

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

Lyvia Marta de Souza

**Resultados Maternos e Neonatais de Mulheres Nulíparas: a
Atuação do Enfermeiro Obstetra na Maternidade do
Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte**

Belo Horizonte

2011

Lyvia Marta de Souza

**Resultados Maternos e Neonatais de Mulheres Nulíparas: a
Atuação do Enfermeiro Obstetra no Hospital Sofia Feldman
em Belo Horizonte**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Ms. Sibylle Emilie Vogt Campos.

Belo Horizonte

2011

S729 Souza, Lyvia Marta de

Resultados maternos e neonatais de mulheres nulíparas: a atuação do enfermeiro obstetra no Hospital Sofia Feldmam em Belo Horizonte/ Lyvia Marta de Souza – Belo Horizonte : [s.n.], 2011.

81 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Sibylle Emilie Vogt Campos

Bibliografia: f. 59-67.

1. Assistência Perinatal. 2. Assistência ao parto. 3. Enfermagem obstétrica. I. Campos, Sibylle Emilie Vogt. II. Universidade Federal de Minas Gerais. III. Título

NLM: WY 157

DEDICATÓRIA

A minha mãe Emerenciana de Fátima Ramalho Viana meu maior exemplo de amor, de luta incondicional pelo bem do próximo, que me deu a vida e me ensinou a vivê-la com dignidade e trabalho para alcançar mais essa conquista.

A minha querida avó Emilia Ferreira Ramalho maior exemplo de vida e amor, que sempre tão longe esteve tão perto nessa trajetória, sempre me fortalecendo para jamais desanimar ou desistir de meus objetivos.

A meu companheiro André Ricardo de Souza por apostar em mim, incentivar meu crescimento, sempre oferecendo sua ajuda. Em especial, pelo amor que torna mais serenos todos os desafios de minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela saúde e força, me fazendo acreditar na vida, em possibilidades melhores, e desejar sempre mais.

A minha mãe que me ensinou a lutar, em todas as circunstâncias de minha vida, por sua confiança em minhas possibilidades, me incentivando sempre a querer cada vez mais e por ainda continuar acreditando em meus sonhos.

A minha orientadora Ms. Sibylle Emilie que depositou confiança e acreditou na finalização deste trabalho, dando a todo momento total apoio, persistência e estímulo para que não desanimasse.

A todos os membros do Hospital Sofia Feldman, local de constante crescimento.

À coordenadora do curso de extensão Ana Paula Valerini, pessoa que confiou na minha inserção nessa complementação de estudo que é tão valiosa, proporcionando sempre grandes aprendizados. Agradeço seus ensinamentos, sua tolerância e paciência que me guiaram nessa empreitada.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever os resultados da assistência do enfermeiro obstetra em mulheres nulíparas no Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte. Trata-se de um estudo de análise descritivo e caráter quantitativo. Incluiu-se uma amostra de conveniência de 50 nulíparas com gestação igual ou maior de 37 semanas, feto único e vivo em apresentação cefálica, no período de 07 a 30 de março de 2011. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados do prontuário e um questionário semiestruturado. As análises foram realizadas utilizando-se os programas Software SPSS e Microsoft Excel 2010. Verificou-se que a maioria das participantes foram jovens com média de 22 anos de idade, uma alta percentagem de mulheres sem união estável (26%) e escolaridade com pelo menos ensino fundamental completo. Com relação ao pré-natal, uma expressiva proporção realizou-o pelo Sistema Único de Saúde – SUS (90%) e a média de consultas realizadas era de oito consultas. Nenhum tipo de intercorrência obstétrica prevaleceu (66%), enquanto 22% apresentaram infecção urinária, levando a maior causa de internação (4%). Dentre as orientações realizadas durante o pré-natal, os sinais de riscos e a procura do serviço de saúde (72%), assim como se inicia o trabalho de parto (66%) foram as mais relatadas. A média de dilatação do colo uterino foi de 3,98 cm com média de duas contrações em dez minutos. A grande maioria dos prontuários continha partograma (94%). Durante o trabalho de parto, 30% das parturientes optaram pela analgesia e 80% das que a receberam relataram que gostariam de recebe-la no próximo parto. Durante a assistência, 30% (15) apresentaram rotura espontânea das membranas, 40% (20) foram admitidas com a bolsa rota e 30% das parturientes foram submetidas à amniotomia. Das gestantes admitidas, cerca de 12% (6) não estavam em trabalho de parto e necessitaram a indução com misoprostol; durante o uso da medicação, 6% (3) apresentaram estado fetal não tranquilizador. Porém mais da metade (56%) usou ocitocina para condução em algum momento do trabalho de parto e, dessas, 14% dos recém-nascidos apresentaram sofrimento fetal. Com relação ao tipo de parto, 68% evoluíram para parto normal, 12% do fórceps de alívio, 16% fizeram cesárea em trabalho de parto, 2% cesárea por falha de indução e 2% por sofrimento fetal grave antes do parto. A verticalização do parto ocorreu em 85,4% no momento do nascimento. Sobre as condições perineais, 44% tiveram

laceração de 1º grau e 32% mantiveram integridade perineal. Dentre os métodos não farmacológicos para alívio da dor, os mais utilizados foram a respiração (82%) e os banhos prolongados de chuveiro (64%). Com relação às condições de nascimento, 92% e 100% dos RN apresentaram índice de Apgar ≥ 7 no primeiro e quinto minutos de vida, respectivamente. Este estudo permitiu perceber que, embora a atuação do enfermeiro obstetra facilite as boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto, ainda há muito a se trabalhar nessa questão. Uma reflexão crítica sobre sua atuação é imprescindível para implementar e manter suas práticas no dia a dia em conformidade com o modelo humanizado de assistência. É necessário minimizar ainda mais as ações intervencionistas, valorizando a participação ativa da mulher durante seu trabalho de parto e parto natural.

Palavras-chave: Resultados perinatais; Assistência ao parto; Enfermeiro obstetra; Métodos não farmacológicos.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Intercorrências Obstétricas	25
Gráfico 2	Causas de Internações no Período Gestacional	26
Gráfico 3	Orientações durante o Pré-natal	26
Gráfico 4	Estado das Membranas Ovulares	27
Gráfico 5	Estado Fetal Associado ao uso de Misoprostol e Ocitocina	29
Gráfico 6	Tipo de Parto	29
Gráfico 7	Posições adotadas durante o Nascimento	30
Gráfico 8	Condições Perineais	31
Gráfico 9	Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto.....	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição por aspectos sociodemográficos.....	24
Tabela 2	Distribuição por aspectos assistenciais e condições do recém-nascido após o nascimento.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
CTG	Cardiotocografia
DMG	Diabete mellitus gestacional
EUA	Estados Unidos da América
FAIS	Fundação de Assistência Integral a Saúde
FCF	Frequência cardíaca fetal
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
HSF	Hospital Sofia Feldman
IMMFM	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães
ITU	Infecção do Trato Urinário
MEF	Monitorização eletrônica contínua
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
RN	Recém-nascido
SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SMS/ BH	Secretaria Municipal de Saúde/ Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCIM	Unidade de Cuidados Intermediários Materna

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3	JUSTIFICATIVA.....	18
4	OBJETIVO.....	19
4.1	Objetivo Geral.....	19
4.2	Objetivos Específicos.....	19
5	METODOLOGIA.....	20
5.1	Tipo de Estudo.....	20
5.2	Local de Estudo	20
5.3	População e amostra.....	21
5.4	Coleta de Dados.....	21
5.5	Variáveis.....	21
5.6	Aspectos éticos.....	23
5.7	Análise de Dados.....	23
6	RESULTADOS	24
6.1	Características sociodemográficas.....	24
6.2	Condições da estação atual.....	25
6.3	Condições obstétricas.....	27
6.4	Práticas obstétricas.....	28
6.5	Práticas de conforto.....	31

6.6	Práticas assistenciais e condições clínicas do RN.....	32
6.7	Atitude/postura dos profissionais.....	33
7	DISCUSSÃO.....	35
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
	REFERÊNCIAS.....	59
	APÊNDICES.....	68

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, as inúmeras transformações impostas à assistência ao parto são resultantes ou se relacionam com aspectos culturais, sociais, geográficos, tecnicocientíficos, pessoais e familiares (MIRANDAR *et al.*, 2008).

Em pouco mais de um século, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática dominada pela medicina. Transferida do ambiente domiciliar ao ambiente hospitalar, da posição de cócoras para a posição supina em mesa cirúrgica, das mãos das comadres ou “aparadeiras” e das parteiras para as mãos dos médicos, o processo de dar a luz sofreu inúmeras práticas intervencionistas, institucionalizadas nos hospitais (MAIA, 2008; MIRANDAR *et al.*, 2008).

Com a institucionalização do processo, o parto e o nascimento foram concebidos como um fenômeno patogênico, uma forma de violência física e sexual atribuída à passagem da criança pelos genitais, sendo interpretado como um estupro invertido.. A narcose e o fórceps, no início de do século XX, vieram para humanizar a assistência ao parto, segundo Fernando Magalhães – pai da obstetrícia. Nessa época, muitas mulheres deram a luz inconscientes sob sedação total com morfina durante o trabalho de parto e um amnésico após o nascimento. Como estes medicamentos provocam intensa agitação da parturiente, elas foram contidas no leito durante grande parte do tempo. Diante da situação aparentemente vexatória, as mulheres eram cobertas e muitas terminavam o parto com hematomas por todo o corpo. Na maioria das vezes, o parto era induzido com ocitócitos e o recém-nascido (RN) era retirado com utilização do fórceps alto. Por causa dos altos índices de mortalidade materna e perinatal, tal modelo assistencial foi abandonado após várias décadas (DINIZ, 2005; REZENDE, 1998).

Em muitos países, na metade do século XX, o processo de hospitalização do parto já estava instalado. Considerava-se que o parto hospitalar é mais seguro que o parto domiciliar, e as maternidades-escolas ofereceram seus serviços, num primeiro momento, para as elites e para as mulheres indigentes (DINIZ, 2005).

Os recursos tecnológicos e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica. Cabe destacar a cesariana, a qual, antes só realizada em mulheres mortas para salvar a vida fetal, evoluiu para uma técnica cirúrgica segura e é hoje utilizada de forma abusiva e em muitos casos sem justificativas obstétricas adequadas (CASTRO; CLAPIS, 2005).

No entanto, mesmo com a mudança da assistência ao parto para o âmbito hospitalar e com toda a evolução tecnológica, ainda se observam dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, altos índices de morbimortalidade materna e neonatal, níveis altíssimos de parto operatório, uso abusivo da tecnologia de ponta, abortos clandestinos e baixa adesão das mulheres ao aleitamento materno, entre outras (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Preocupados com tal situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos não governamentais, têm proposto mudanças dessa assistência, incluindo o resgate do parto natural, com estímulo da atuação do enfermeiro obstetra na assistência à gestação e ao parto (CASTRO; CLAPIS, 2005).

A enfermagem obstétrica, em sua prática assistencial, preocupada com a qualidade do nascimento, tem buscado redirecionar o parto normal como evento fisiológico e natural, proporcionando grandes significados para a família e para a principal protagonista de toda história, a mulher; e permitindo que esse momento seja vivenciado com segurança, autonomia e dignidade (SOUZA, 2011). Diante da resistência encontrada para atuar na assistência ao trabalho de parto e parto, é fundamental conhecer e aprofundar sobre o conhecimento das práticas utilizadas perante sua assistência e seus resultados, possibilitando melhor adequação das práticas de atendimento ao binômio mãe-filho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A humanização na assistência ao parto traz demandas antigas e, nos últimos anos, inúmeras organizações não governamentais e autores têm demonstrado preocupações com as intervenções desnecessárias e excessivas medicalizações no parto (DIAS; DOMINGUES, 2005).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, avançou muito na elaboração de políticas públicas. Partindo do movimento feminista, estas políticas enfocam a saúde da mulher sob uma nova lógica ideológica. Redefinido em 2000, a Política de Humanização do Pré-natal e Parto ela aborda os aspectos da atenção ao parto (BRASIL, 2001):

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento [PHPN] é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com freqüência, acarretam maiores riscos para ambos (SERRUYA, 2003, p. 33-34).

A humanização na assistência ao parto implica que o profissional de saúde não intervenha desnecessariamente, respeite sua fisiologia, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento e disponibilize suporte emocional necessário aos familiares e principalmente à protagonista da história, a mulher, facilitando o vínculo do binômio mãe-filho e a formação dos laços afetivos familiares (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A assistência obstétrica no Brasil é domínio do médico obstetra e exemplo do modelo chamado de tecnicista ou biomédico (MAIA, 2008). O quadro epidemiológico apresenta um crescimento constante da taxa de cesáreas, chegando, atualmente em

44% em abrangência nacional (BRASIL, 2009), apesar das evidências sobre os riscos de taxas de cesáreas acima de 20% (VILLAR *et al.*, 2006). Estudos nacionais ainda apontam uma “epidemia da prematuridade tardia” concomitante ao aumento da interrupção eletiva da gravidez (LEAL, 2008; CASCAES *et al.*, 2008).

A formação dos médicos obstetras é voltada para os eventuais riscos do parto e para o atendimento das mulheres com risco reprodutivo. A grande maioria dos profissionais encara o parto como uma situação de risco necessitando o uso de tecnologias e intervenções. Entende que o próprio corpo da mulher não oferece ao recém-nascido e à mulher a segurança suficiente para garantir o nascimento de um recém-nascido saudável (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Diante de todas as transformações impostas no processo de parir, a mulher que deveria ser a protagonista do parto, se distanciou cada vez mais desse momento. Insegura em participar e decidir sobre o tipo de parto, é incapaz de fazer escolhas e de fazer prevalecer seus desejos, frente às questões técnicas levantadas pelos profissionais que atendem o parto (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Parir e nascer, definitivamente, não são processos “naturais” nem meramente fisiológicos. São eventos sociais e culturais complexos, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e organizações (hospitais e maternidades), com poderes e legitimidades diferenciados (MAIA, 2008).

A assistência hospitalar ao parto deveria ser segura e dotada de práticas que permitem o acompanhamento da fisiologia do parto e nascimento, resgatando a autonomia da mulher. A desmedicalização do processo de parir e nascer provoca transformações profundas nas referências do papel e nas rotinas do médico, implicando na perda do controle, tradicionalmente exercido pelo profissional e pela instituição de saúde (DIAS; DOMINGUES, 2005; VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A orientação em romper com o tradicional isolamento imposto à mulher na hora do parto, bem como de adotar medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas

desnecessárias, fundamenta-se numa proposta de assistência à saúde baseada em evidências científicas. Essa proposta busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações (MAIA, 2008). O atendimento ao parto normal, segundo as recomendações da OMS, permite à mulher o resgate e a valorização da fisiologia do parto, o respeito de seus direitos; e, para os profissionais, uma relação de harmonia entre a qualidade de suas relações e os avanços tecnológicos.

Compreende-se como modelo humanizado de assistência ao parto, a utilização de práticas obstétricas voltadas para o incentivo do parto normal e o suporte da fisiologia do parto, uma relação ética e solidária entre parturiente, recém-nascido e familiares e o oferecimento de um ambiente acolhedor, rompendo com o isolamento imposto à grande maioria das parturientes (BRASIL, 2002).

A inserção do enfermeiro obstetra no modelo humanizado de atenção ao parto e nascimento no campo obstétrico ocorreu no Rio de Janeiro a partir de 1988, numa instituição de alto risco obstétrico - Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães (IMMFM), onde os enfermeiros obstetras assumiram a assistência às mulheres de risco habitual. A incorporação nesse meio permitiu o acompanhamento direto ao parto normal sem complicações, dando início à luta para a ocupação de espaço, com o objetivo de reduzir índices de asfixia perinatal intraparto e intensificando a vigilância no pré-parto (SANTOS, 2006; MOUTA; PROGIANTI, 2009).

Reconhecendo o enfoque da assistência prestada por enfermeiros obstetras direcionando à fisiologia da parturição e pautada no cuidado, o MS incentivou a atuação do enfermeiro obstetra como uma das estratégias para transformar o modelo predominante no Brasil (BRASIL, 2001; ANGULO-TUESTA *et al.*, 2003). O enfermeiro obstetra, com sua competência para avaliar riscos e reconhecendo as complicações durante a gestação e o trabalho do parto, é o profissional mais adequado e eficiente para a prestação de serviço à mulher durante a gestação e o parto normal (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010). No contexto atual, ele é associado à possibilidade de resgatar o parto fisiológico como um fenômeno

feminino onde a mulher seja a protagonista. Desse modo, esse profissional vem contribuindo para a consolidação do modelo humanizado de assistência ao parto que necessariamente passa pelo cuidado desmedicalizado (VARGENS; PROGIANTI; SILVEIRA, 2008).

