação, ou à existência de valores baixos de fibrinogênio (um importante fator necessário à coagulação) na paciente (FREITAS, 2011)

Nos partos em que o útero é mais estimulado, quer seja porque se distendeu em demasia, ou porque o parto foi prolongado ou anormal, ou mesmo porque a mulher teve várias gravidezes anteriores ou ainda porque se utilizou um anestésico relaxante muscular durante o parto, o risco de hemorragias aumenta (FREITAS, 2011).

Na presença desses fatores juntamente com a falta de qualidade na assistência ao trabalho de parto e parto baseada em evidências científicas o risco materno aumenta e com isso os profissionais de saúde, em especial, de Enfermagem, devem estar mais atentos em relação aos períodos do parto, em especial ao período de Greemberg.

O período de Greemberg é de amplo risco materno, devido à possibilidade de grandes hemorragias pós-parto devido à falha nas fases da hemostasia uterina. Caracteriza-se hemorragia pós-parto, a perda de mais de 500 ml de sangue durante ou depois do terceiro período do parto. O grau de perda sanguínea se associa com a rapidez com que a placenta se separa do útero e com a efetividade da contração uterina. As causas da hemorragia pós-parto são diversas e a maioria delas pode ser evitada (OPAS,2013).

Uma vez estimada perda sanguínea como maior que 500 – 1000 mL, seja objetivamente ou por sintomatologia, ficam indicadas medidas ativas no sentido de estancá-la. A princípio a atitude deve ser clínica, reservando-se medidas cirúrgicas nos casos de manutenção de sangramento. Deve-se investigar as causas e se for, a atonia uterina que corresponde a maioria dos casos de hemorragia pós-parto, deve-se proceder à administração

imediate de medicação uterotônica e a massagem uterina. A primeira escolha é a ocitocina, aplicada na dose de 10UI intramuscular ou 20UI diluídas em 500 a 1000mL de solução salina, infundida a uma velocidade de 250mL/h . O uso intravenoso permite ação mais rápida (quase instantânea), porém menos duradoura (cerca de 30 minutos), ao contrário da via intramuscular que age em 3 a 7 minutos e seu efeito se prolonga por mais de 60 minutos (BAGIERI *et al*,2011).

Se as medidas clínicas de controle da HPP falharem, o profissional responsável deverá inspecionar novamente vulva, vagina e cervix em busca de lacerações. Caso o sangramento seja de trato genital superior, a cavidade uterina deverá ser examinada na busca de restos placentários, perfurações, ruptura ou inversão uterina parcial. Pensando-se não só em atonia uterina, mas também nas demais causas de hemorragias pós-parto, a última e definitiva alternativa terapêutica é a histerectomia puerperal (BAGIERI *et al*,2011).

7 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, que é uma atividade constituída para definir um problema identificado, transformando uma idéia em ação, definir a análise e seguir passos e assim tentar solucioná-lo. É uma proposta de ação a partir da leitura da realidade, considerando o contexto nas suas várias expressões: social, político, ideológico, cultural, econômico, político (BARROS, LEHFELD; 1999).

Assim, após o levantamento do problema, o projeto de intervenção é indicado para realização de ação para implementação de rotinas de enfermagem com a participação de todas as equipes, a fim de sensibilizar, aproximar, prevenir e combater o problema levantado. Dessa forma, essa metodologia atende aos objetivos propostos nesse trabalho, pois trata-se da implantação de uma rotina na assistência de enfermagem ao quarto período clínico do parto com a intenção de reduzir as intercorrências no pós-parto imediato de puérperas em uma maternidade de Teresina.

A intervenção consiste na elaboração de um formulário para a avaliação da paciente depois da primeira hora pós-parto no centro obstétrico e implantação deste pela equipe de enfermagem. Essa implementação deverá empregar técnicas que se caracterize com o serviço e o perfil dos profissionais, uma vez que em experiências vivenciadas nesse serviço, os profissionais envolvidos são resistentes às palestras formais ou qualquer outra informação do gênero.

Pensando nesse aspecto, no primeiro momento elaborou-se um formulário de avaliação de enfermagem no 4º período clínico do parto (Anexo 1) e propõe-se em um segundo momento apresentá-lo e implantá-lo à direção e equipe de enfermagem através de treinamento com visitas em todas as equipes de enfermagem do centro obstétrico em todos os turnos mostrando o formulário e como deverá ser feita a utilização do mesmo pelos profissionais. Em um terceiro momento dever-se-á avaliar a intervenção, através do levantamento em prontuários de puérperas no alojamento conjunto, para observar se a avaliação da paciente e preenchimento do formulário implantado está sendo realizada de forma eficaz.