A enfermagem obstétrica fundamenta suas práticas de assistência à mulher e ao recém-nascido a partir de estudos baseados em evidências científicas (OMS, 1996). Tais práticas referem-se à adoção de condutas comprovadamente benéficas para o binômio mãe-filho, evitando intervenções desnecessárias e perigosas, as quais são realizadas amplamente no nosso meio. As práticas obstétricas são divididas em quatro categorias: a) condutas claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; b) condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; c) condutas sem evidência suficiente para fomentar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais não as tornarem evidentes; d) condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada (BRASIL, 2001).

Segundo Lima *et al.*(2008), os enfermeiros obstetras caracterizam sua prática como uma tríade composta por respeito à fisiologia, à eliminação de práticas intervencionistas desnecessárias e ao protagonismo da mulher em seu processo de parturição. Em estudos qualitativos, as mulheres percebem sua assistência como positiva, destacam sua paciência e se referem às atitudes, que passam tranquilidade, confiança, respeito, coragem e força (SIQUEIRA, 2001; SILVA; SIQUEIRA, 2007). Hoga *et al.*, (2006) observaram maior frequência, nas entrevistas com as puérperas, dos aspectos que correspondem às ideias centrais da humanização no hospital com enfermeiro obstetra compondo a equipe quando comparado com equipes sem sua participação, na área metropolitana de São Paulo. Mouta (2009) e Azevedo (2008) destacam a autonomia do profissional como condição fundamental para que haja uma contribuição efetiva na transformação do modelo medicalizado e na implantação de práticas humanizadas.

Estudos sobre a qualidade da assistência do enfermeiro obstetra enfocam tanto seu potencial para a redução de intervenções quanto indicadores que refletem a morbidade materna e perinatal e atesta, em geral, uma assistência menos

intervencionista prestada por obstetras ou enfermeiros obstetras (HATEM *et al.*, 2010; HODNETT *et al.*, 2010). Tanto Hatem *et al.* (2010) quanto Hodnet *et al.* (2010), em revisões sistemáticas comparando modalidades tradicionais hospitalares com modalidades alternativas (Centros de Parto Normal (CPNs) intra-hospitalares e extra-hospitalares), encontraram menores taxas de intervenções e maiores taxas de partos espontâneos, resultados neonatais semelhantes, maior satisfação e uma visão mais positiva da vivência do parto para as modalidades não tradicionais.

Também em estudos nacionais foram encontrados resultados que sustentam a qualidade de assistência prestada por enfermeiros obstetras: taxa de cesáreas de 2,2% e mortalidade neonatal de 2/1000 nascidos vivos entre 2115 mulheres, num CPN intra-hospitalar em Belo Horizonte (CAMPOS; LANA, 2007), valor do Apgar no 5º minuto menor do que 7 em 0,1% dos recém-nascidos no CPN e taxa de admissão em unidade neonatal de 1,4% (SCHNECK, 2009).

Há uma ampla produção nacional sobre a atuação do enfermeiro obstetra em CPNs, mas sua assistência no ambiente hospitalar como membro de uma equipe composta por ele e pelo médico obstetra, é pouco descrita na literatura nacional. Portanto, esse estudo pretende descrever os resultados clínicos da assistência dos enfermeiros obstetras e o processo da assistência a mulheres nulíparas no Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte no qual cerca de 95% dos partos vaginais são assistidos por eles.

3 JUSTIFICATIVA

Em minha experiência no curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica, numa instituição com atuação predominante do enfermeiro obstetra na assistência ao parto vaginal, presencio o potencial desse modelo em promover uma modificação da assistência tecnicista que predomina hoje nas maternidades. Embora atenda tanto risco habitual quanto alto risco, esse hospital apresentou, para o ano 2008, as taxas de cesáreas mais baixas do município, em torno de 20%, e indicadores neonatais similares ao modelo tradicional como um valor de Apgar menor ou igual a sete de 2,5% versus 3,1% nas cinco maternidades (Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC; Secretaria Municipal de Saúde/ Belo Horizonte – SMS/BH) que não incorporaram enfermeiro obstetra na assistência.

Nesse sentido, o conhecimento sobre os resultados desse modelo de cuidado ainda é limitado e são necessárias investigações e discussões sobre os resultados maternos e neonatais acerca da assistência do enfermeiro obstetra ao parto hospitalar e do potencial de sua assistência.

4 OBJETIVO

4.1 Objetivo Geral

Descrever os resultados da assistência do enfermeiro obstetra em mulheres nulíparas no Hospital Sofia Feldman de Belo Horizonte.

4.2 Objetivos Específicos

Descrever os resultados maternos específicos ocorridos no trabalho de parto, parto e puerpério imediato de nulíparas a termo, com gestação única e apresentação cefálica;

Descrever os resultados neonatais da assistência às nulíparas participantes do estudo;

Descrever o processo assistencial realizado por enfermeiro obstetra em nulíparas participantes do estudo.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de análise descritiva e caráter quantitativo, sobre a assistência prestada pelos enfermeiros obstetras e seus resultados maternos e neonatais, no Hospital Sofia Feldman (HSF). Foram coletados dados que dizem respeito a características sociodemográficas, ao processo de assistência e seus resultados.

De acordo com a natureza do problema, o estudo foi de cunho descritivo o qual, segundo Cervo e Bervian (2002), “tem por objetivo descrever as características, propriedades ou relações existentes no grupo ou da realidade em que foi realizada a pesquisa”. Segundo Dias *et al.*, (2004, p. 135), a abordagem quantitativa atua em níveis de realidade concreta, traz à luz dados, indicadores e tendências observáveis.

5.2 Local de Estudo

A pesquisa foi realizada na maternidade do HSF, unidade integrante da Fundação de Assistência Integral a Saúde (FAIS), no bairro Tupi, zona norte de Belo Horizonte. O HSF é um hospital filantrópico, cujo marco da política institucional é a atuação importante do enfermeiro obstetra (HSF, 2011).

A Fundação é uma instituição que assiste uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste, em Belo Horizonte, e tem como missão “desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedoras e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo”. Presta serviços conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na área de obstetrícia e neonatologia e atende risco habitual e alto risco. Outras unidades do HSF são: a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidados Intermediários Materna (UCIM), a Casa das Gestantes e o CPN (HSF, 2011).

Com cerca de 800 partos/mês, incluindo a maternidade e o CPN, o HSF atende quase a metade das mulheres internadas pelo SUS para assistência ao parto no município de Belo Horizonte (HSF, 2011).

5.3 População e amostra

Das 221 partos de nulíparas, ocorridos no período da coleta dos dados, foram selecionadas, por amostragem de conveniência, 55 nulíparas, com gestação igual ou maior de 37 semanas, com gestação de feto único e vivo em apresentação cefálica. Cinco puérperas se recusaram a participar da pesquisa. A entrevista teve duração em média de 20 a 30 minutos e a coleta de dados ocorreu durante todos os dias da semana. A escolha das nulíparas se deve à contribuição importante desses grupos na taxa geral de cesáreas no Brasil. Além disso, espera-se, que as nulíparas se beneficiem mais da presença contínua e do cuidado dispensado pelo enfermeiro obstetra, por ter, em geral um trabalho de parto mais longo. A restrição da população às nulíparas também se deve à tentativa de se manter a amostra o mais homogênea possível e a questões operacionais na coleta de dados.

5.4 Coleta de Dados

Foi utilizado um instrumento de coleta para dados do prontuário e um questionário estruturado, que aborda outros aspectos da assistência não incluídos no prontuário (Apêndice 1). Os dados foram coletados pela própria enfermeira responsável pela pesquisa, compreendendo o período de 07 a 30 de março de 2011, totalizando 23 dias.

As puérperas foram entrevistadas, no mínimo seis horas após o parto e após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 2 e 3).

5.5 Variáveis

As variáveis estudadas foram referentes às características sociodemográficas, às condições da gestação atual, condições obstétricas, tipo de parto, práticas

obstétricas, medidas não farmacológicas de alívio da dor, atitude/postura dos profissionais e práticas assistenciais e condições clínicas do RN.

Características sociodemográficas:

- Idade, escolaridade, trabalho, situação conjugal, raça, hábitos de vida.

Condições da gestação atual:

- Pré-natal: local de realização, consultas e orientações realizadas;
- Antecedentes pessoais de risco, intercorrências obstétricas na gestação atual, internação na gestação.

Condições obstétricas na admissão:

- Dilatação cervical, contrações na admissão, estado das membranas ovulares na admissão.

Práticas obstétricas:

- Ingestão de líquido, amniotomia, monitorização eletrônica fetal, administração de ocitocina no trabalho de parto, dilatação ao iniciar ocitocina, analgesia, episiotomia, tipo de parto, posição do parto, realização de manobra de kristeler, direção de puxos, tipo de laceração, registro de estado fetal não tranquilizador, presença do acompanhante, acompanhamento por doula, respeito à intimidade da paciente, liberdade de se movimentar.

Práticas de conforto:

- Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor - banquinho, deambulação, massagem, bola suíça, banho de chuveiro.

Atitude/postura dos profissionais:

- Apoio emocional, encorajamento, respeito, repasse de informações, compreensão e sensibilidade; esclarecimento dos procedimentos realizados, liberdade de expressão.

Práticas assistenciais e condições clínicas do RN:

- Contato pele a pele, apoio para amamentar, manobras de ressuscitação, índice de Apgar, peso e tipo de saída do RN.

5.6 Aspectos éticos

Por se tratar de um estudo com seres humanos, os aspectos éticos e legais foram devidamente contemplados, seguindo-se as normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em especial as vigentes na Resolução 196/96 que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado (BRASIL, 1996).

Nesse sentido, este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética do Hospital Sofia Feldman e foi aprovado (ANEXO 1). Ainda de acordo com a Resolução, cada puérpera, antes de responder o formulário, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que visou esclarecer o objetivo da pesquisa e as condições de sua realização. No Termo estavam também contemplados, de forma explícita, a espontaneidade da participação, o anonimato, a ausência de maleficência, os benefícios e a possibilidade de abandono da pesquisa em qualquer etapa.

5.7 Análise dos Dados

Os dados levantados foram digitados no Microsoft Excel 2010 e analisados mediante método estatístico descritos no Software SPSS versão 17 e discutidos à luz da literatura.

6 RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas

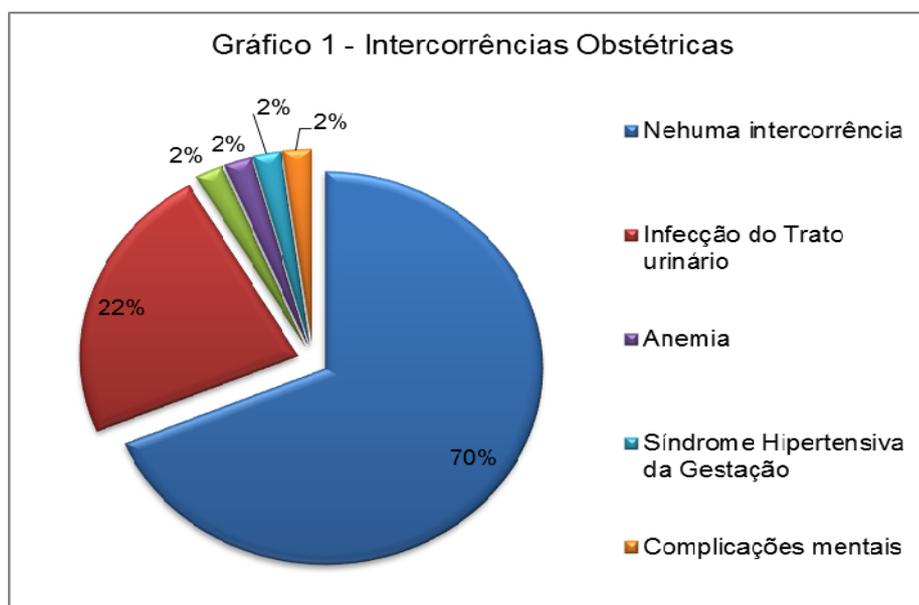
Do total das 50 puérperas, quase a metade (48%) consideravam-se pardas, mais da metade (58%) disseram ser casadas ou em união estável e 26% solteiras; 10% disseram ser tabagistas e 56% não exerciam atividade remunerada. A média de idade das participantes era de 22 anos e desvio padrão de 4,3 anos enquanto a média de escolaridade era de nove anos (Tabela 1).

TABELA 1
Distribuição por aspectos sociodemográficos

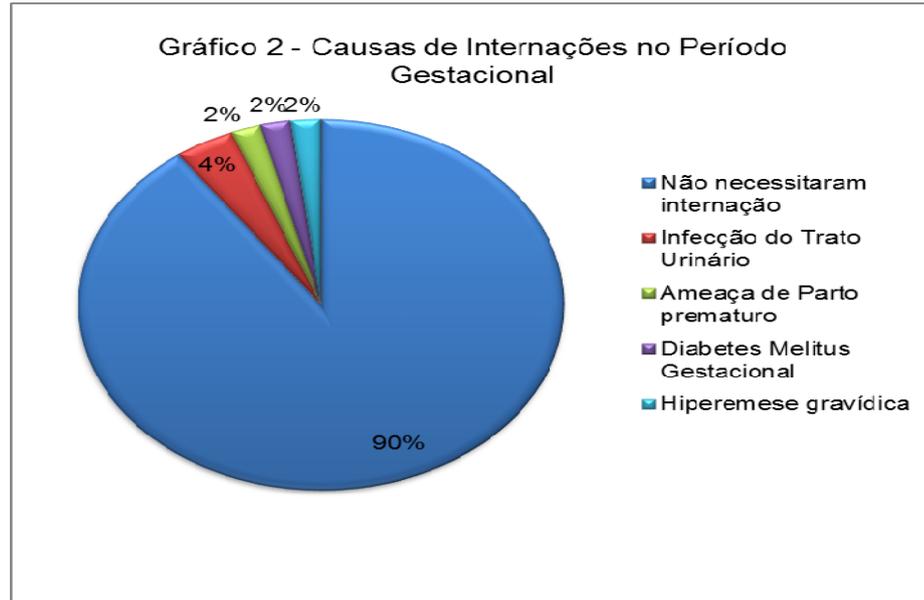
Distribuição por aspectos sociodemográficos		
Variáveis	n	%
IDADE		
< 19 anos	17	34
> 20 anos	33	66
RAÇA		
Pardas	24	48
Branças	17	34
Amarelas	2	4
Negras	6	12
Indígenas	1	2
ESTADO CIVIL		
Solteira	13	26
Casadas ou união estável	29	58
Estável sem viver juntos	8	16
ATIVIDADE REMUNERADA		
Sim	22	44
Não	28	56
TABAGISTA		
Sim	5	10
Não	45	90

6.2 Condições da gestação atual

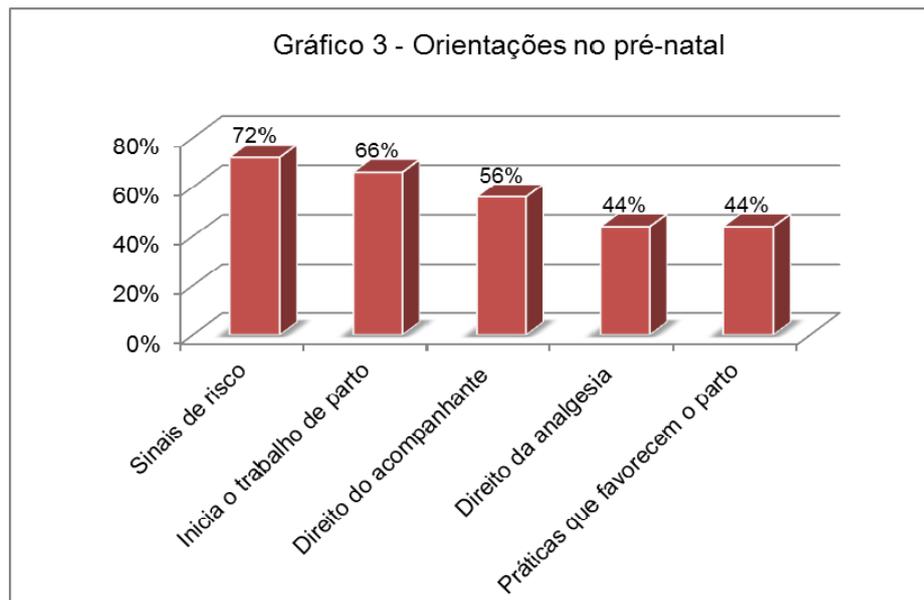
Foi expressiva a proporção de puérperas que disseram ter realizado o pré-natal pelo SUS (90%). A média de consultas realizadas no pré-natal das entrevistadas era de oito consultas (Desvio padrão de 2,3 consultas). Com relação a antecedentes pessoais de riscos, 92% não tinham nenhum risco, 4% referiram asma, 2% relataram problemas psiquiátricos e 2% problemas respiratórios. Cerca de 70% não tiveram nenhum tipo intercorrências obstétrica, enquanto 22% apresentaram infecção urinária, 2% diabetes mellitus gestacional, 2% anemia durante a gravidez, 2% síndrome hipertensiva gestacional e 2% complicações mentais (Gráfico1).



As causas de internação na gestação representada no Gráfico 2 foram: infecção do trato urinário (4%), 2% por ameaça de trabalho de parto prematuro, 2% diabetes mellitus provocada pela gestação e 2% por vômitos excessivos, porém 90% das entrevistadas não necessitaram ser internadas na gestação.



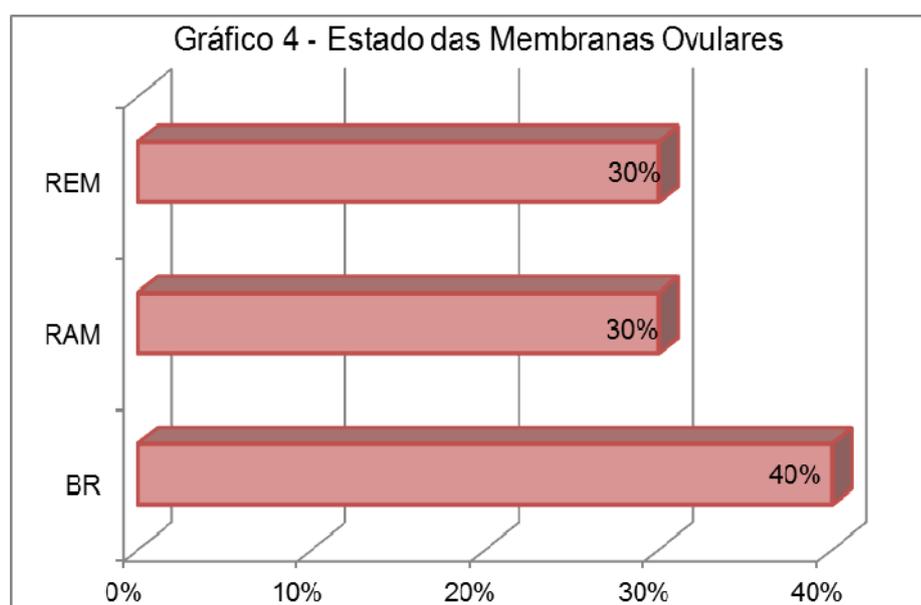
Quanto às orientações relatadas durante o pré-natal (Gráfico 3), 72% tiveram orientações sobre sinais de risco e sobre quando procurar o serviço de saúde, 66% disseram que foram orientadas como se inicia o trabalho de parto, 56% tiveram orientações sobre o direito à presença do acompanhante durante a internação para o parto, 44% foram orientadas sobre o direito da analgesia durante o trabalho de parto. Também 44% receberam orientações sobre práticas que favorecem o nascimento do bebê.



Durante o pré-natal, cerca de 72% das entrevistadas entenderam durante conversas com seu médico que o parto normal era o mais seguro para a mãe, 26% não tiveram esse tipo de orientação e 2% entenderam que tanto a cesárea quanto o parto normal trazem segurança da mesma forma para a mãe.

6.3 Condições obstétricas

Na admissão, a média de dilatação do colo uterino foi de 3,98 cm com desvio padrão de 1,6cm e média de três contrações em dez minutos; A utilização do misoprostol para indução do parto foi em cerca de 12% das mulheres (6 mulheres) e 6% (3) foram submetidas ao uso de ocitocina no momento da internação. Para possibilitar o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, a grande maioria dos prontuários continha partograma (94%). Durante o trabalho de parto, 30% das parturientes optaram pela analgesia e 80% das que a receberam relataram que gostariam de recebê-la no próximo parto. Durante a assistência, 30% (15) apresentaram rotura espontânea das membranas, 40% (20) foram admitidas com a bolsa rota e 30% das parturientes foram submetidas à amniotomia (Gráfico 4). A média de dilatação quando esse procedimento foi realizado, era de 5,8 cm.

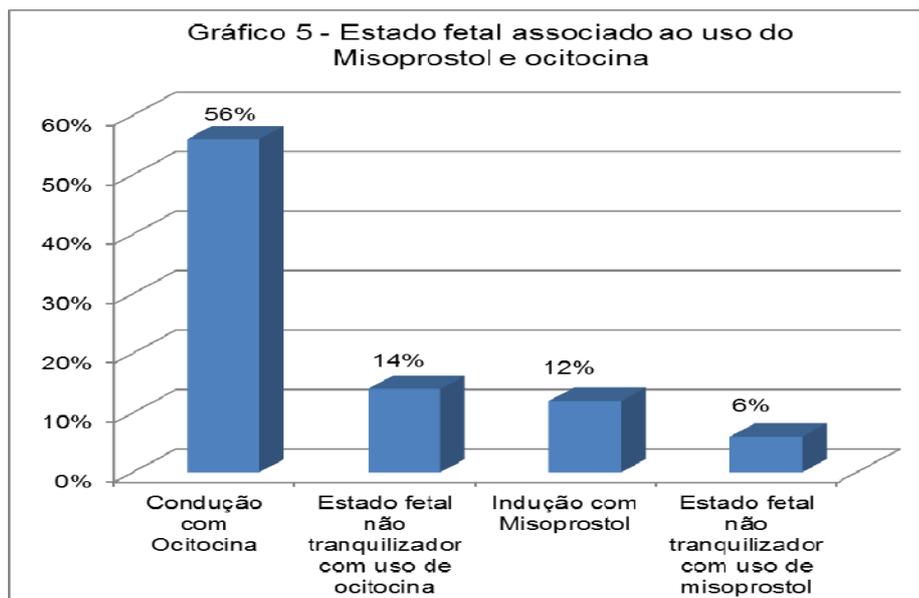


6.4 Práticas obstétricas

No período de internação, 84% relataram que foram oferecidos líquidos e que puderam ingerir durante o trabalho de parto e para 16% não foram oferecidos. Com relação à liberdade de movimentação durante o trabalho de parto, 92% disseram que tiveram essa liberdade, 4% responderam que puderam se movimentar algumas vezes apenas e 4% não puderam se movimentar. Apenas 4% das entrevistadas relataram que não tiveram sua intimidade respeitada pela equipe.

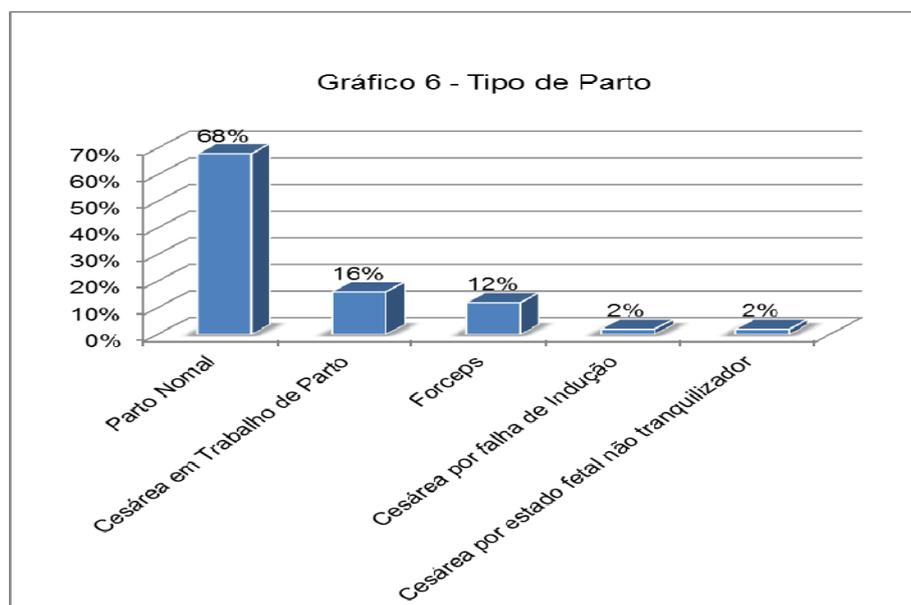
Cerca 98% das puérperas tiveram acompanhante de sua escolha e 2% não tiveram nenhum acompanhante familiar. A grande maioria (94%) Informaram ainda que a permanência de um acompanhante durante toda a internação ajudou muito, proporcionando maior tranquilidade e resultando num parto melhor; apenas 4% disseram que ajuda pouco. Do total das entrevistadas apenas a metade (50%) relataram que tiveram o acompanhamento de uma doula durante o trabalho de parto.

Seis por cento das gestantes apresentaram algum tipo de sofrimento fetal, sem estar em trabalho de parto. Das gestantes admitidas, cerca de 12% (6) não estavam em trabalho de parto e necessitaram a indução com misoprostol e, durante o uso da medicação, 6% (3) apresentaram estado fetal não tranquilizador totalizando 50% das induções com Misoprostol. Não houve nenhuma intercorrência quando se iniciou a indução com ocitocina; porém 56% usaram ocitocina para condução em algum momento durante o trabalho de parto e, em 14% dessas mulheres foi observado algum tipo de sofrimento fetal (mecônio, bradicardia, taquicardia), totalizando 25% das conduções do trabalho de parto com ocitocina.



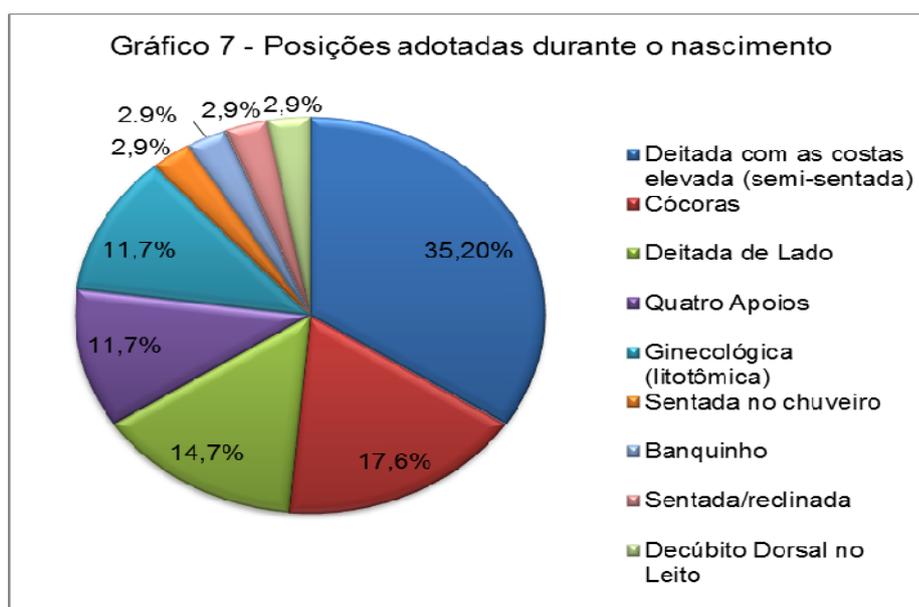
Durante a assistência, 34% das puérperas informaram que utilizaram cardiocardiografia (CTG) em alguns momentos durante a internação e 8 % utilizaram-na durante todo o tempo. Das entrevistadas, 62% disseram que foram estimuladas a fazer força somente quando sentiram vontade e 38% tiveram puxos dirigidos.

Com relação ao tipo de parto, 68% evoluíram para parto normal, 12% necessitaram da utilização do fórceps de alívio, 16% foram submetidas ao parto cesárea durante do trabalho de parto, 2% por falha de indução e 2% por sofrimento fetal grave antes do parto (Gráfico 6).

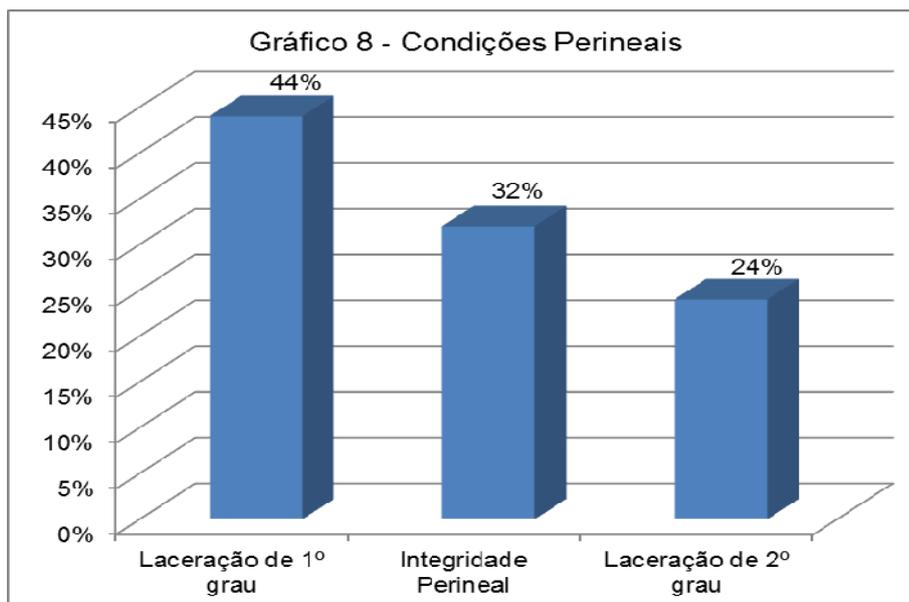


A manobra de Kristeler foi realizada em 5,8% das parturientes que evoluíram para parto normal. Esse percentual é bem maior quando foi utilizado o fórceps de alívio (66,6%).

As posições adotadas durante o nascimento relatadas pelas entrevistadas foram (Gráfico 7): 35,2% optaram pela posição deitada com as costas um pouco elevadas, 17,6% escolheram a posição de cócoras, 14,7% optaram por permanecer deitadas de lado, 11,7% relataram ter ficado na posição de quatro apoios, 11,7% permaneceram na posição ginecológica (deitadas de costas com as pernas no estribo da mesa), 2,9% adotaram a posição sentada no chuveiro, 2,9% no banquinho, 2,9% sentada/reclinada e 2,9% em decúbito dorsal no leito.

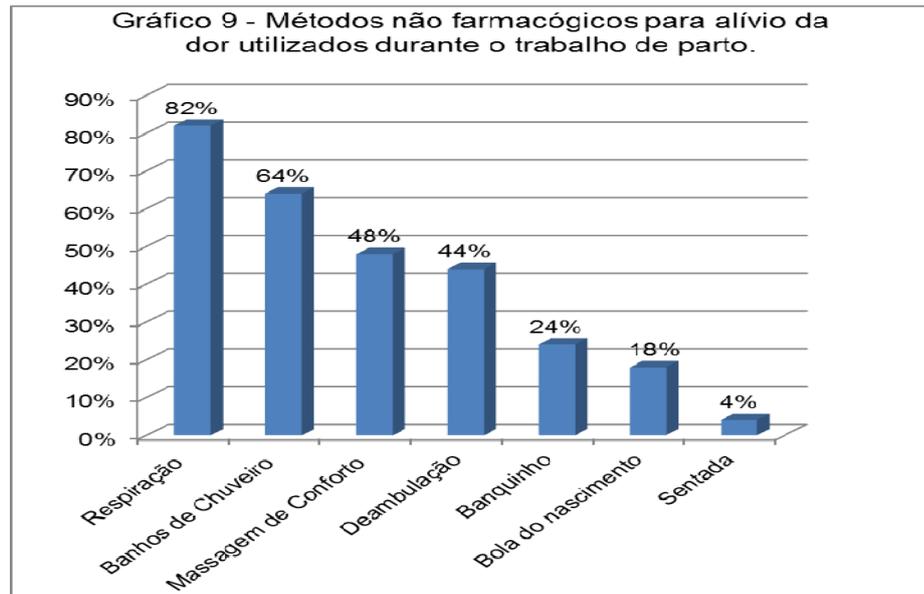


Sobre as condições perineais, 44% tiveram laceração de 1º grau, 24% apresentaram laceração de 2º grau, não houve nenhuma laceração de 3º e 4º grau e 32% mantiveram integridade perineal (Gráfico 8). Ressalta-se que o único momento da realização da episiotomia foi quando houve a necessidade da passagem do fórceps de alívio (2,9%).