Ressalta-se que esse formulário será colocado no prontuário e deverá ser preenchido pela enfermagem na avaliação no quarto período clínico do parto no centro obstétrico antes que a paciente seja encaminhada ao alojamento conjunto e que deverá ser obrigatória a avaliação da paciente nesse período.

8 CRONOGRAMA

	ATIVIDADES	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	2016 a 2017
1	Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	X
2	Elaboração do projeto	X	X	X	X		
4	Elaboração do Apêndice			X	X	X	
5	Implantar formulário de avaliação de enfermagem no 4º período clínico do parto						X
6	Avaliar formulário de avaliação de enfermagem no 4º período clínico do parto						X
7	Apresentação pública do Projeto					X	X

9 ORÇAMENTO

Descrição das Despesas	Quantidade	Valor individual R\$	Valor total R\$
Material de consumo			
Resma de papel A 4	01	14,00	14,00
Caneta	3	1,20	3,60
Grafite	3	3,00	9,00
Borracha	2	1,50	3,00
Bloco de borrões	05	1,50	7,50
Fotocópias	1000	0,07	70,00
Encadernação	06	1,50	9,00
Grampeador	01	5,00	5,00
CD	03	2,00	6,00
Pen drive	01	20,00	20,00
Combustível	50L	2,70	135,00
Cartucho preto	02	60,00	120,00
Revisão ortográfica	01	200,00	200,00
Tradução de resumo	01	80,00	80,00
TOTAL GERAL.....			684,10
(seiscentos e oitenta e quatro e dez centavos)			

10 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

A intervenção consistiu na criação de uma rotina para o serviço de enfermagem a partir da utilização de um formulário onde o profissional faz a avaliação do tônus uterino, sinais vitais e características do sangramento no pós-parto e registra em formulário próprio depois da primeira hora pós-parto, antes que a paciente saia do centro obstétrico e seja encaminhada para o alojamento conjunto. Nessa oportunidade deve-se também estimular a amamentação e o contato pele-a-pele entre mãe e o recém-nascido.

São participantes do presente estudo as Equipes de Enfermagem que atualmente participam da escala de enfermagem do COS – Centro Obstétrico Superior. Será distribuído cópia da Avaliação de Enfermagem no 4º período clínico do parto nesta maternidade para desenvolver a pesquisa no período de 2016 a 2017. Será analisando os prontuários em que estão anexadas as Fichas de Avaliação de Enfermagem no 4º período clínico do parto.

A proposta inicial consistiu em evidenciar o conhecimento teórico-científico relacionado à ação da enfermagem no cuidar da paciente no 4 período do parto. A assistência de enfermagem a paciente nesse período é ampla e complexa. O enfermeiro e os demais profissionais da enfermagem além de serem os primeiros a prestarem assistência a essa paciente são os que estão à beira do leito durante 24 horas com o paciente.

Assim, a busca da qualidade para o cuidado neste período clínico é fundamental, pois permite ao enfermeiro exercer uma assistência, que tenha por paradigma as evidências científicas e desempenhada com segurança e com desvelo para o paciente. Protocolos gerenciados e rotinas escritas são ferramentas de qualidade que visam monitorar o cumprimento dos processos estabelecidos fundamentados em evidências científicas.

Elaborar e implantar rotinas nos períodos clínicos do parto, monitorando sua aplicabilidade são atributos importantes para gerar ações corretivas, preventivas e, portanto, promover qualidade a parturiente. A qualidade assistencial em qualquer segmento hospitalar deve ser um caminho contínuo e sincrônico que envolve três pilares: pessoas, estrutura e processos. Dessa forma pretende-se trabalhar esses pilares com a implantação da rotina e melhorar a qualidade da assistência.

11 CONCLUSÃO

Esta descrição permitiu assinalar as etapas percorridas na implantação de uma rotina de enfermagem no centro obstétrico que se mostra como uma importante intervenção para a reorganização e realização da promoção e proteção da saúde. Apresenta-se como um dispositivo no intuito de reorganizar o processo de trabalho, melhorar a assistência prestada, além de trazer satisfação aos usuários de saúde.

A criação de um instrumento para melhorar a rotina de assistência ao parto e pós-parto melhora a assistência de enfermagem no centro obstétrico e pode prevenir as mortes relacionadas a hemorragia pós-parto, além de que aponta para a necessidade de ações subseqüentes relacionadas a essa temática, como a criação de rotinas para todas as atividades de enfermagem no centro obstétrico.