6.5 Práticas de conforto

Dentre as práticas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, citam-se utilização da respiração com 82%, banhos de chuveiro prolongados com 64%, massagem de conforto com 48%, deambulação com 44%, utilização do banquinho para posição de cócoras com 24%, utilização da bola do nascimento com 18%. Quatro por cento relataram que permanecer sentada também aliviava a dor (Gráfico 9).



6.6 Práticas assistenciais e condições clínicas do RN

A grande maioria (58%) dos RN era do sexo masculino. Com relação às condições de nascimento, 92% e 100% dos RN apresentaram índice de Apgar ≥ 7 no primeiro e quinto minutos de vida, respectivamente. Após o nascimento 94% tiveram contato pele a pele com a mãe e 70% receberam apoio para iniciar amamentação na primeira hora de vida. Nenhum bebê precisou ser entubado, porém 14% receberam O₂ inalatório e 2% necessitaram de ventilação com ambú com máscara. E quanto ao peso dos recém-nascidos, 8% tiveram < 2.500g, 78% entre 2.500 a 3.500g e 14% tiveram peso > 3.500 (Tabela 2). Após o nascimento, 100% dos RN e puérperas, foram encaminhados para o alojamento conjunto.

TABELA 2

Distribuição por aspectos assistenciais e condições do recém-nascido após o nascimento

Distribuição por aspectos assistenciais e condições do recém-nascido após o nascimento		
Variáveis	n	%
SEXO		
Masculino	29	58
Feminino	21	42
ÍNDICE DE APGAR		
Maior que 7 no 1º min.	46	92
Maior que 7 no 5º min.	50	100
CONTATO PELE A PELE		
Sim	47	94
Não	3	6
AMAMENTAÇÃO NA 1ª HORA		
Sim	35	70
Não	15	30
MANOBRAS DE REANIMAÇÃO		
Intubação	-	-
O2 inalatório	7	14
Ambú com máscara	1	2
PESO AO NASCER		
< 2.500g	4	8
2.500 a 3.500g	39	78
>3.500g	7	14

6.7 Atitude/postura dos profissionais

Durante a entrevista, as puérperas avaliaram atitudes e comportamentos dos profissionais utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 5 a nota de máxima consideração. Com relação à presença dos profissionais e o apoio emocional dado à parturiente durante o trabalho de parto a média foi 4,5 com desvio padrão de 1,2. Em relação ao tratamento respeitoso pelo profissional e o repasse de informações foi observado média de 4,8 com desvio padrão de 0,7 e 0,8 respectivamente. Uma

atitude de compreensão e sensibilidade para com suas demandas/necessidades das mulheres, a disposição de explicar todos os procedimentos executados e a liberdade de expressar seus sentimentos foram avaliados com nota média de 4,6 e desvio padrão de 1 ponto.

7 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados tem como foco a prática baseada em evidências científicas, como um elemento importante na caracterização da assistência ao parto e nascimento. No contexto mundial da atenção obstétrica, essa prática impulsiona o movimento de reflexão crítica e o questionamento do modelo intervencionista. Segundo Barros e Silva (2004), a assistência prestada à mulher durante o processo de parturição por enfermeiros obstetras é considerada como uma possibilidade para a redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Quando comparado com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, em nossa amostra observa-se uma alta percentagem de mulheres sem relação estável, de adolescentes (34%), e escolaridade com pelo menos ensino fundamental completo (BRASIL, 2009). A escolha de limitar a amostra a primíparas causou uma maior participação de adolescentes e de mulheres com maior nível da escolaridade, já que houve um aumento da escolaridade nos últimos anos (BRASIL, 2009). Também o fato de que quase a metade das mulheres participantes não vivia em união estável e não tinha trabalho remunerado deve ser explicado pela composição da amostra exclusivamente de primíparas com média de 22 anos.

Dez por cento das entrevistadas relataram que mantiveram uso de cigarros durante a gravidez; estudos demonstram que cerca de 80% das mulheres fumantes continuam com tal hábito durante sua gestação (KUCZKOWSKI, 2004).

Segundo a PNDS (2009), o SUS foi responsável pela assistência pré-natal em aproximadamente 74,8% dos casos e por 77,4% dos partos realizados no período no País, com diferenças regionais estatisticamente significantes. A presença do SUS foi maior nas regiões Norte e Nordeste, tendo assistido a mais de 85% das gestantes e parturientes. A participação do sistema de saúde suplementar foi maior nas regiões Sudeste e Centro-Oeste (24,3% e 26,5%). Em nossa pesquisa, esse dado foi bem superior; 90% referiram a realização do pré-natal pelo SUS. Segundo Pires *et al.* (2010), estima-se que o subsetor da saúde suplementar seja responsável pela cobertura de 25% da população brasileira e planos de saúde com preços mais acessíveis para realização de consultas conquistam os usuários do SUS.

A média de consultas realizadas no pré-natal das entrevistadas foi de oito consultas; isso mostra que o acesso à assistência no pré-natal ampliou-se consideravelmente. Segundo a PNDS de 2006, cerca de 77% das mães realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal, como recomenda o Ministério da Saúde desde 2000 e a porcentagem de mães que não realizaram qualquer consulta ao longo da gestação diminuiu de 14% para 1%. Essa redução foi igualmente expressiva nos contextos urbano e rural (BRASIL, 2009).

Entre as morbidades na gravidez, a infecção do trato urinário (ITU) foi prevalente com 22% e foi a maior causa de internação (4%). Conforme a literatura, a infecção do trato urinário representa uma das doenças infecciosas mais comuns durante a gestação, com frequência variando de 5% a 10%. O processo anêmico crônico favorece o desenvolvimento da infecção urinária, surgindo em um quarto das gestantes acometidas como consequência do dano na membrana plasmática do eritrócito, mediado por endotoxinas bacterianas (DUARTE *et al.* 2002).

A prevalência de diabetes mellitus gestacional (DMG) situa-se ao redor de 1% e 14%, dependendo da população estudada, da etnia, da área geográfica, da frequência do rastreamento e dos critérios diagnósticos utilizados (MILECH *et. al*, 2006) . No Brasil, sua prevalência em mulheres com mais de 20 anos, atendidas em serviços de pré-natal do SUS, é de 7,6%, sendo que 94,0% dos casos apresentam apenas tolerância diminuída à glicose e 6,0% hiperglicemia semelhante ao nível de diabetes fora da gravidez (BRASIL, 2000). Também em nossa amostra, o diabetes mellitus teve prevalência bem menor quando comparado com a infecção urinária.

Embora nossa amostra seja constituída somente por primíparas, síndromes hipertensivas não foram frequentes. A primiparidade é um dos fatores predisponentes para síndromes hipertensivas na gravidez, assim como extremos de idade materna, a cor e a obesidade. A restrição a mulheres com gestação a termo em nossa amostra deve ser responsável pela baixa prevalência dessa complicação considerando que a elevação de pressão arterial é uma indicação importante para a interrupção da gravidez antes do termo. As síndromes hipertensivas podem ocasionar várias complicações durante o período gestacional, trabalho de parto e

pós-parto. A mortalidade materna ocorre em cerca de 60% a 86% e a fetal pode atingir de 56% a 75% (FERRÃO *et al.* 2006).

Outra causa de internação neste estudo foi a hiperemese gravídica (2%) intercorrência bastante frequente em nosso meio. Afeta mais de 55% das gestantes, dependendo da população estudada. A influência dos hormônios gravídicos não pode ser negada como fator agravante mas a literatura é unânime em afirmar que não pode ser interpretada como causa exclusiva da hiperemese gravídica (CAMPOS, 2008).

Na amostra, somente 2% das mulheres foram internadas por trabalho de parto prematuro, enquanto, no Brasil, segundo o SINASC, a taxa de prevalência de prematuridade foi de 5% em 1994, 5,4% em 1998, 5,6% em 2000 e 6,5% em 2004. Em 2008 e 2009, a proporção de nascidos vivos prematuros em Minas Gerais foi de 7,6%. Proporções bem menores foram observadas nas macrorregiões Jequitinhonha, Norte, Nordeste e Leste (MINAS GERAIS, 2010a). Segundo Guimarães e Melo (2011), além de fatores sociodemográficos e biológicos ou determinados hábitos de vida, que respondem por 30% dos nascimentos prematuros, fatores psicossociais também são envolvidos. Silveira *et al.* (2008), sugerem que as altas taxas de cesáreas e o aumento do número de mães sem companheiro podem ser parcialmente responsáveis pelo aumento da prematuridade. Ao constatar aumento da prematuridade tanto para partos vaginais como cesáreas, os autores sugerem uma causa em comum, como a interrupção eletiva da gravidez, seja por cesárea ou por indução do parto.

A assistência pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade. Não deve ser encarada como uma simples realização de exames e prescrição de medicação, mas sim, como trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétricas e assistência emocional (BENIGNA; NASCIMENTO; MARTINS, 2004). A orientação sobre o trabalho de parto e parto é uma intervenção simples e de alta eficácia, que pode ser facilmente disponibilizada pelo serviço. Nesse sentido, os dados da amostra apontam para uma atuação deficiente dos profissionais que atuam no pré-natal. Somente 44% das mulheres receberam orientações sobre práticas que favorecem o nascimento do bebê e o início de trabalho de parto foi esclarecido para 66% das

participantes durante o pré-natal. Segundo Diniz (2003) e Hotimsky *et al.* (2002), a informação dada às gestantes é insuficiente, e os profissionais não consideram que o repasse de informações corretas e suficientes fazem parte dos direitos reprodutivos das mulheres. Durante o pré-natal, a maioria dos profissionais de saúde não investe nessa importante tarefa, seja por falta de tempo, seja por falta de motivação ou por negligência.

É importante ressaltar que toda prática educativa, quando possível, deve ser oferecida à gestante e ao acompanhante, que poderá estar a seu lado durante o pré-natal e no decorrer do trabalho de parto e parto, vivenciando junto à mulher a experiência do nascimento (BRASIL, 2001). O diagnóstico preciso do início do trabalho de parto permanece um problema na obstetrícia e ressalta-se a importância das informações que permitam à parturiente evidenciar o trabalho de parto ativo, diferenciando-o das contrações de Braxton-Hicks. Uma vez orientada corretamente, ela procura o hospital em momento mais oportuno, quando estabelecido o trabalho de parto evitando assim intervenções desnecessárias (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010).

Embora a OMS (1996) recomende a participação de um acompanhante de escolha da gestante no parto e no Brasil a presença do acompanhante seja assegurada por lei (BRASIL, 2005), somente 56% tiveram orientações sobre seu direito à presença de um ente querido durante a internação para o parto. O processo de acompanhamento deve iniciar-se no pré-natal, pois essa medida proporciona familiaridade dos usuários dos serviços com o ambiente de assistência e a equipe profissional. Seu produto é um resultado mais positivo para todo o processo reprodutivo (KOMURA HOGA; SOUZA, 2007).

Segundo Diniz (2003) a informação sobre boas práticas durante o trabalho de parto e sobre métodos que facilitam a parturição é muito importante. Ainda durante a gestação, como preparo para o trabalho de parto, a mulher deve ser informada sobre práticas das quais ela e seu recém-nascido poderiam se beneficiar e quais poderiam provocar danos. Uma vez esclarecida, sua demanda por boas práticas contribui para a substituição de muitos procedimentos danosos que são ainda realizados nos hospitais rotineiramente, por uma assistência baseada em evidência científica.

Em 2001, o MS, em associação com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), enfatizou a analgesia e a anestesia em Obstetrícia, abordando inclusive as técnicas alternativas. Em 2002, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), em conjunto com a Sociedade Americana de Anestesiologistas, reafirmou sua posição de que o simples pedido da paciente seria indicação suficiente para anestesia durante o trabalho de parto e o parto. No mesmo ano, Lowe (2002) enfatizou que a dor do trabalho de parto é o reflexo altamente individual de estímulos que são recebidos e interpretados por cada mulher. O estudo revelou que 44% foram orientadas sobre o direito à analgesia durante o trabalho de parto.

A grande maioria das mulheres (72%) preferia um parto vaginal e afirmou que os médicos no pré-natal reforçaram essa opção. O achado contradiz estudos, que investigam ou atribuem ao médico obstetra a causa pela “epidemia” de cesarianas desnecessárias, ou seja, cesarianas realizadas sem indicação baseada em evidências científicas. Segundo os que defendem essa perspectiva, as mulheres desejariam parir seus filhos pela via vaginal, mas por influência do médico pré-natalista acabam mudando de ideia e deixam prevalecer a opinião e a conveniência do obstetra (FERRARI; LIMA, 2010). Esse comportamento médico é observado especificamente na saúde suplementar, que exhibe altas taxas de cesáreas. Parece que, no atendimento pelo SUS, embora os profissionais sejam os mesmos, não há esse discurso. A frequência de cesarianas é influenciada por condições socioeconômicas, fontes de financiamento dos serviços de saúde e o modelo vigente de atenção médica. Essa heterogeneidade revela desigualdade na oferta de cesarianas, com predomínio do procedimento em mulheres de baixo risco e de maior renda, o que reforça a influência de fatores não clínicos (FERRARI; LIMA, 2010; MINAS GERAIS, 2010a).

Segundo o MS (BRASIL, 2001), não existe um "momento ideal" para internar a gestante em trabalho de parto; o desejável é que a internação aconteça já na fase ativa. A pesquisa revelou como média de dilatação do colo uterino no momento da admissão 3,98 cm e média de três contrações em dez minutos. Segundo a literatura, critérios habitualmente usados para o diagnóstico do trabalho de parto nunca foram

avaliados cientificamente. A recomendação do Ministério da Saúde define trabalho de parto como a presença de contrações uterinas espontâneas, pelo menos duas em 15 minutos e pelo menos dois dos seguintes sinais: apagamento cervical, colo dilatado para 3 cm ou mais, ruptura espontânea das membranas (BRASIL, 2001).

Uma política de admissão tardia evita admissões prematuras e intervenções desnecessárias (incluindo o uso de ocitocina e analgesia peridural) em mulheres com fase latente prolongada, além de evitar admissões por falso trabalho de parto. Resulta, além disso, em menor duração do trabalho de parto dentro do hospital e menor duração do segundo estágio do parto, sem afetar desfavoravelmente o prognóstico perinatal (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010).

A preocupação com o excesso de cesarianas nas últimas décadas tem despertado um crescente interesse pelos métodos de indução, buscando-se o mais efetivo e seguro para o binômio materno-fetal. O misoprostol foi utilizado, em nosso estudo em seis mulheres (12%). Administrado por via vaginal, tem sido utilizado rotineiramente tanto para amadurecimento como para indução do parto; porém outras formas de administração vêm sendo propostas, como comprimido oral, sublingual, bucal, retal e, mais recentemente, solução oral com dose escalonada (SOUZA *et al.* 2010; BRASIL, 2001).

A via de administração recomendada pelas diretrizes de sociedades de ginecologia e obstetrícia continua sendo a vaginal; porém ainda é necessário definir qual a melhor e a menor dosagem capaz de desencadear o trabalho de parto, com a menor incidência de complicações. Proposto pelo Ministério de Saúde em 2001 (BRASIL, 2001) e conforme protocolo da instituição onde o estudo foi realizado, utiliza-se dose recomendada de 25 mcg a cada quatro horas. O ACOG (2000), recomendou sobre a utilização de dose não superior a 25 mcg, por via vaginal, na indução do parto a termo na tentativa de diminuir as taxas de taquissístolia e síndrome de hiperestimulação (SOUZA, *et al.* 2010; RANGEL FILHO *et al.*, 2007). Estudos mostraram que a indução do trabalho de parto para gestações acima de 41 semanas é capaz de reduzir a mortalidade perinatal e a aspiração de mecônio, sem aumento da taxa de cesárea, mesmo em mulheres com colo desfavorável (CUNHA, 2010).

A indução do parto deve obedecer rigorosa indicação. Devido aos avanços dos recursos propedêuticos, em casos específicos, a indução do trabalho de parto oferece uma possibilidade de intervenção que garante a segurança da mãe e do concepto. Dessa forma, é frequente sua realização em diversas situações clínicas. O uso da ocitocina é o procedimento mais usado em todo o mundo para indução do parto. Em nosso estudo, para cerca de 6% das mulheres (3) a ocitocina foi prescrita no momento da internação. A opção entre os métodos de indução baseia-se na avaliação do colo, aplicando-se o score de Bishop (CUNHA, 2010; BRASIL, 2001).

No estudo de Cunha (2010), não foi observada hiperestimulação pelo uso da ocitocina e houve apenas um caso de rotura uterina no grupo controle. Não houve diferença na taxa de parto operatório vaginal, líquido meconial tinto de mecônio, índice de Apgar <7 com 5 minutos, internação em UTI neonatal, hemorragia pós-parto, taxa de corioamnionite ou de endometrite; mas o uso de antibiótico foi reduzido com a indução pela ocitocina. A infecção neonatal foi menor com a indução pela ocitocina, bem como o uso de antibióticos pelo recém-nascido.

Para possibilitar o acompanhamento da evolução do trabalho de parto, a grande maioria dos prontuários continha partograma (94%) completamente preenchido. Tal medida é amplamente aceita como método útil para avaliação do progresso do trabalho de parto, permitindo a identificação de alterações, a tomada de condutas apropriadas para correção de desvios e prevenção de intervenções desnecessárias e assegura uma adequada evolução do trabalho de parto (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010; BRASIL, 2001).

O partograma é uma ferramenta simples e barata, na qual são registradas as observações da fase ativa do trabalho de parto, como condições maternas e fetais e o progresso do trabalho de parto. Na prática, sua efetividade quanto aos resultados maternos e neonatais tem sido questionada pela possibilidade de poder ser afetada por variações individuais como raça e o nível socioeconômico e cultural. Existe a preocupação de que seu uso possa levar a intervenções desnecessárias (aumento da frequência da amniotomia, uso de ocitocina e analgesia), por assumir que todas as parturientes têm evolução similar no trabalho de parto (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Atualmente estima-se que, nos Estados Unidos (EUA), mais de 50% das parturientes recebem algum tipo de analgesia regional durante o trabalho de parto, com alguns centros referindo taxas superiores a 80% (ABRÃO, 2008). No serviço de obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC- FMUSP), nos anos de 2001 a 2003, 77% das parturientes deram a luz sob analgesia (ABRÃO, 2008). Em nosso estudo, 30% das parturientes optaram pela analgesia bem acima da média nacional encontrada na PNDS de 2006. As diferenças entre o SUS (3,5%) e o setor de saúde suplementar (14,2%) são gritantes (BRASIL, 2009). A analgesia peridural proporciona um alívio da dor considerado bom por 80% a 90% das parturientes (BRASIL, 2001). Das mulheres que receberam analgesia no trabalho de parto, 80% relataram que gostariam de recebê-la no próximo parto. A alta taxa de aprovação justifica a analgesia como medida de humanização do atendimento ao parto e nascimento, como prevista em lei (BRASIL, 2001).

A amniotomia é um procedimento utilizado com o objetivo de reduzir a duração do período de dilatação, tornando as contrações uterinas aceleradas. Abrevia a duração do trabalho de parto, embora não traga resultados perinatais melhores. (LOBO *et al.*, 2010). Apesar de permitir a monitorização direta do fluido amniótico, tal intervenção está associada a desvantagens como: aumento da deformidade da cabeça fetal, alteração na frequência cardíaca fetal e risco de prolapso de cordão.

Um trabalho realizado em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro em 2006, a amniotomia foi realizada em 5,8% dos partos assistidos por enfermeiros obstetras (ROCHA; FONSECA, 2010). Já um levantamento realizado em 20 hospitais (municipais, estaduais, federais, filantrópicos, militares e privados conveniados ao SUS) no período de 1999 a 200, no Rio de Janeiro, a média de realização de amniotomia foi de 24,3% (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Neste estudo, os resultados apontaram que a amniotomia foi realizada em 30% das parturientes internadas com as membranas ovulares íntegras e, ao se indicar esse procedimento, a dilatação cervical média era de 5,8 cm. Comparando com resultados de Schneck e Riesco (2006), parece que a amniotomia é a intervenção

não tão frequente utilizada pelos enfermeiros obstetras nesse serviço. Dados de CPN intra e extra-hospitalares indicam taxas de 75,1% e 30,6%, respectivamente. Não se pode concluir que a amniotomia resulte em vantagem ou malefício em relação ao manejo expectante do parto; contudo, no trabalho de parto normal, deveria existir um motivo claro para justificar esse procedimento (FERNANDES, 2004; LOBO *et al.*, 2010).

O estudo de Velho, Oliveira e Santos (2010), retrata baixa frequência de intervenções utilizadas durante o trabalho de parto e parto pelos enfermeiros obstetras em CPN. A rotura espontânea das membranas ocorreu em 69,10% das mulheres atendidas, a rotura artificial foi realizada em 27,6%, quando a mulher estava com 8 a 9 cm de dilatação e, em 17%, as membranas amnióticas foram rompidas pelos profissionais somente quando as mulheres se encontravam com a dilatação total, ou seja, 10 cm. Esses dados mostram-se coerentes com a filosofia do CPN que propõe a baixa intervenção e o apoio ao parto fisiológico, e os propósitos da enfermagem obstétrica. Parece que, nos ambientes onde o enfermeiro obstetra pode trabalhar com autonomia, uma assistência de baixa intervenção realmente pode ser realizada.

No total da amostra, foram observados 20% de casos com estado fetal não tranquilizador. Desses, 6% ocorreram em mulheres em uso de misoprostol para indução, enquanto nenhuma alteração na vitalidade fetal foi observada para a indução com ocitocina. Entretanto, entre todas as mulheres que fizeram uso de ocitocina durante o trabalho de parto, seja para indução ou condução do trabalho de parto, 14% sofreram alguma situação que representa risco para o feto como mecônio espesso, bradicardia ou taquicardia. Seis por cento das mulheres apresentaram algum tipo de sofrimento fetal na admissão, sem estarem em trabalho de parto. Esse dado aponta para o risco decorrente na indução/condução do trabalho de parto com ocitocina. Seu uso exige controle e acompanhamento rigoroso do bem-estar do feto e da mãe e controle.

Cunha (2010) comparou a ocitocina e o misoprostol para a indução de parto e concluiu que não há clareza sobre o melhor fármaco para o amadurecimento do colo uterino e a indução do parto. Enquanto a ocitocina é eficaz para a indução do parto,

mas não é satisfatória para o amadurecimento do colo, o misoprostol é eficaz no amadurecimento do colo, mas ainda persistem dúvidas sobre sua segurança. Mesmo assim, seu uso é defendido, apenas recomendando-se cautela na dose empregada e na formulação de protocolo de indução do parto em cada hospital.

A CTG permite a monitorização fetal contínua, mas causa maior taxa de intervenções, sobretudo a cesariana, devido aos resultados falso-positivos que indicam comprometimento fetal quando este não existe. A complexidade fisiológica dos padrões da frequência cardíaca fetal (FCF) dificulta a definição precisa das situações indicativas para a cesárea. Outra desvantagem é a impossibilidade de deambular e de se movimentar para as mulheres em monitorização contínua (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Numa revisão sistemática com meta-análise, que comparou a ausculta intermitente com a CTG, nenhum dos nove trabalhos demonstrou diminuição estatisticamente significativa nos índices de nascimentos com Apgar menor que 4 ou 7 no primeiro e quinto minuto de vida, na taxa de internação de recém nascido na UTI neonatal e na taxa de mortalidade ou de paralisia cerebral. Foi observado um aumento na taxa de cesarianas associado com o uso de monitorização eletrônica contínua (MEF) e parto vaginal operatório. O risco de cesariana era maior em gestações de baixo risco. O efeito protetor da MFE no trabalho de parto só foi significativo com relação à convulsão neonatal (SILVA; SÁ; LOPES, 2005).

Assim, as diversas sociedades internacionais sugerem que o uso rotineiro da ausculta da FCF por CTG contínua em mulheres de risco habitual para predição de resultados adversos não é recomendada, uma vez que não melhora significativamente o prognóstico neonatal e aumenta a morbidade materna.

O direito ao acompanhamento de um familiar já é assegurado por lei (BRASIL, 2005). Entretanto, não é praticado de forma regular e sistemática em todo o país. Deve ser entendido como um direito seu no processo de humanização do nascimento. “Representa um suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar

forças, para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis” (ROCHA; FONSECA, 2010).

A cobertura de quase 100% de acompanhante entre as parturientes afirma a política assumida pela instituição que já tinha instituído o acompanhante no trabalho de parto antes que ele se tornou lei. Tal medida está de acordo com as recomendações da OMS e do MS (BRASIL, 2005; OMS, 1996). O alto índice de aprovação do acompanhante durante o trabalho de parto pelas parturientes suporta a importância dessa medida para assegurar resultados favoráveis e corrobora estudos com evidências claras (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007). Estudo realizado numa maternidade (SUS) do Rio de Janeiro entre o ano de 1999 a 2001, ou seja, antes da lei do acompanhante, mostraram manejo bastante individualizado entre os hospitais. Foram encontradas taxas de cobertura do acompanhante entre 58,5% (hospital militar) e de 1,5% e 2,0% (hospitais filantrópicos e estaduais). Contudo, o acompanhamento somente se referia à presença do acompanhante no pré-parto, e não na sala de parto (OLIVEIRA *et al.* 2008). Em outro estudo realizado no Rio de Janeiro sobre partos assistidos por enfermeiros obstetras, 60,6% das parturientes tinha acompanhantes durante o parto.

No Brasil, a Lei Federal nº 11.108 garantiu a todas as parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Apesar disso, a PNDS aponta que o acompanhante esteve presente em menos de 10% dos partos no SUS e em 35% no sistema privado no ano de 2006 (BRASIL, 2009; BRASIL, 2005). Esse dado mostra que, embora direito assegurado por lei, a presença do acompanhante nos hospitais durante o trabalho de parto, ainda está longe de ser realidade. A questão da presença do acompanhante deve fazer parte da reflexão e conscientização dos profissionais, para que todas as parturientes sejam acompanhadas por alguém de sua escolha e para que esse acompanhante seja recebido com dignidade e respeito nas instituições, oferecendo-se a ele espaço físico adequado e outras condições organizacionais (SOUZA, 2011).

A palavra "doula" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e

após o parto. Neste estudo, a instituição colabora com essa prática, porém apenas 50% dessas mulheres referiram ter recebido acompanhamento de uma doula. O sentimento de isolamento da mulher pode aumentar com o aparecimento e o desaparecimento intermitente de pessoas desconhecidas, incluindo obstetras, enfermeiros, estudantes e outros profissionais da saúde. O suporte por um acompanhante, além do familiar, familiarizada com o trabalho de parto, traz inúmeros benefícios (BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007). Quando o parto é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, aumenta a probabilidade de aparecer distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais que podem influenciar o relacionamento mãe/filho, além de sua vida afetiva e conjugal. O medo gera a dor e a dor aumenta o medo, gerando um ciclo que precisa ser interrompido. A interrupção desse ciclo ocorre devido aos cuidados individualizados que minimizam ou excluem as causas do medo e da dor (DUARTE, 2011). A baixa cobertura do acompanhamento pela doula numa instituição que mantém um serviço de doula durante 24 horas e sendo uma instituição formadora desses profissionais em nível nacional, não era um resultado esperado. Fatores organizacionais, como a falta do dimensionamento adequado entre partos atendidos e o número de profissionais, podem ser a causa desse resultado.

Dentre as práticas classificadas como demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, encontramos o oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto (OMS, 1996). Na instituição pesquisada, a oferta de líquidos faz parte do protocolo, que foi seguido para a maioria das mulheres. Essa conduta ainda não é estabelecida em vários hospitais (OLIVEIRA *et al.* 2008). Segundo Souza (2011), o jejum absoluto imposto às mulheres durante o trabalho de parto, além de desprover as mulheres da energia necessária para sustentar o trabalho muscular realizado pelo útero, está intimamente ligado à prática rotineira da hidratação venosa. Tal conduta interfere negativamente no processo natural da parturição, uma vez que limita a movimentação da mulher. Essa intervenção deve ser evitada, exceto em casos em que há indicação obstétrica clara e precisa.

Segundo Velho, Oliveira e Santos (2010), a dor do parto pode ser desencadeada pelo tipo de assistência prestada, quando se abusa de intervenções, como ocorre no modelo assistencial chamado de medicalizado ou tecnicista. Esse modelo é

caracterizado por procedimentos dolorosos em excesso como toques vaginais, uso de ocitócitos e realização de episiotomia/episiotomia (DINIZ, 2003). A humanização da assistência ao parto e nascimento traz para a prática diária também as evidências sobre métodos não farmacológicos para o alívio da dor.

No hospital onde foi realizada a pesquisa, são oferecidas amplamente práticas de conforto à mulher para amenizar a dor. Não é um protocolo rígido a ser seguido, pois existe liberdade de escolha para a mulher, que poderá ou não segui-lo, de acordo com sua preferência. Para o manejo da dor são utilizados recursos não farmacológicos, como o uso do chuveiro, bolas do nascimento, massagem, deambulação, respiração e banquinho de parto. Essas medidas não farmacológicas para o alívio da dor são estimuladas pelos enfermeiros obstetras como mostram as altas taxas de uso da respiração, da bola suíça, da deambulação e, principalmente, de banhos prolongados no chuveiro.

Dentre essas práticas, destacou-se a utilização da respiração (82%) para alívio da dor. Esses exercícios funcionam como um instrumento para manter o controle durante as contrações. No primeiro estágio, essas técnicas respiratórias promovem o relaxamento dos músculos abdominais, aumentando a cavidade abdominal, diminuindo a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal durante as contrações. Na realidade, são utilizadas variações nos padrões respiratórios, pois há algumas mulheres que descobrem um padrão respiratório próprio que lhes é mais confortável. Dessa forma, com essa técnica e a individualização do padrão ventilatório, os exercícios respiratórios visam minimizar a dor (ROCHA; FONSECA, 2010).

Um método também muito utilizado foi o banho prolongado de chuveiro. A água quente proporciona o alívio do desconforto e o relaxamento geral. A redução da ansiedade resultante diminui a produção de adrenalina. Isso desencadeia um aumento nos níveis de ocitocina (para estimular o parto) e de endorfina (para reduzir a percepção da dor) (ROCHA; FONSECA, 2010).

A bola do nascimento, também conhecida como bola suíça ou bola de Bobath, é uma técnica não invasiva que favorece a dilatação da cérvix por meio de

movimentos circulares que a mulher realiza sentada sobre a bola. Devido à posição verticalizada da mulher, esse cuidado também favorece a descida do feto. As mulheres referem menor desconforto e dores menos intensas, principalmente na região lombossacro, e se observa menor risco de traumas vaginais ou perineais, menor duração do período expulsivo e melhores resultados (ROCHA; FONSECA, 2010; LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003). Davim *et al.* (2008) ressaltam que a associação da bola a outros recursos não farmacológicos para alívio da dor como o banho de chuveiro morno, massagem em região lombar, auxilia na humanização do parto e nascimento. O banco para posição de cócoras, também utilizado, permite que a vulva e o cóccix permaneçam livres, facilitando a dilatação da cérvix, a manutenção dos puxos, proporcionados pela posição vertical.

A massagem foi utilizada em 44% das parturientes em trabalho de parto. A massagem adquire forma de golpes leves ou firmes, vibração, amassamento, pressão circular profunda, pressão contínua e manipulação articular. As várias formas de toques e massagem estimulam diferentes receptores sensoriais proporcionando alívio da dor e facilitando o relaxamento (ROCHA; FONSECA, 2010).

Também foi citada a deambulação como método não farmacológico de alívio da dor (44%). Segundo Oliveira (2008), a deambulação está associada a um índice reduzido de partos operatórios e do uso de analgesia. Essa prática possibilita a melhora na contratilidade uterina, levando conseqüentemente à redução do tempo de trabalho de parto, diminuindo a dor e oferecendo mais conforto. Ainda permite o reforço do controle da mulher sobre o próprio trabalho de parto e a criação de uma interação mais próxima com o parceiro e com os provedores de cuidado que a ajudam a caminhar.

Sabe-se que fisiologicamente é muito melhor para a mãe e para o filho quando a mulher se mantém em movimento durante o processo de parturição. Segundo Oliveira *et al.* (2008), a deambulação está associada a um índice reduzido de partos operatórios e do uso de analgesia. Essa prática possibilita a melhora da contratilidade uterina, levando conseqüentemente à redução do tempo de trabalho de parto, à diminuição da dor e ao aumento do conforto durante a parturição. Ainda

permite o reforço do controle materno sobre o próprio trabalho de parto e a criação de uma interação mais próxima com o parceiro da parturiente e com os provedores de cuidado que a ajudam a caminhar. Em nosso estudo, percebe-se que a assistência prestada pelo enfermeiro obstetra é diferenciada do modelo biomédico de atenção ao parto, já que ele se apropria amplamente de recursos naturais e não farmacológicos, na manutenção da fisiologia do parto. O alto percentual de mulheres que deambularam mostra uma prática de acordo com a preconizada pelo MS/OMS para uma assistência humanizada e segura à parturiente

No estado de Minas Gerais atualmente quase a totalidade das crianças nasce em ambiente hospitalar. A proporção de partos hospitalares vem se apresentando com valores maiores que 99% em 2008 e 2009 (MINAS GERAIS, 2010a). Não há evidências claras sobre qual seria a proporção adequada de partos por cesariana, mas estudos mostraram que não há benefícios para as mulheres, quando a taxa de cesárea extrapola 20% (VILLAR *et al.*, 2006). Observa-se que, em muitos locais do mundo, taxas dessa cirurgia são superiores àquelas preconizadas há 25 anos pela OMS. Porém, o "bom parto", seja ele vaginal, seja cesáreo, deve ser aquele que assegure o bem-estar da mãe e do recém-nascido (REZENDE, 1969; PATAH; MALIK, 2011).