A intervenção descrita neste trabalho pode ser exemplo para outras maternidades instituírem suas rotinas na assistência ao parto e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARROS, A.J.P.; LEH-FELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. **Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 16p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

DEVINE, P.C. **Obstetric Hemorrhage**. Semin Perinatol. Abr; v.33, n.2, pag 76-81. 2009

FREITAS, F. **Rotinas em obstetrícia** 6.ed,Porto Alegre: Artmed, 2011, 680p.

REZENDE, J. **Obstetricia fundamental**. 11ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2011

VERSIANI, C.C. et al. **Maternidade Segura: relato de Experiência**. Rev. APS, v. 11, n. 1, p. 109-114, jan./mar. 2008

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Gobierno Vasco, Servicio Central de Publicaciones. **Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal**. Versão restrita. Brasília, DF : OPAS, 2013.

ROZAS, A. A, WEY ,J.M.P.,GARCIA ,J.L.V. **Estudo do trabalho de parto (períodos de dilatação, expulsão, dequitação e de greenberg) em pacientes obesas no conjunto hospitalar de sorocaba: aspectos maternos, fetais e perinatais**. Rev.Fac.Ciênc.Méd.Sorocaba,v.13,n.1,p.9-16, 2011

Baggieri ,R.A.B. et al. Hemorragia pós parto: prevenção e tratamento. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa, São Paulo. 2011,n. 56, v. 2, pag 96-101.

APÊNDICE 1

Formulário Para Avaliação No 4º Período Cínico Do Parto Pela Enfermagem**Data:****Nome:****Prontuário****ATIVIDADES QUE DEVEM SER REALIZADAS E REGISTRADAS**

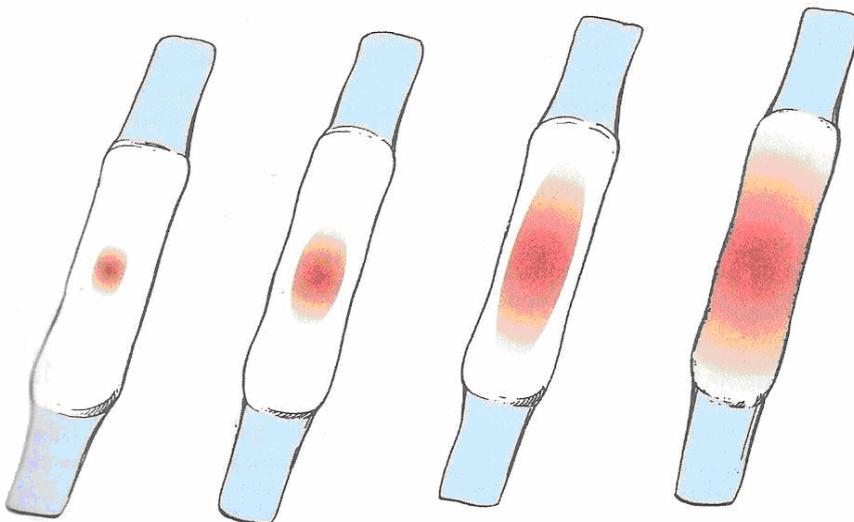
- Verificar tônus uterino (presença de globo de segurança de Pinard);

- () Contraído a cima da cicatriz umbilical
- () Contraído a nível da cicatriz umbilical
- () Contraído abaixo da cicatriz umbilical
- () Sem tônus uterino

- Avaliar pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura;

T: 36 a 37___ FC: 60 a 100___ PA: 130x90___ FR 16 a 20___

- Inspeccionar regularmente o períneo para sangramento importante.
- Observar a quantidade dos lóquios baseado na figura abaixo e marcar o correspondente:



- Estimular o aleitamento materno precoce na primeira meia hora de vida quando o recém-nascido estiver em boas condições vitais.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Massagear o fundo de útero em caso de hipotonia uterina e solicitar a avaliação médica obstétrica.
- Administrar medicações conforme prescrição médica.
- Monitorar pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória a cada 15 minutos até a estabilização e encaminhamento para enfermaria de alojamento conjunto.
- Realizar e Manter acesso venoso quando indicado.
- Coletar sangue para exames laboratoriais, caso necessário.
- Ajudar a puérpera e o recém-nascido no processo do aleitamento materno.
- Incentivar a ingesta de alimentos e líquidos conforme tolerado.
- Aplicar bolsa de gelo na área perineal, não ultrapassando 20 minutos de permanência.
- Realizar trocas de roupas e absorventes.
- Incentivar o vínculo da tríade (mãe, pai e RN).