O Brasil apresenta elevadas taxas de cesáreas, ainda crescentes no decorrer dos anos: de 38,9%, em 2000, a 46,5%, em 2007. Dados preliminares de 2008 indicam 48,4% (PATAH; MALIK, 2011). Em Minas Gerais (2010b) a frequência de cesarianas está ao redor de 50% nos últimos dois anos e é mais elevada nas macrorregiões Triângulo do Norte (80,2%), Triângulo do Sul (65,3%), Sudeste (63,5%) e Centro-Sul (62,7%), e menor na região do Jequitinhonha (29,9%) e no Norte de Minas (36,8%) (MINAS GERAIS, 2010a).

Neste estudo, 16% das mulheres foram submetidas a cesárea, percentual superior aos indicadores desse serviço no ano de 2010, que foram em torno de 11% no total das mulheres. Ao ser comparado com a PNDS de 2006, que revela taxas de cesáreas em primíparas no Brasil de 48%, com altos índices concentrados nas regiões sudeste (57,2%) e centro-oeste (50,7%), a taxa de nosso estudo se mostrou favorável (BRASIL, 2009).

A cesárea pode ser indicada durante o trabalho de parto por falha de progressão ou por evolução do trabalho de parto com comprometimento da vitalidade fetal. Segundo Porto, Amorim e Souza (2010), a verdadeira causa da falha na progressão do trabalho de parto geralmente não é identificada, mas em geral essa falha se deve a contrações uterinas deficientes ou a uma desproporção cefalopélvica absoluta ou relativa com mau posicionamento do polo cefálico. Algumas más posições da cabeça fetal podem ser corrigidas durante a assistência ao parto vaginal, particularmente se a dilatação está completa; porém muitas pacientes necessitam de cesariana. Em parturientes com fetos em apresentação cefálica defletida ou variedade de posição occítoposterior ou occíptotransversa, pode acontecer evolução favorável para parto normal, porém a cesariana pode ser preferível a um parto instrumental traumático.

Em um estudo observacional avaliando fetos com diagnóstico de frequência cardíaca não tranquilizadora com ou sem mecônio e que nasceram de cesariana e fetos que nasceram de parto normal com presença de mecônio, observou-se que a cesariana não melhorou o prognóstico neonatal. Na prática clínica, sugere-se que diante de um padrão de FCF não tranquilizadora, sejam avaliados todos os parâmetros, como aspecto do líquido amniótico, grau de dilatação, altura da apresentação e variedade de posição. A cesariana deve ser indicada, exceto se a dilatação está completa e houver condições de aplicabilidade para fórceps ou vácuo-extrator (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010). Em nosso estudo, a única parturiente que foi submetida a cesárea e cujo feto estava com comprometimento da vitalidade, não estava em trabalho de parto. A falha de indução constituiu 2% das indicações para a realização de cesáreas em nosso estudo.

Com 12% o estudo mostrou uma alta incidência de aplicação de fórceps entre as primíparas. Esse fato pode se associar com o uso da analgesia, porque 66,6% dos partos a fórceps foram em parturientes que optaram pela analgesia medicamentos. O uso da analgesia pode ser responsabilizado por vários efeitos indesejados, dentre eles estão o eventual prolongamento do período expulsivo e o aumento da incidência de partos instrumentais (BRASIL, 2001). A alta proporção encontrada em nosso estudo associada à participação de enfermeiros na assistência ao parto,

chama atenção. Talvez as limitações metodológicas, como o tamanho reduzido da amostra e a restrição às primíparas possam explicar esse fato.

Os esforços expulsivos maternos podem ser orientados ou não, precoces (antes da dilatação completa) ou tardios (somente quando a parturiente sentir vontade de fazer força) (BRASIL, 2001). Embora não haja evidência nenhuma que comprove a eficácia de puxos dirigidos, os dados encontrados (38%) mostram o uso dessa prática pelos profissionais. Porto, Amorim e Souza (2010) certificam que os puxos precoces reduzem a duração do período expulsivo, porém aumentam os riscos de parto instrumental e podem acarretar lesão do assoalho pélvico. Esses efeitos precisam ser discutidos com as mulheres, pois o puxo dirigido é prática muito difundida entre a população.

A manobra de Kristeler, na qual se exerce força sobre o fundo uterino no período expulsivo, expõe a mulher a grande sofrimento e ao risco de rotura uterina (DINIZ, 2003). Apesar dos riscos, 5,8% das parturientes foram submetidas a esse procedimento no período expulsivo e com uma frequência de 66,6% foi muito mais utilizada quando associada ao uso do fórceps de alívio. A manobra de Klisteler deve ser abolida da prática obstétrica e sua ocorrência num serviço com práticas humanizadas e baseadas em evidências científicas é questionável.

A permanência da mulher na posição horizontal durante o trabalho de parto, imposta pelo modelo assistencial implantado nos hospitais, constitui uma limitação importante da liberdade corporal, considerada essencial para o bom desenvolvimento do parto (MOUTA *et al.*, 2008). Essa prática é observada essencialmente nos países ocidentais, que a mantem apoiada em bases culturais, mas não científicas. Evidências científicas mostram claramente os benefícios da adoção de diferentes posições durante o trabalho de parto para a parturiente e seu filho, seja no processo fisiológico do trabalho de parto ou nos aspectos psicológico e emocional (MIQUELUTTI, 2006).

Permanecer na posição de deitada de costas pode causar redução de pressão sanguínea da mulher em trabalho de parto e do fluxo sanguíneo para o bebê, devido ao peso que o útero exerce sobre as principais veias que suportam a circulação

sanguínea uterina. A falta do aporte sanguíneo para o útero diminui a efetividade das contrações uterinas, aumentando a duração do trabalho de parto e causando maior número de intervenções obstétricas e dor. Na posição de litotomia, a mulher faz força contra a gravidade (KEEN; DIFRANCO; AMIS, 2003).

A posição de decúbito dorsal esteve presente em somente 2,9% dos partos. Em um estudo realizado no período de 2004 a 2008 por partos assistidos por enfermeiros obstetras no ambiente hospitalar, a posição horizontal foi utilizada em 13% das mulheres e uma expressiva proporção de mulheres adotou a posição vertical (77,6%) (SOUZA, 2011). A posição deitada com as costas elevadas, registrada em prontuários como posição semissentada, foi a mais adotada pelas parturientes (35,2%) e a segunda posição mais utilizada pelas mulheres foi a de cócoras (17,6%). Estudos mostraram que posições verticais são utilizadas frequentemente na assistência por enfermeiro obstetra (SOUZA, 2011). A verticalização da mulher no período expulsivo, além de facilitar a expulsão do feto, impede ou dificulta procedimentos invasivos. Ela corresponde à concepção dos enfermeiros sobre o parto e nascimento como um ato natural e fisiológico, que, em sua grande maioria, não necessita de intervenções. Observa-se aumento das publicações sobre posições no parto que trazem as contribuições que a assistência por enfermeiros obstetras proporciona na verticalização do parto.

Aproximadamente 85% das mulheres que realizam parto vaginal sofrem algum tipo de trauma perineal, incluindo lesões das estruturas de suporte de tecido conectivo da pelve, das estruturas vasculares, dos nervos e/ou músculos ou diretamente do trato urinário (BARACHO *et al.*, 2010). O risco de ocorrência de trauma perineal durante o parto vaginal é multifatorial. Fatores obstétricos e neonatais, tais como a realização de episiotomia, segundo estágio do trabalho de parto prolongado, uso de ocitocina, parto vaginal assistido a fórceps ou vacuoextrator, recém-nascido com peso superior a 4000 g e nuliparidade estão associados à ocorrência de lacerações perineais (BARACHO *et al.*, 2010).

Os resultados do estudo referentes às lacerações perineais mostram-se muito favoráveis. Na maioria dos partos normais ocorreu laceração de 1º grau (44%). Esse tipo de laceração afeta somente a pele e às vezes não necessita de sutura,

demonstrando que a realização de episiotomia sem indicação, de forma liberal, é desnecessária (ROCHA; FONSECA, 2010). Em seguida, 32% das parturientes mantiveram integridade perineal preservada. A laceração de 2º grau ocorreu somente em 24% dos partos estudados. Normalmente esse tipo de laceração afeta pele e mucosa, sendo suturadas com facilidade sob analgesia local. Não houve lacerações de 3º ou 4º grau, que podem atingir o esfíncter anal, ocasionando consequências mais sérias e devem ser suturadas, a fim de evitar problemas de fístula ou incontinência anal (ROCHA; FONSECA, 2010).

A pesquisa atual obteve resultados semelhantes quando comparada ao estudo realizado de julho de 2006 a fevereiro de 2007, num CPN no Rio de Janeiro. Entre 176 mulheres primíparas que realizaram parto vaginal, 94 (55,4%) foram horizontais e 82 (44,6%) verticais. Com relação à laceração perineal espontânea, documentada para 166 mulheres, esse estudo mostrou prevalência em 103 casos (62%), sendo 62 casos (37,4%) de lacerações de 1º grau, 39 casos (23,4%) de 2º grau, dois casos (1,2%) de lacerações de 3º grau e nenhuma laceração de 4º grau (BARACHO *et al.*, 2010).

Os achados refletem a preocupação dos enfermeiros obstetras em promover a integridade perineal, física, psíquica da parturiente, vista a alta prevalência de manutenção da integridade perineal e das lacerações de 1º grau. A proteção perineal, durante o segundo estágio de parto, embora não haja evidências claras a seu favor, é prática rotineira na condução do trabalho de parto dos enfermeiros do serviço estudado. Por outro lado, os fatores que realmente se demonstraram efetivos para aumentar a integridade perineal são evitar a episiotomia e evitar o parto instrumental (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

A episiotomia somente foi realizada quando a parturiente foi submetida ao parto fórceps, ocorrido em 2,9% das mulheres. A OMS (1996) classifica a episiotomia de rotina como prática que deve ser abandonada e recomenda seu uso restritivo. A taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10% e, quando ocorrer esse procedimento, só poderá ser realizado com consentimento pós-informado da parturiente, assim com todos os procedimentos cirúrgicos.

A baixa taxa de episiotomia em nossa amostra, que é constituída somente por primíparas com alta participação de adolescentes, contradiz a ideia de que a episiotomia previne lacerações perineais graves nessas mulheres. Os adeptos do modelo biomédico alegam como justificativa para a realização da episiotomia, principalmente nessas parturientes, que a pelve materna nessa faixa etária ainda não está madura o suficiente para suportar a passagem do bebê sem provocar danos (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006). Ainda sob a ótica tecnocrática, as nulíparas possuem o períneo com menos elasticidade, aumentando a probabilidade de ocorrência de laceração perineal (REZENDE; MONTENEGRO, 2003).

Todos os partos normais (68%) foram assistidos por enfermeiros obstetras. Segundo dados da PNDS de 2006, os médicos responderam por 88,7% dos partos no Brasil, chegando a 97,2% na região Sul. A realização do procedimento pelo enfermeiro foi mais frequente no Norte (20,6%) e no Nordeste (13,8) do que nas demais macrorregiões, onde variou de 2,6% no Sul a 4% no Sudeste (BRASIL, 2009). Em Araújo e Oliveira (2006), verificou-se que há falta de conhecimento sobre a legislação que respalda o exercício profissional do enfermeiro obstetra, gerando dificuldade na definição dos papéis e que o enfermeiro obstetra é visto de forma pouco atuante, na maioria das vezes, como um coadjuvante na assistência.

Em relação às condições do neonato, a alta taxa do Apgar acima de 7 no 5º minuto indica boa vitalidade (100%). Uma das práticas assistenciais que pode ter contribuído para esse resultado é a verticalização do parto, em que 85,4% das parturientes adotaram diversas posições verticais que favorecem o nascimento. Mouta (2008), a partir de estudo, concluiu que o índice de Apgar superior a sete no primeiro e quinto minutos é muito mais frequente nos partos em posição vertical se comparados com os partos em posição horizontal. Oliveira *et al.* (2008) encontraram somente 84,8% dos recém-nascidos com índice de Apgar maior que 7 no 1º minuto, e 95,4% Apgar maior que 7 no 5º minuto. No serviço estudado, a deambulação ainda é reprimida e os partos ocorrem na posição litotômica.

A aspiração rotineira de boca e nariz não é necessária em um neonato a termo que respira espontaneamente ou chora que tem tônus muscular adequado e líquido amniótico claro. Por outro lado, não se recomenda a aspiração das vias aéreas logo

após o desprendimento do polo cefálico em casos de líquido amniótico meconial, uma vez que ensaios clínicos randomizados demonstraram que essa medida não reduz a incidência de síndrome de aspiração meconial (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). Os passos no atendimento ao recém-nascido saudável incluem basicamente aquecimento, secagem e contato pele a pele com a mãe. Até mesmo as manobras de reanimação atualmente preconizadas incluem abordagens menos invasivas. A aspiração endotraqueal só está indicada em recém-nascidos com líquido meconial que não se apresentam vigorosos ao nascimento (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

O contato pele a pele mãe-filho deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe-filho saudáveis. O contato pele-a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (MATOS *et al.*, 2010).

A amamentação se destaca como benefício do contato imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho (MATOS *et al.*, 2010).

O contato pele a pele e a amamentação precoce devem ser estimuladas desde os primeiros minutos de vida, necessita ser respeitada na sua individualidade e magia, que envolve o binômio mãe-filho neste momento. A instituição, onde foi realizada a pesquisa, estimula esses métodos e acredita nos seus benefícios, tanto para a saúde da mãe quanto para o recém-nascido. Essa prática ocorreu em 98% dos casos mostrando um resultado muito favorável. Nenhum dos recém-nascidos de nossa amostra foi internado na unidade neonatal e todos foram encaminhados juntamente com a mãe para o alojamento conjunto.

Tivemos resultados positivos relacionados à postura/ atitude frente à assistência do enfermeiro obstetra prestada à mulher durante o trabalho de parto e parto. A alta média da pontuação (4,6 em 5) mostra que a grande maioria considera que foram tratadas com respeito, referia apoio durante o processo de parturição, liberdade de

expressão de sentimentos envolvidos naquele momento, repasse das informações quando solicitadas e esclarecimentos dos procedimentos quando executados.

Uma relação mais próxima e sensível entre o enfermeiro e a parturiente, pode ser identificada em vários estudos (BARROS; SILVA, 2004; VELHO; OLIVEIRA; VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010; CARRARO, 2008). Segundo Barros e Silva (2004), o enfermeiro, ao prestar seus cuidados às parturientes demonstra compreensão, solidariedade, apoio, incentivo, orientação e respeito. As experiências e vivências das mulheres entrevistadas por Barros e Silva (2004) demonstraram uma aproximação e valorização da parturiente, identificando-a como ser consciente, ativo e sensível, que necessita não somente de cuidados físicos, mas de alguém que considere seus sentimentos e sua individualidade. Essa proximidade, o apoio nos momentos difíceis, a conversa e pequenas ações como segurar a mão, tornam a experiência do parto mais confortável e tranquila. A descrição desse relacionamento, pela parturiente e sua família, como “o começo de uma amizade” demonstra o vínculo estabelecido.

Carraro (2008) revela que, com atitudes como orientar a mulher sobre os métodos para o cuidado e conforto, explicar sobre o trabalho de parto e parto e mostrar-se disponível para retirar qualquer dúvida, a equipe de saúde proporcionou tranquilidade, ajudando as parturientes a vivenciar de maneira mais tranquila o processo de parir. O fato de o enfermeiro se sensibilizar com o momento vivenciado, envolver-se no momento de parir, criar um ambiente de cuidado e conforto e maior aproximação com a cliente, potencializa o poder vital da parturiente e facilita o trabalho de parto e parto. O enfermeiro reconhece a importância de sua atuação e procura contato com a mulher, quer conhecer sua história de vida, identificar suas necessidades e prestar uma assistência mais adequada e de melhor qualidade (BARROS; SILVA, 2004). Já um cuidado realizado de maneira fragmentada não propicia o estabelecimento de um vínculo entre a parturiente e a equipe profissional, no qual a prioridade é a atenção técnica com relação à fisiologia do parto, e os aspectos emocionais nos quais a mulher está envolvida não são considerados (CARRARO, 2008).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora que não existam dados abrangentes sobre a atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao trabalho de parto e parto, a quantidade de publicações encontradas parecem mostrar, que há aumento de sua atuação nos serviços. O crescente interesse na atuação do enfermeiro obstetra deve-se a seu potencial em utilizar práticas não intervencionistas para suportar a fisiologia no processo de parturição. Esse potencial vem ao encontro das evidências, cada vez mais fortes, que as intervenções desnecessárias devem ser erradicadas para contribuir na redução dos altos índices de cesáreas e na diminuição da morbi-mortalidade materna e neonatal. O modelo de assistência humanizado, com o qual os enfermeiros obstetras se identificam fortemente, possibilita o resgate da mulher como protagonista no parto e da fisiologia da parturição, além de possibilitar suporte clínico e emocional adequado.

Também neste estudo, o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor se afirma como aspecto diferencial importante da assistência da enfermagem obstétrica. As tecnologias de cuidado ofertado à mulher durante o trabalho de parto e parto, com os quais os enfermeiros conseguem se familiarizar facilmente, são um componente fundamental do modelo humanizado de assistência e visam a maior autonomia da mulher e maior controle por ela de seu trabalho de parto e parto.

Este estudo permitiu perceber que, embora a atuação do enfermeiro obstetra facilite as boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto, ainda há muito a se trabalhar nessa questão. Uma reflexão crítica sobre sua atuação é imprescindível para implementar e manter suas práticas no dia a dia em conformidade com o modelo humanizado de assistência. É necessário minimizar ainda mais as ações intervencionistas, valorizando a participação ativa da mulher durante seu trabalho de parto e o parto natural.

É importante ressaltar o contexto deste estudo que avaliou o processo e os resultados da assistência prestada por enfermeiro obstetra num serviço que atende não somente a mulheres de risco habitual. Foi evidente que, mesmo para mulheres com alguma patologia, com parto induzido ou submetidas à analgesia, a assistência

por enfermeiro obstetra trouxe resultados favoráveis, embora o estudo não pudesse ser considerado representativo. Nesse sentido, ele pôde exemplificar e trazer visibilidade à atuação de enfermeiros obstetras nas maternidades do SUS, inseridas numa equipe e atendendo não somente as mulheres de baixo risco. Estudos com delineamento metodológico mais adequado e tamanho maior da amostra são necessários para poder concluir sobre a qualidade da atuação do enfermeiro obstetra na assistência às mulheres que não pertencem a grupo de mulheres de risco habitual.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, K. C. **Efeito da analgesia obstétrica combinada raqui-peridural no tônus uterino e na frequência cardíaca fetal: ensaio clínico randomizado comparativo com a analgesia peridural.** 2008. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. 90p.

ANGULO-TUESTA, A. *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflitos na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1425-1436, set./out. 2003.

ARAÚJO, N. R. A. S.; OLIVEIRA, S. C. A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do Recife-PE. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 1, p. 31-38, jan./abr. 2006.

AZEVEDO, L. G. F. **Estratégias de luta de enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho.** 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BARACHO, S. M. *et al.* A influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 4, p.409-414, out./dez. 2010.

BARROS, M. L; SILVA, M. R. Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.3, p. 376-382, jul./set. 2004.

BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W. G.; MARTINS, J. L. Pré-natal no programa saúde da família (psf): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 23-31, jul./dez. 2004.

BRASIL. Lei n.11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito da parturiente à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 out. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Técnica de Saúde da Mulher. **Programa de humanização do parto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 44-52, fev. 2007.

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, jun. 2007.

CAMPOS, S. Vômitos excessivos na gestação ou hiperemese gravídica. [s.l.]: [s.n.], 2008. Disponível em: <http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/24336>. Acesso em: 03 de jun. 2011.

CASCAES, A. M. *et al.* Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1024-1032, maio 2008.

CASTRO, J.C; CLAPIS, J. M. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, nov./dez. 2005.

CARRARO, T. E. *et al.* O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 502-509, jul./set. 2008.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 242 p.

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

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPINDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-697, dez. 2007.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 10, n. 3, set. 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: 10 maio 2011.

DIAS, L. M. C. *et al.* Qualitativo e quantitativo: evidenciando a Enfermagem como ciência e arte do cuidado. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1/2, p. 131-137, 2004. Disponível em: <<http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/14%202004.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2011.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, jul./set. 2005.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 10, n. 3, p. 627-637, jul./set. 2005.

DINIZ, S. C. O que nós como profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos das mulheres na gravidez e no parto. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP. 2003.

DUARTE, A. C. **Quem são as doulas**. São Paulo: Doulas do Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br/doulas.html>>. Acesso em: 13 de jun. 2011.

DUARTE, G. *et al.* Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, ago. 2002.

FERNANDES, B. M. **A Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora**: diagnóstico do perfil do atendimento e a percepção das usuárias. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

FERRÃO, M. H. L. *et al.* Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 6, p. 390-394, nov./dez. 2006.

FERRARI, J. L.; LIMA, N. M. Atitudes dos profissionais de obstetrícia em relação à escolha da via de parto em Porto Velho, Rondônia, Brasil. **Revista Bioética**, Brasília, v. 18, n. 3, p. 645-658, set./dez. 2010.

GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2011.

HATEM, M. *et al.* Midwife-led versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 10, p. CD004667, Oct. 2010.

HODNETT, E. D. *et al.* Alternative versus conventional institutional settings for birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 9, p. CD000012, Sep. 2010.

HOTIMSKY, S. N. *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set./out. 2002.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br>>
Acesso em: 07 de abril de 2011.

Instituto Lamaze. Setembro 2003. Disponível em:
http://www.inutero.pt/UserFiles/File/artigos/nascimento/posicao_ao_supina_para_o_parto.pdf

KEEN, R.; DIFRANCO, J.; AMIS, D. Elaborado pelo Conselho de Educação do

KOMURA HOGA, L. A. *et al.* Atención del parto: experiencias de usuarias de instituciones con o sin participación de la enfermera obstétrica dentro del equipo profesional. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 24, n. 1, p. 58-67, 2006.

KOMURA HOGA, L. A.; SOUZA, C. M. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 25, n. 1, p. 74-81, mar. 2007. Disponível em: <<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/2895/2468>>. Acesso em: 12 maio 2011.

KUCZKOWSKI, K. M. Tabagismo durante a gravidez: um problema maior do que se imagina. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 83-84, 2004.

LEAL, M. C. Aumento da prematuridade no país: melhoria de acesso à tecnologia ou prematuridade evitável? Lacunas para a pesquisa e divulgação para a assistência. In: SEMINÁRIO BH PELO PARTO NORMAL, 1., 2008, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: PBH, 2008. p. 23-28.

LIMA, E. C. *et al.* Aplicando concepções teórico-filosóficas de Collière para conceituar novas tecnologias do cuidar em enfermagem obstétrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 354-361, set. 2008.

LOBO, S. F. *et al.* Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, set. 2010.

LOPES, T. C.; MADEIRA, L. M.; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **REME Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 2, p. 134-139, jul./dez. 2003.

LOWE, N. K. The nature of labor pain. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis, v. 186, Suppl. 5, p. S16-24, May 2002

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede pública e privada de Belo Horizonte. Belo Horizonte (MG). 2008. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. 190 p.

MATOS, T. A. *et al* Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 998-1004, nov./dez. 2010.

MELO JUNIOR, E. F.; LIMA, M. C. FREIRE, S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 95-101, mar./abr. 2006.

MILECH, A. *et al*. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus**: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2006. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 03 de jun. 2011.

MINAS GERAIS. **Análise de situação de saúde**. Belo Horizonte, 2010b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/analises-de-situacao-de-saude/publicacao_subsec_saude_FINAL.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. **Análise da situação de saúde de minas gerais, ano 2010**. Belo Horizonte: SES, 2010a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/analises-de-situacao-de-saude/publicacao_subsec_saude_FINAL.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2011.

MIQUELUTTI, M. A. **Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MIRANDAR, D. B. *et al*. Parto normal e cesária: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 337-346, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a05.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2011.

MOUTA, J. O. *et al*. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 472-176, out./dez. 2008.

MOUTA, R. J. O. **A reconfiguração do espaço social da Maternidade Leila Diniz: a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado de assistência ao parto**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. 131p.

MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J.M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n. 4, p. 731-740, out./dez. 2009.

OLIVEIRA, M. I. C. *et al.* Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 895-902, out. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. (Maternidade Segura).

PATAH, L. E. M. MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 185-194, fev. 2011.

PIRES, D. *et al.* A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 2, p. 191-197, abr./jun. 2010.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 527- 537, out. 2010.

RANGEL FILHO, F. A. *et al.* Baixas doses de misoprostol vaginal (12,5 versus 25 mcg) para indução do parto a termo. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n.12, p. 639-646, dez. 2007.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

REZENDE, J. **Operação cesariana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1969. p. 952-991.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetricia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROCHA, C. R.; FONSECA, L. C. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 807-816, abr./jun. 2010.

SANTOS, S. P. **Processo de implantação da assistência de alto risco do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães: a inserção das enfermeiras obstétricas ao parto.** 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SCHNECK, C. A. **Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em Centro de Parto Normal perihospitalar e hospitalar.** São Paulo (SP). 2009. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. 118 p.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal intra-hospitalar. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 240-246, jul./set. 2006.

SERRUYA, S. J. A. **Experiência do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil.** 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SILVA, A. V. R.; SIQUEIRA, A. A. F. O valor do suporte à parturiente: um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 126-135, jan./mar. 2007.

SILVA, P. C. G.; SÁ, R. A. M.; LOPES, L. M. **Cardiotocografia na monitoração do parto: avaliação da eficácia baseada em evidências científicas.** Rio de Janeiro: Centro Pré-Natal de Diagnóstico e Tratamento, 2005. Disponível em: <http://www.cpdtd.com.br/sys/interna.asp?id_secao=3&id_noticia=57>. Acesso em: 10 maio 2011.

SILVEIRA, M. F. *et al.* Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008.

SIQUEIRA, P. R. A. **A assistência da enfermeira ao parto normal: relatos e atos na visão das mulheres.** 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001. 165p.

SOUZA, A. S. R. *et al.* O uso do misoprostol para indução do trabalho de parto. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 128-134, mar. 2010.

SOUZA, D. O. M. **Partos assistidos por enfermeiros: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008.** 2011. Dissertação (Mestrado) -

Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 339-346, 2008.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-659, jul./ago. 2010.

VILLAR, J. *et al.* Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. **Lancet**, London, v. 367, n. 9525, p. 1819-1829, Jun. 2006.

1 Incompetência istmo-cervical	<input type="checkbox"/>
2 Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR)	<input type="checkbox"/>
3 Oligodramnia	<input type="checkbox"/>
4 Polidramnia	<input type="checkbox"/>
5 Isoimunização RH	<input type="checkbox"/>
6 Placenta prévia	<input type="checkbox"/>
7 Descolamento prematuro de placenta (DPP)	<input type="checkbox"/>
8 Amniorexe prematura	
9 Diabetes gestacional	
10 Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP)	
11 Eclâmpsia/Convulsões	
12 Ameaça de parto prematuro	
13 Sofrimento fetal	
14 Sífilis	
15 Infecção urinária	
16 Infecção pelo HIV	
17 Toxoplasmose (que precisou tratar)	
18 Outras doenças infecciosas	
19 Outros problemas? Qual? _____	
Cirurgia uterina anterior	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
Dados da Admissão	
Diagnósticos na admissão: 1. Internação por trabalho de parto 2. Internação para interrupção da gestação por indução do trabalho de parto ou por cesariana eletiva	<input type="checkbox"/>
Idade gestacional (em semanas completas) no parto calculada pela DUM	<input type="text"/> <input type="text"/> semanas
Realizou quantas consultas de prenatal?	<input type="text"/>
Em qual semana de gestação foi a primeira consulta	<input type="text"/>
Há relato de perda de líquido amniótico antes da admissão? 0. Não 1. Sim, Que horas?	<input type="text"/> ____:____
Dilatação do colo do útero no momento da admissão	<input type="text"/> <input type="text"/> cm
Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão	<input type="text"/> <input type="text"/> contrações
Feita prescrição de ocitocina na admissão?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
Assistência ao trabalho de parto	
Qual profissional acompanhou o trabalho de parto? 1. Médico(a) 2. Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Quantos toques registrados? (nenhum =0)	<input type="text"/>

Quantos BCFs registrados?	<input type="text"/>
Quantos Dinâmicas Uterinas registradas	<input type="text"/>
Há registro de utilização de ocitocina durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim (se não, passar para questão sobre uso de	<input type="text"/>
Dilatação do útero no início da administração da ocitocina:	<input type="text"/> <input type="text"/> c m
Há registro de uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor? 1. Banho de chuveiro 0. Não 2. Banho de banheira 3. Massagem 4. Bola/banquinho 5. Outros. Qual: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Há registro de realização de anestesia peridural ou raqui durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Peri 2. Raqui	<input type="text"/>
Há registro de uso de analgésicos (dolantina ou outros) durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
Realização de rotura de membranas durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim 8. Não se aplica (bolsa rota na	<input type="text"/>
Há registro da dilatação do colo do útero no momento da rotura de membranas no partograma/prontuário? 0. Não Se sim, quantos	<input type="text"/> <input type="text"/> c m
Há registro de sofrimento fetal durante o trabalho de parto (eliminação de mecônio espesso, Bradicardia fetal – BCF < 120, Taquicardia fetal – BCF > 180, presença de DIP 2 (desaceleração) ? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
Há registro de ocorrência de sangramentos durante o trabalho de parto?	<input type="text"/>
Há registro de ocorrência de mecônio durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
Há registro de outras complicações durante o trabalho de parto (ex: prolapso de cordão)? 0. Não 1. Sim, qual?	<input type="text"/>
Dados da Assistência ao Parto	
Dia e hora do parto:	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> horas <input type="text"/> <input type="text"/> min
Tipo de parto 1. Vaginal espontâneo 2. fórceps 3. Cesáreo eletiva 4. Cesárea em trabalho de parto ou após tentativa de indução	<input type="text"/>
Qual profissional assistiu o parto? 1. Médico(a) 2. Enfermeiro(a)	<input type="text"/>

Na sua casa tem...			
4. Rádio	0. Não	Sim, quantos?	_
5. Geladeira quantas?	0. Não	Sim,	_
6. Freezer (independente ou geladeira duplex) quantos?	0. Não	Sim,	_
7. DVD ou vídeo cassete	0. Não	Sim, quantos?	_
8. Máquina de lavar roupa (não tanquinho)	0. Não	Sim, quantas?	_
9. Televisão em cores quantas?	0. Não	Sim,	_
10. Carro particular quantos?	0. Não	Sim,	_
Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? (não contar o RN)			
Você tem banheiro em casa de uso exclusivo da sua família? 0. Não (vá para a 47) 1. Sim			_ _
Quantos banheiros da sua casa (dentro ou fora) têm vaso sanitário?			_
Você considera a sua cor da pele, raça ou etnia.... 1. Branca 2. Preta 3. Parda (morena/mulata) 4. Amarela 5. Indígena			_
III. HÁBITOS MATERNOS			
<i>"Agora vou falar um pouco sobre alguns hábitos e coisas que você costuma fazer no seu dia-a-dia..."</i>			
Com que frequência você tomou bebidas alcoólicas na gestação? 0. Nunca → vá para a <i>questão sobre fumo</i> 1. Mensalmente ou menos 2. De 2 a 4 vezes por mês 3. De 2 a 3 vezes por semana 4. 4 ou mais vezes por semana			_
Quantas doses de álcool você toma normalmente ao beber? (ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo) 0. 0 ou 1 1. 2 ou 3 2. 4 ou 5 3. 6 ou 7 4. 8 ou mais			_ _
Com que frequência você toma cinco ou mais doses de uma vez? (ver quadro de equivalência de dose padrão abaixo) 0. Nunca (se a soma das questões X1 e X2 for 0, pule para questão XX) 1. Menos do que uma vez ao mês 2. Mensalmente 3. Semanalmente 4. Todos ou quase todos os dias			_
Você fumou durante a gravidez? 0. Não (vá para a xx) 1. Sim			_
Até quando você fumou? 1. Até o 3º mês 2. 4º ao 6º mês 3. 7º mês e mais			_
Quantos cigarros você fumou por dia no último mês?			_ _
Você tomou durante a gravidez algum medicamento que a receita fica presa na farmácia (tarja preta)? qual? _____ 0. Não 1. Sim,			_
Qual era o seu peso antes de ficar grávida? (anotar em Kg)			_ _ _ _ _ _ _
Qual é a sua altura? (Referida, anotar em metros)			_ _ _ _ _ _ _
IV. ANTECEDENTES PESSOAIS			
<i>Agora vou fazer perguntas sobre alguns problemas de saúde</i>			
Você apresentava alguma dessas doenças antes da gravidez atual? 0.			_

Não	
1. Doença do coração confirmada por médico	<input type="checkbox"/>
2. Pressão alta, fora da gestação, tendo sido prescrito remédio para uso continuado	<input type="checkbox"/>
3. Anemia grave, fora da gestação, ou outra doença no sangue confirmada por especialista	<input type="checkbox"/>
4. Asma	<input type="checkbox"/>
5. Lupus ou esclerodermia	<input type="checkbox"/>
6. Hipertireoidismo	<input type="checkbox"/>
7. Diabetes, fora da gestação, confirmado por médico especialista;	<input type="checkbox"/>
8. Doença renal confirmado por médico especialista que precisa de tratamento	<input type="checkbox"/>
9. Epilepsia/convulsão, não associada a gestação	<input type="checkbox"/>
10. Derrame	<input type="checkbox"/>
11. Doença do fígado confirmada por médico especialista que precisa de tratamento	<input type="checkbox"/>
12. Doença mental, que necessita de acompanhamento com especialista	<input type="checkbox"/>
V. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (excluir gestação atual)	
<i>Entrevistador(a), diga: Agora vou fazer perguntas sobre suas gestações anteriores.</i>	
Você teve algum aborto ou alguma gravidez que terminou com menos de 5 meses (ou o feto pesando menos de meio quilo)? n° quantos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 0. Não (00) 1. Sim= <input type="checkbox"/>
Você já fez alguma cirurgia no útero (por exemplo, para retirar mioma, micro cesárea para interromper gravidez, para corrigir infertilidade, para tratar perfuração pós-aborto, ou por outra causa?)	<input type="checkbox"/> 0. Não 1. Sim
VI. PRÉ-NATAL	
<i>“Agora vou fazer algumas perguntas sobre esta gravidez</i>	
Qual foi o dia em que veio (começou) a sua última menstruação?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /
Você tem certeza dessa data?	0.Não <input type="checkbox"/>
Sua menstruação vinha todo mês regularmente?	<input type="checkbox"/>
1.Sim	0.Não
Esta última menstruação foi parecida com as que você tinha antes todos os meses?	<input type="checkbox"/>
0.Não 1.Sim	
Qual era a data provável do parto de acordo com a sua última menstruação?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /
Com quantos meses/semanas de gravidez você começou o pré-natal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> semanas
Quantas consultas de pré-natal você fez durante a gravidez? (caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas) Nenhuma consulta = 00	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal?	<input type="checkbox"/>
1. SUS	<input type="checkbox"/>
2. Consultório particular	<input type="checkbox"/>
Algum profissional durante o pré-natal forneceu as seguintes informações sobre o trabalho de parto e o parto?	

<p>0. Não</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como começa o trabalho de parto 2. Sinais de risco que devem fazer você procurar um serviço de saúde 3. Sobre coisas que você pode fazer durante o trabalho de parto para facilitar o nascimento do bebê (ex: andar, tomar banho, posições para o parto, formas de diminuir a dor, etc) 4. Direito a presença do acompanhante durante a internação para o parto 5. Direito a analgesia durante o trabalho de parto 	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>Pelo que você entendeu das suas conversas com o seu médico, você diria que, para as gestantes normais / saudáveis, geralmente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. o parto normal é mais seguro para a mãe 2. o parto normal e a cesárea são seguros da mesma forma para a mãe 3. a cesárea é mais segura para a mãe 0. ele falou nada a respeito 	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>Durante esta gravidez algum profissional disse que você tinha alguma dos problemas abaixo?</p> <p>0. Não</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colo do útero não segurava o bebê 2. Problemas no crescimento do bebê 3. Pouco líquido amniótico 4. Muito líquido amniótico 5. Problema de RH negativo 6. Placenta baixa / prévia 7. Descolamento de placenta após o 7º mês de gravidez 8. Perda de líquido amniótico por rompimento da bolsa durante a gravidez antes do início do trabalho de parto 9. Diabetes associada à gravidez 10. Pressão alta associada à gravidez 11. Eclâmpsia/Convulsões 12. Ameaça de parto prematuro 13. O bebê apresentou sinais de sofrimento 14. Sífilis 15. Infecção urinária 16. Infecção pelo HIV 17. Toxoplasmose (que precisou tratar) 18. Outras doenças infecciosas. Qual? <p>_____</p> <p>19. Outros problemas? Qual?</p> <p>_____</p> <p>Caso tenha respondido "não" para todas as opções acima, passar para a pergunta sobre internação.</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>Você foi internada nesta gravidez?</p> <p>0. Não (passar para questão sobre maternidade para o parto)</p> <p>1. Sim</p>	<p style="text-align: center;"> _ </p>
<p>Qual motivo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensão/pré-eclâmpsia 2. Sangramento 3. Ameaça de parto prematuro 	<p style="text-align: center;"> _ </p> <p style="text-align: center;"> _ </p>

4. Vômitos excessivos	<input type="checkbox"/>
5. Diabetes	<input type="checkbox"/>
6. Perda de líquido	<input type="checkbox"/>
7. Infecção urinária	<input type="checkbox"/>
8. Outros	<input type="checkbox"/>
II. ADMISSÃO NA MATERNIDADE	
<i>“Agora, eu vou perguntar para você sobre o que aconteceu desde que chegou no primeiro serviço que procurou até ser internada. Vamos chamar esta fase de “admissão”</i>	
Quando você internou você (0) tinha dores fortes e regulares e a barriga ficava dura? ou (1) foi colocado soro com medicamento ou comprimido na vagina para iniciar as contrações?	<input type="checkbox"/>
Rompeu a bolsa/ perdeu líquido em casa? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Se rompeu em casa, a que horas rompeu(horas/minutos?)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Se não entrou em trabalho de parto, por que você veio para o hospital? 1. A data para fazer minha cesariana estava marcada 2. A indução não funcionou 3. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF 4. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...) 5. O bebê estava passando do tempo 6. O bebê não estava mexendo 7. O bebê estava em sofrimento 8. Estava com dores/contrações Outra. Qual?	<input type="checkbox"/>
Antes de ser internada neste hospital/maternidade você procurou atendimento em outro hospital/maternidade? 0. Não. Se sim, por quantos.	<input type="checkbox"/>
Quantos centímetros de dilatação você tinha na hora da internação? 0. Não tinha dilatação 1.Sim, quantos centímetros	<input type="checkbox"/>
Romperam a bolsa na hora da admissão? 0. Não 1. Não, rompeu antes da internação 2. Sim (Se 0 ou 1, pular a próxima)	<input type="checkbox"/>
Qual era a cor do líquido? 1. Claro 2. Esverdeado/Amarronzado 3. Com sangue 4. Amarelado/purulento	<input type="checkbox"/>
Ouviram o coração do bebê na hora da admissão? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
VIII . TRABALHO DE PARTO	
Entrevistadora: <i>Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao período de trabalho de parto, aquela fase que vai da hora em que a mulher foi internada, até a em que dá vontade de fazer força.</i>	
Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o Trabalho de parto? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Quando você estava no pré-parto, foi colocado soro com medicação para aumentar as contrações na veia? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado algum medicamento em sua vagina para aumentar as contrações? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Romperam a bolsa durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Não, rompeu antes da internação 2. Romperam na	<input type="checkbox"/>

admissão 3. Rompeu espontaneamente durante o trabalho de parto 4. Sim <i>(Se 0, 1 ou 2, pular a próxima)</i>	
Qual foi o profissional que acompanhou a maior parte do seu trabalho de Parto ? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Médico e enfermeira	<input type="checkbox"/>
Você acha que sua intimidade/privacidade foi respeitada pela equipe durante o seu trabalho de parto? 0. Não 1. Sim, o tempo todo 2. Sim, parte do tempo	<input type="checkbox"/>
Você foi estimulada a se movimentar fora da cama durante o trabalho de parto? 0. Não 1. Sim. 2. Às vezes	<input type="checkbox"/>
Você utilizou alguma dessas medidas para melhorar a dor durante o trabalho de parto? 0. Não 1. banheira 2. banhos prolongados no chuveiro 3. bola 4. massagem 5. banquinho para posição de cócoras 6. outro - qual?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Durante o trabalho de parto você realizou o exame chamado de cardiotocografia? 0. Não 1. Sim, em alguns momentos	<input type="checkbox"/>
Você teve acompanhante da sua escolha para ficar com você durante seu trabalho de parto? 0. Não 1. Sim <i>(pular a próxima)</i>	<input type="checkbox"/>
Quem foi o seu acompanhante? <i>(marque mais de um se for o caso)</i> 1. Companheiro ou pai da criança 2. Amiga 3. Mãe 4. Outra pessoa. Quem?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você teve o acompanhamento de uma doula? (Entrevistador: Explique o que é uma doula) 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Como foi a experiência de ter um acompanhante no pré-parto? 1. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila, ter um parto melhor 2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor 3. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor 4. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor	<input type="checkbox"/>
Como foi a experiência de ter recebida a assistência de uma doula no pré-parto? 1. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila, ter um parto melhor 2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor 3. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor 4. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor	<input type="checkbox"/>
IX. ASSISTENCIA AO PARTO	
<i>Entrevistadora: Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao período de trabalho de parto, aquela fase que vai da hora em que dá vontade de fazer força até o momento do bebê sair e o médico/a enfermeira termina dar os pontos.</i>	
Qual foi o tipo de parto que você teve? 1 - normal c/ corte 2 - normal s/ corte mas rasgou e levou pontos 3 - normal s/ pontos 5 - parto c/ uso de fórceps 6 - parto cesariana	<input type="checkbox"/>
Qual profissional assistiu o seu parto? Médico(a) 2. Enfermeiro(a)	<input type="checkbox"/>
Você teve que mudar de sua cama para uma outra cama/mesa em outra sala	<input type="checkbox"/>

na hora de ter o bebê? 0. Não 1.Sim	
Qual foi a posição que você ficou para o bebê nascer? 1. Deitada de costas com as pernas no estribos da mesa (como para exame ginecológico) 2. Deitada de costas com as costas um pouco elevado 3. Deitada de lado 4. Sentada / reclinada 5. Na banheira 6. De quatro 7. De cócoras/ajoelhada 8. De pé 9. Outras. Qual _____	<input type="checkbox"/>
Na hora do parto, alguém apertou/ subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? (manobra de Kristeller). 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
Foi aplicada anestesia nas costas em algum momento do trabalho de parto ou parto? 0. Não 1.Sim, no trabalho de parto 2. Sim, na sala de parto	<input type="checkbox"/>
Você tomou outro medicamento para aliviar a dor do parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
X. INFORMAÇÕES DO BEBÊ	
O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
Após o nascimento e antes de serem prestados os cuidados com o bebê (colocar no berço aquecido, pesar, medir, outros), você: 1. Não teve contato com o bebê 2. Apenas viu o bebê (Se 1 ou 2, pular a próxima) 3. Ficou com o bebê no colo 4. Colocou para mamar	<input type="checkbox"/>
Esse contato ocorreu por um tempo que você considerou bom? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
O bebê ficou no quarto junto com você? 0. Não 1. Sim (<i>pular para questão sobre problemas</i>)	<input type="checkbox"/>
Se não, por quê? 1. Foi para o berçário 2. Foi para a UN/UTI 3. Ficou na incubadora da sala de parto 4. Outro motivo _____	<input type="checkbox"/>
O seu bebê teve algum destes problemas? 0. Não 1. Malformação congênita (incluindo defeito cardíaco). 2. Custou ou teve dificuldade para respirar depois que nasceu 3. Precisou de oxigênio após o nascimento? 4. Outros problemas? Quais? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Você recebeu apoio para iniciar a amamentação na primeira hora após o parto? 0. Não 1.Sim	<input type="checkbox"/>
XV – Informações sobre a assistência	
<i>Entrevistador: Agora dê uma nota para a pessoas que assistiu seu trabalho de parto e parto (enfermeira obstetra ou médico obstetra) entre 1 e 5. Um é a pior nota e cinco a melhor. Explique que quer saber sobre a assistência do profissional que fez o toque, escutou o coração do bebê e fez o parto. Não importa se não foi o mesmo profissional, que fez tudo.</i>	
O profissional estava presente durante o trabalho de parto e parto?	<input type="checkbox"/>
A atitude desse profissional te apoiou e encorajou? (através de palavras de apoio, de tranquilidade, paciência e atenção)?	<input type="checkbox"/>

Ele te tratou com respeito?	_
Ele te deu toda informação, que você solicitou?	_
A atitude desse profissional era de compreensão para com suas demandas/necessidades?	_
Ele te deu liberdade de expressar seus sentimentos?	_
Ele te explicou o procedimento que ele estava fazendo?	_
Ele escutou o coração do bebê, quando você estava em trabalho de parto?	_
Ele realizou o toque de maneira grosseira sem considerar teus sensações?	_

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDA (TCLE)

Prezada parturiente,

Você esta sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE MULHERES NULÍPARAS: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO HOSPITAL SOFIA FELDMAM EM BELO HORIZONTE**. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência ao trabalho de parto e parto em hospitais de Belo Horizonte e faz parte da formação acadêmica da pesquisadora. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre alguns aspectos importantes e consultar algumas informações em seu prontuário. As respostas serão anotadas em um formulário. A sua participação tomará cerca de 30 minutos do seu tempo

Se você concordar ou não em participar dessa pesquisa, não prejudicará em nada a assistência recebida por você ou por seu (sua) filho (a). Não será fornecida nenhuma compensação financeira por sua participação. Todos os dados coletados serão utilizados apenas para fins científicos. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar os indivíduos que dele participaram. Seu nome não será divulgado, em nenhum momento. Você poderá desistir de participar a qualquer momento, bastando apenas manifestar-se da maneira que melhor lhe convier. Sua participação não implica em danos à sua saúde.

Concordando com a participação a pesquisadora poderá estudar melhor o atendimento recebido durante o trabalho de parto e parto. Com isso, você contribuirá para a ampliação do conhecimento e para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança. Caso que restam dúvidas sobre o que estamos lhe dizendo ou se tenha alguma outra pergunta sobre esta pesquisa, por gentileza, entre em contato com a pesquisadora responsável

Eu, _____,
 RG _____ li este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidada a participar. Concordo, voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

 Assinatura do sujeito de pesquisa

 Assinatura dos pesquisadores

 Data

Contatos

Pesquisadora Lyvia Marta de Souza Tel: (31) 8547-5585. E-mail: lyvia.enfer@yahoo.com.br

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDA (TCLE) 2
(Para puérperas adolescentes)

Sua filha está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada **RESULTADOS MATERNOS E NEONATAIS DE MULHERES NULÍPARAS: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO HOSPITAL SOFIA FELDMAN EM BELO HORIZONTE**. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência ao trabalho de parto e parto em hospitais de Belo Horizonte. Gostaríamos de pedir o seu consentimento para podemos fazer a ela algumas perguntas sobre alguns aspectos importantes e consultar algumas informações em seu prontuário. As respostas serão anotadas em um formulário. A sua participação tomará cerca de 30 minutos do seu tempo

Se ela concordar ou não em participar dessa pesquisa, não mudará ou prejudicará em nada a assistência recebida por ela ou por seu (sua) filho (a). Também não será fornecida nenhuma compensação financeira por sua participação. Todos os dados coletados serão utilizados apenas para fins científicos. Seu nome não será divulgado, em nenhum momento. Ela poderá desistir de participar a qualquer momento, bastando apenas manifestar-se da maneira que melhor lhe convier. Sua participação não implica em danos à sua saúde.

Concordando com a participação a pesquisadora poderá estudar melhor o atendimento recebido durante o trabalho de parto e parto. Com isso, você contribuirá para a ampliação do conhecimento e para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança. Caso restem dúvidas sobre o que estamos lhe dizendo ou tenha alguma outra pergunta sobre esta pesquisa, por gentileza, entre em contato com a pesquisadora responsável

Eu, _____,
RG _____ li este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidada a participar. Concordo, voluntariamente em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

Assinatura do responsável no caso de menor

Assinatura dos pesquisadores

Pesquisadora Lyvia Marta de
lyvia.enfer@yahoo.com.

Data

Tel: (31) 8547-5585. E-mail: