



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MELISSA MACIEL FERNANDES

ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO PRESTADA POR
ENFERMEIRAS ESPECIALIZANDAS EM OBSTETRÍCIA EM MATERNIDADES
DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA

FORTALEZA

2018

MELISSA MACIEL FERNANDES

ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO PRESTADA POR
ENFERMEIRAS ESPECIALIZANDAS EM OBSTETRÍCIA EM MATERNIDADES DA
REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Kelve de Castro Damasceno.

FORTALEZA

2018

/

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pela autora

F41a Fernandes, Melissa Maciel.
ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO PRESTADA POR ENFERMEIRAS
ESPECIALIZANDAS EM OBSTETRÍCIA EM MATERNIDADES DA REGIÃO
METROPOLITANA
DE FORTALEZA / Melissa Maciel Fernandes. – 2018.
42 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, , Fortaleza,
2018. Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Enfermagem baseada em evidências. 3. Parto humanizado. I. Título.
CDD

MELISSA MACIEL FERNANDES

ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO PRESTADA POR
ENFERMEIRAS ESPECIALIZANDAS EM OBSTETRÍCIA EM MATERNIDADES DA
REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA

Monografia apresentada ao curso de
Enfermagem da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial à obtenção do
título de bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 06/12/2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mestranda Marcella Rocha Tavares de Souza
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mestranda Semírames Ramos Ávila
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

A nós, mulheres;
à Mariana, à Maria, à Glória, à Raquel
e a toda ancestralidade.

AGRADECIMENTOS

A minha família, especialmente a minha mãe, Mariana, primeira pessoa a saber e a apoiar minha decisão de cursar Enfermagem, por ter me presenteado com meus primeiros livros nessa graduação e ter sempre acreditado no meu potencial. Ao meu pai, Celso, por todo apoio, a minha tia Socorro, pela grandiosa acolhida e por me empurrar comida, e as minhas avós, Maria (*in memoriam*) e Aurení, por tudo!

Ao meu companheiro, ThyagAndré, pela paciência, disponibilidade, disposição, injeções de ânimo, massagens e por topar estarecer comigo. A minha sogra, Margareth, pelos conselhos, pela acolhida e pelas contribuições sempre caras. À Di, pelo carinho, cuidado e cafés da manhã.

Às amigas queridas do coração, companheiras de toda graduação, Sabris, Tay e Vih por me ensinarem lições tão lindas de vida. Admiro muito vocês. À duplinha de Internato II, Lígia, por todas as angústias e conquistas diárias compartilhadas, pelos quizmakers, pelos estudos dentro dos coletivos e nos intervalos de almoço e pela cumplicidade do choro no banheiro alheio.

Às minhas amigas-irmãs de longa data, Larissa, Pâmela, Flora, Thaís e Vanessa, que partilharam comigo as mudanças, transformações, delícias e amarguras ao longo dessa última década. Vocês moram no meu coração.

Ao amado amigo Welton, o Úh-elton, (*In memoriam*) por todas as conversas, acompanhamentos nos cursos da vida, percursos urbanos, almoços e jantas no RU e banhos de chuva, sobretudo pelo legado de amizades sinceras que teceu; aos amados amigos, Reno, Nanam e Dudu. Amo vocês.

À Seris, um raio de luz no meu caminho, pelo apoio, pela acolhida, pela confiança e por ter aberto as portas de sua casa em Icapuí para mim no meu mês de CRUTAC.

À Luedji Luna pelas belas canções que embalaram a escrita desse trabalho.

Aos meus professores do Curso de Ciências Ambientais da UFC, do qual fui discente entre 2010 e 2013, especialmente à Dani e ao Marcelo, por serem pessoas maravilhosas, iluminadas e por marcarem, dentro desse curso, minha transição da adolescência à vida adulta e por todas as oportunidades a mim concedidas. Agradeço também à Eunice, primeira secretária do curso, pelo carinho e disponibilidade ao auxiliar a todos.

À profe Ana Olga, a Olgui, que acolheu, como filhas, a mim e a Flora durante o nosso intercâmbio acadêmico, em 2011, em Puerto Rico.

Ao Laboratório de Estudos sobre a Consciência - LESC-Psi e ao Programa Duas Fendas, do Departamento de Psicologia/UFC, do qual fui bolsista em 2013, e seus integrantes à época, Fábio, Camila, Sams, Vanessa, Wanessa, André, Fabrício, Dali, por todo o aprendizado, vivências, expansões de consciência e ricas experiências que me auxiliaram a impulsionar meus próprios passos.

Ao meu encontro com a biodança, que foi marco de transmutação pra mim. À Alana, Débora, Camila, Sal, Pati, André, Kau, Nirvana, AP e toda a turma dos grupos pelos quais passei desde 2014 por toda poesia em forma de dança.

À Equipe Mãe do Corpo, nas pessoas da Mila, Liana, Carlinha, Diana, Carol e Karin, por me fazerem ter uma noção da imensidão e potência que é trabalhar a serviço de nós, mulheres, e dos nossos direitos. Ainda da equipe, agradecimento especial à Kau, Geísa e Vivs, parceiras de sonhos, lutas, conquistas y *otras cosas más*. Todas vocês são inspirações de vida pra mim.

Ao Núcleo TRAMAS – Trabalho, Meio Ambiente e Saúde, da Faculdade de Medicina/UFC, do qual fui bolsista entre 2014 e 2016, e seus integrantes à época, Raquel, Ada, Saulo, Dani, May, Fernando, Camila, Poti, Lívia, Lourdes, Andréa, Iara, Mairla, Luana e Laís, pelo aprendizado de luta e oportunidade de saber o que é ser engajada com a justiça.

À Professora Ana Kelve, pela orientação e por todas as oportunidades a mim concedidas ao longo desses últimos dois anos.

Ao Grupo de Pesquisa em Promoção da Saúde Materna, do qual estou integrante desde 2016, e a todas as integrantes, em especial à Mylena, Adriana e Nádia, pelo todo o aprendizado e cooperação.

À Rede Cegonha, pela bolsa de estágio que me possibilitou, de 2016 a 2017, acompanhar as atividades da II Turma do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, em especial à Taiane, secretária do CEEO na UFMG, pela atenção, disponibilidade e prontidão quando solicitada.

À professora Priscila, por ser um exemplo pra mim, de profissional e como pessoa, por ter escutado, ainda no final do terceiro semestre, tanto a minha primeira idéia de TCC, como o meu sonho de residência. Agradeço também por ter me recomendado para a bolsa do CEEO com profa Ana Kelve; a senhora também faz parte dessa história.

À Liga Acadêmica de Cuidado Espiritual em Saúde, da qual fui integrante de 2015 a 2016, em especial ao professor Michell, por todos os ensinamentos e aprendizados, ao Gustavo, por ter estado ao meu lado num momento tão delicado, e à Gisa, pelas gargalhadas.

Ao Grupo de Saúde Tradicional, do qual fui integrante no ano de 2017, especialmente à Lú, professoramiga, encontro belo que a vida nos reservou, por ser exemplo pra mim, com o seu ser e estar no mundo e pela escuta, acolhida e conselhos.

Às componentes da banca examinadora, Marcela, que também foi co-orientadora, e Semírames, pelo tempo, e pelas valiosas colaborações e sugestões.

Às especialistas e especializadas da II Turma do CEEO/Rede Cegonha pela dedicação, preenchimento e entrega das fichas de monitoramento de assistência ao parto e nascimento, sem as quais esse trabalho não teria acontecido.

Ao CAGB, ao Movimento Estudantil da UFC e a todos que os compõem e compuseram, por toda a luta pelos nossos direiros e pelo movimento mais lindo que presenciei dentro da UFC, que foram as ocupações no ano de 2016. Nenhum direito a menos! Contra o fascismo!

“Nóis tem que sê vaso chêi, né?

Chêi de flô, chêi de broto, chêi de rosa, chêi de perfume.

Chêi de amor, chêi de paz, chêi de alegria.”

Dona Flor do Moinho, parteira tradicional.

RESUMO

Objetivou-se identificar e analisar as práticas empregadas por enfermeiras especializadas em obstetrícia na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, documental, com abordagem quantitativa. Foram analisadas 316 Fichas de Monitoramento de Prestação de Assistência ao Parto Normal, contendo 73 itens cada, distribuídos em dados sociodemográficos e obstétricos, e assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, preenchidas por especializadas da II Turma de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEQ/Rede Cegonha) durante seus estágios, entre os anos de 2017 e 2018. A maioria das assistências prestadas ocorreu em um Centro de Parto Normal (57%), seguido de uma maternidade de nível terciário (28%) e outra de nível secundário (15%). A média das idades das parturientes foi de 26 anos, sendo 42,4% nulíparas, 27% primíparas, 15% estavam na terceira gestação, e 14% grandes múltiparas. A maioria (70%) chegou ao serviço de saúde por meios próprios, pouco mais de 75% das mulheres não procuraram nenhum outro serviço antes e 73% foram admitidas na fase ativa do trabalho de parto. Dezenove dos bebês nasceram prematuros e nenhuma gestação pós-termo foi acompanhada. 24% das gestantes apresentaram alguma intercorrência durante a gestação, sendo as síndromes hemorrágicas as mais prevalentes. A ocitocina sintética no trabalho de parto foi administrada em 40% das mulheres. As infecções registradas foram sífilis, toxoplasmose, HIV e Hepatite B, com oito, quatro, um e um casos, respectivamente. Dentre as práticas, pôde-se observar a utilização de partograma (86%), alívio não-farmacológico da dor (99%), estímulo não-farmacológico do trabalho de parto (99%), contato pele a pele (89%), clampeamento oportuno do cordão (87%) e amamentação na primeira hora de vida (75%). A taxa de episiotomia das especializadas foi de 1,9% e aproximadamente 70% das mulheres assistidas por elas pariram na posição semi-sentada. Conclui-se que as práticas mais utilizadas pelas especializadas foram aquelas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com as diretrizes preconizadas tanto pela OMS como pelo Ministério da Saúde do Brasil, centrando o cuidado na mulher, reconhecendo e respeitando sua autonomia e protagonismo.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Enfermagem baseada em evidências. Parto humanizado.

RESUMEN

Este trabajo tiene por objetivo identificar las prácticas empleadas por enfermeras estudiantes de obstetricia en la asistencia al trabajo de parto, parto y nacimiento. Se trata de un estudio del tipo descriptivo, documental, con abordaje cuantitativo. Se analizaron 316 Registros de Monitoreo de Prestación de Asistencia al Parto Normal, conteniendo 73 ítems cada uno, distribuidos en datos sociodemográficos y obstétricos, y asistencia al trabajo de parto, parto y nacimiento, rellenos por especialistas de la II Clase de Especialización en Enfermería Obstétrica (CEEQ/Rede Cegonha) durante sus talleres prácticos entre los años 2017 y 2018. La mayoría de las asistencias se realizaron en un Centro de Parto Normal (57%), seguido de una maternidad de tercer nivel (28%) y otra de nivel secundario (15%). La media de las edades de las parturientas fue de 26 años, siendo 42,4% nulíparas, 27% primíparas, 15% estaban en la tercera gestación, y 14% grandes multíparas. La mayoría (70%) llegó al servicio de salud por medios propios, poco más de 75% de las mujeres no buscaran ningún otro servicio antes y 73% fueron admitidas en la fase activa del trabajo de parto. Diecinueve de los bebés nacieron prematuros y ninguna gestación post-término fue acompañada. 24% de las gestantes presentaron alguna intercurencia durante la gestación, siendo los síndromes hemorrágicos los más prevalentes. La ocitocina sintética en el trabajo de parto fue administrada en el 40% de las mujeres. Las infecciones registradas fueron sífilis, toxoplasmosis, HIV y Hepatitis B, con ocho, cuatro, uno y uno casos, respectivamente. Entre las prácticas, se observó el uso de partograma (86%), el alivio no farmacológico del dolor (99%), la estimulación no farmacológica del trabajo de parto (99%), contacto piel con piel (89%), clampeo oportuno del cordón (87%) y lactancia en la primera hora de vida (75%). La tasa de episiotomía de las estudiantes fue de 1,9% y aproximadamente 70% de las mujeres asistidas por ellas han parido en la posición semi-acostada. Se concluye que las prácticas más utilizadas por las especializadoras fueron aquellas que no interferieran en la fisiología del parto y que están en consonancia con las directrices preconizadas tanto por la OMS como por el Ministerio de Salud de Brasil, centrando el cuidado en la mujer, reconociendo y respetando su autonomía y protagonismo.

Palavras clave: Enfermería obstétrica. Enfermería Basada en la Evidencia. Parto humanizado.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Prevalência de infecções durante a gestação da população do estudo. Fortaleza, 2018.....	22
Tabela 2	– Prevalência das intercorrências durante a gestação na população do estudo. Fortaleza, 2018.....	23
Tabela 3	– Dilatação cervical no momento da admissão. Fortaleza, 2018.....	25
Tabela 4	– Práticas obstétricas gerais prestadas na assistência ao trabalho de parto e parto. Fortaleza, 2018	26
Tabela 5	– Métodos utilizados para alívio não-farmacológico da dor no trabalho de parto. Fortaleza, 2018.....	27
Tabela 6	– Métodos utilizados para estímulo não-farmacológico do trabalho de parto. Fortaleza, 2018.....	28
Tabela 7	– Distribuição das posições observadas no momento do nascimento. Fortaleza, 2018.....	29
Tabela 8	– Intercorrências registradas durante a assistência. Fortaleza, 2018.....	30
Tabela 9	– Tipos de sutura de acordo com o tecido reparado. Fortaleza, 2018.....	31
Tabela 10	– Intervenções realizadas com o recém-nascido após o nascimento.....	32
Tabela 11	– Condutas prestadas no terceiro e quarto períodos do trabalho de parto. Fortaleza, 2018.....	34
Tabela 12	– Orientações dadas às mulheres após o nascimento. Fortaleza, 2018.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVP	Acesso Venoso Periférico
BCF	Batimentos cardio-fetais
BD	Baldeloque-Duncan
BS	Baldeloque-Schultze
CPN	Centro de Parto Normal
DU	Dinâmica Uterina
EE	Escola de Enfermagem
HDGMM	Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPP	Hemorragia pós-parto
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NR	Não-reagente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Occipito-púbis
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Occipito-sacro
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
SR	Sororreagente
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	155
2 OBJETIVO	18
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	199
3.1 Tipo de Estudo	199
3.2 Período e Local do Estudo	199
3.3 Coleta e Análise dos Dados	20
3.4 Aspectos Éticos.....	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS.....	37
APÊNDICE A – FICHA DE MONITORAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	40

1 INTRODUÇÃO

Uma experiência de parto positiva é reconhecida como um resultado transcendente para todas as mulheres em trabalho de parto, uma experiência que é alcançada ou supera as crenças e expectativas pessoais e socioculturais da mulher. Isso inclui parir um bebê saudável em um ambiente seguro, estar acompanhada no momento do nascimento e ser assistida por pessoa amável e com competências técnicas adequadas. A maioria das mulheres deseja ter um trabalho de parto e nascimento fisiológicos e alcançar um sentido de sucesso e controle pessoais por meio da participação na tomada de decisões, inclusive quando se requer ou desejam intervenções. É preciso uma atenção centrada na mulher para otimizar a experiência do trabalho de parto e parto a partir de um enfoque holístico baseado nos direitos humanos (OMS, 2018).

Com um cenário ainda distante do que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é conhecido pela elevada incidência de cesáreas, com uma proporção de 45,5% dessa cirurgia em mulheres de risco obstétrico habitual. Para além da via de parto, as intervenções médicas são excessivas. Apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas dão à luz de forma natural, sem qualquer tipo de intervenção na fisiologia do trabalho de parto (LEAL *et al*, 2014).

As boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto incluem a oferta de líquidos e/ou dieta leve, estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação e manejo do alívio da dor. Não se recomenda a utilização rotineira de ocitocina sintética, assim como a amniotomia e a episiotomia. A posição litotômica e a manobra de Kristeller são proscritas (BRASIL, 2017; OMS, 2018).

Na realidade brasileira, ainda são minoria as mulheres de risco obstétrico habitual que se alimentam e assumem livres posições durante o trabalho de parto, que possuem acesso ao alívio da dor, seja farmacológico ou não, e que têm seus processos monitorados por partograma. Em contrapartida, ainda são rotineiras intervenções como punção venosa periférica, uso de ocitocina, amniotomia, posição litotômica, manobra de Kristeller e episiotomia (LEAL *et al*, 2014). Embora haja uma elevada cobertura hospitalar dos partos no país, a qualidade da assistência obstétrica prestada é geralmente baixa (CECATTI, 2014).

A assistência obstétrica é colocada não somente como uma questão de saúde pública, mas também como questão moral, ética e econômica. Há um alerta para as iatrogenias causadas pelo desrespeito, violência e intervenções de rotina desnecessárias ou até mesmo contraindicadas (DOWNE, 2014).

Ao se contrapor ao modelo biológico-medicalizado, o cuidado centrado na mulher, que surge com grande influência do movimento feminista e tem como princípio não seguir o modelo convencional, eleva a usuária a sujeito, dando-lhe direito a escolhas, valorizando e incentivando ao máximo sua participação em todo processo cuidativo. Portanto, o cuidado deve se dar de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle. A enfermeira obstetra/obstetriz reinventa relações menos desiguais, agregando um conhecimento desmedicalizado ao respeito pela fisiologia do parto, possibilitando, dessa forma, um cuidado libertador, que respeita a dignidade e a autonomia da mulher (VARGENS *et al*, 2017).

Tem-se apresentado o modelo de cuidados prestado por enfermeiras obstetras/obstetrizes como meio de transformação desse cenário obstétrico violento e arbitrário, relacionando-o à aceleração do trabalho de parto, a maior mobilidade durante o parto, a maiores taxas de parto vaginal espontâneo, a menores taxas de analgesia intraparto, de cesariana, de episiotomia, de lesão perineal grave e de entrada na unidade neonatal. Além disso, as mulheres apresentam uma sensação maior de controle e uma maior taxa de início de amamentação. Esses resultados estão relacionados a uma assistência baseada na premissa de que a gravidez e o parto são eventos vitais normais, utilizando-se da sua capacidade natural de experimentar o parto com intervenção mínima ou sem intervenção de rotina. Dessa forma, recomenda-se a promoção de cuidados de partos de baixo risco preferivelmente por enfermeiras obstetras/obstetrizes, sempre e quando o trabalho de parto e parto se mantiverem eutócicos (OPAS, 2013).

Em comparação a outros modelos de prestação de cuidados, as parturientes atendidas no modelo liderado por enfermeiras obstetras/obstetrizes têm menor exposição à analgesia regional, a parto vaginal instrumentalizado, à amniotomias e à episiotomias, além de maior possibilidade de ter um parto vaginal espontâneo. Também está relacionada a esse modelo uma maior chance de ter um trabalho de parto mais longo, além de não haver constatação quanto aos benefícios para o início da amamentação e quanto à incidência de laceração perineal que demande sutura, ou diferença na proporção de mulheres submetidas à cesariana. Apesar dos dados conflitantes, o modelo de assistência liderado por enfermeiras obstetras/obstetrizes é recomendado para a maioria das gestantes, contribuindo para a redução de intervenções e maior satisfação com a experiência de parto (SANDALL *et al*, 2016).

O médico obstetra, a enfermeira obstetra e a obstetriz são apresentados como os profissionais aptos a prestarem assistência ao parto e nascimento de risco habitual, sendo fortemente recomendada a implementação de um modelo que inclua a enfermeira obstetra e

obstetrix na assistência a esse tipo de parto, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2016).

A assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e a execução do parto sem distócia estão entre as atribuições dos enfermeiros generalistas enquanto integrantes das equipes de Saúde, conforme o artigo 11 da Lei 7498/86, tendo as enfermeiras obstetras e obstetrizes, especialistas na atenção ao parto normal, autonomia profissional na assistência, conforme o decreto 94.406/87.

Para atender a essas recomendações de implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, o governo brasileiro toma algumas iniciativas, como a criação da Rede Cegonha. Ela é instituída, a partir da Portaria nº 1.459 de 24 de Junho de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo composta por quatro componentes: a) Pré-natal; b) Parto e nascimento; c) Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e d) Sistema Logístico: Transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011).

De forma a atender as recomendações internacionais e nacionais de implementação do modelo guiado por enfermeiras obstetras/obstetrizes, tem-se, como um dos desdobramentos da Rede Cegonha, a criação, no ano de 2015, do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO/Rede Cegonha), destacando-se, além da importância desta modalidade de formação, a implementação de políticas públicas e a qualificação da atenção obstétrica e neonatal no país.

O curso é coordenado nacionalmente pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE/UFMG) em parceria com o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES/SAS/MS e do Departamento de Gestão da Educação em Saúde/SGTES/MO e já se encontra em sua terceira edição.

O CEEEO/Rede Cegonha é direcionado a enfermeiras que já atuam em maternidades do SUS em unidades federativas aderidas à Rede Cegonha e mantém colaboração com Instituições Federais de Ensino Superior em todo o país, dentre elas, a Universidade Federal do Ceará (UFC), responsável pela coordenação local das duas primeiras turmas do CEEEO no estado.

Diante dos crescentes incentivos para formação e inclusão de enfermeiras obstetras na assistência, faz-se necessário avaliar não só como está sendo efetuado esse processo, mas também com que qualidade essas profissionais estão sendo formadas e de que forma a assistência prestada por elas impacta a realidade por onde passam.

2 OBJETIVO

Identificar e analisar as práticas empregadas por enfermeiras especializadas em obstetrícia na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

O estudo é do tipo descritivo, documental, com abordagem quantitativa.

Esse tipo de estudo possibilita traçar o perfil de uma determinada população, agravado, evento ou doença, enquanto os delineamentos transversais envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo (POLIT; BECK, 2011). O estudo documental vale-se de análise de dados secundários já existentes, sendo considerada fonte documental quando o material consultado é interno à organização (GIL, 2017). A abordagem quantitativa consiste em uma série lógica de passos e nela se analisam os dados obtidos através de números (HULLEY, 2015).

3.2 Período e Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida durante o biênio 2017-2018. As instituições onde os estágios ocorreram e, conseqüentemente, onde os dados primários foram coletados pelas especializadas foram a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), pertencente ao Complexo Hospitalar da UFC, no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM), o Gonzaguinha de Messejana, ambos em Fortaleza, e no Centro de Parto Normal Agacil Camurça (CPN) do Hospital da Mulher e da Criança Eneida Soares Pessoa, conhecido como Hospital da Mulher, no município de Maracanaú, região metropolitana de Fortaleza-CE. Ressalta-se que a MEAC é uma maternidade terciária, servindo como referência para alta complexidade. Já o Gonzaguinha de Messejana caracteriza-se como um serviço de complexidade secundária, assim como o CPN de Maracanaú.

Para definição e classificação dos critérios de inclusão e exclusão será utilizada a conceituação seguinte:

Critérios de Inclusão: Assistência a trabalho de parto de risco habitual e de alto risco, em qualquer idade gestacional, de feto vivo ou morto, de situação longitudinal, de apresentação cefálica. Ter sido preenchida a ficha de monitoramento de assistência ao parto e nascimento para cada assistência prestada ao trabalho de parto e parto e ter sido entregue à coordenação do curso.

Critérios de Exclusão: Este estudo não possui critérios de exclusão.

3.3 Coleta e Análise dos Dados

O trabalho se valeu da análise das Fichas de Monitoramento de Assistência ao Parto Normal, preenchidas durante a assistência prestada pelas especializadas do CEEO/Rede Cegonha durante os seus estágios em salas de parto. Dessa forma, tendo em vista a Resolução COFEN nº 0516/2016, que prevê um mínimo de 20 (vinte) partos com acompanhamento completo do trabalho de parto, parto e pós-parto como um dos critérios mínimos de qualificação para a prática de obstetrícia, espera-se analisar um total de 540 fichas, uma vez que a Turma II do CEEO/Rede Cegonha da UFC teve um total de 27 vagas abertas.

A coleta de dados será realizada a partir da análise das Fichas de Monitoramento de Assistência ao Parto e Nascimento, elaborada pela coordenação local do CEEO/Rede Cegonha, e preenchidas pelas especializadas a cada assistência prestada na sala de parto.

A ficha de monitoramento de assistência ao parto e nascimento contém 73 itens distribuídos nas seguintes divisões: I. Dados sociodemográficos; II Dados obstétricos; III Assistência ao trabalho de parto; e IV Assistência ao parto e nascimento.

Para registro e análise, será criado um banco de dados a partir do software SPSS, versão 22.0. Os dados serão organizados de acordo com a frequência absoluta e relativa e sua análise será descritiva.

3.4 Aspectos Éticos

Será garantido sigilo sobre todas as informações coletadas e assegurado o anonimato tanto das especializadas prestadoras dos cuidados como das parturientes, segundo as normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Serão respeitados todos os princípios conceituais da bioética através da manutenção da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça de todos os sujeitos cujos dados foram usados nesta pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 540 fichas que pretendia-se analisar, somente 316 puderam ser avaliadas, haja visto que, das 27 vagas abertas e preenchidas para a II Turma do CEEU/UFC, houve uma desistência antes mesmo de se iniciarem os estágios hospitalares, uma transferência para outro estado, e algumas discentes não haviam concluído os estágios e, conseqüentemente, não haviam entregue as fichas até a tabulação e análise dos dados.

A maior porcentagem de partos assistidos pelas especializadas ocorreu no CPN do Hospital da Mulher de Maracanaú (57%), seguido da MEAC (28%) e, por último, do HDGMM (15%). É interessante ressaltar que, apesar de Maracanaú não ser um serviço de referência para a cidade de Fortaleza, cerca de 24% das parturientes assistidas pelas especializadas afirmaram residir na capital. Na MEAC, apesar de ser um serviço de referência para todo o estado, apenas 18% das parturientes assistidas provinham do interior. Já no HDGM, aproximadamente 86% da assistência foi prestada a mulheres provenientes da própria capital.

A média das idades das parturientes assistidas foi de 26 anos, com idade mínima de 12 e máxima de 43 anos. Aproximadamente 25% das parturientes assistidas eram adolescentes. A escolaridade, em anos de estudo, foi de aproximadamente 10 anos, variando entre 3 e 18 anos. A renda familiar média foi de 1,67 salários mínimos, variando entre 0 e 4 salários mínimos.

Em relação ao meio de transporte utilizado para chegar à maternidade, 70% das parturientes chegaram ao serviço de saúde por meios próprios, 16% chegaram a partir de transporte público, 10% de ambulância, e 4% por outros meios. Das que chegaram por ambulância, aproximadamente 89% eram procedentes do interior.

Quanto à procura por atendimento em maternidades, 76,1% das mulheres não procuraram nenhum outro serviço antes de serem admitidas, 19,6% procuraram um serviço, 2,4% procuraram dois serviços anteriores e 1,75% procuraram três serviços ou mais até serem admitidas.

É importante acentuar que a própria Rede Cegonha, através da Portaria nº 1.459/2011, prevê no seu componente sobre logística o transporte seguro de gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco, além de visar a implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto, de modo a justamente evitar a peregrinação de gestantes para receberem atendimento com resolutividade.

No instrumento preenchido pelas especializadas não há nenhum item referente à cor da pele das parturientes, dado muito importante, haja vista a pertinência do recorte não só de gênero mas racial, que por si já gera efeitos próprios na saúde (D'ORSI *et al*, 2014).

As mulheres negras no Brasil enfrentam disparidades que as colocam em um patamar de inferioridade tríplice, permeada pelo racismo, pela questão de gênero e classe econômica (LIMA; VOLPATO, 2014).

Essa situação social se reflete na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, no menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, à atenção ginecológica e à assistência obstétrica – seja no pré-natal, parto ou puerpério, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, bem como nos altos índices de violência urbana a que está submetida a população negra (BRASIL, 2013).

Dessa forma, recomenda-se a inclusão do item “Cor” na Ficha de Monitoramento de Assistência ao Parto e Nascimento.

Do total de mulheres assistidas, 42,4% eram nulíparas, 27,2% primíparas, 15,8 estavam na terceira gestação, e 14,6% das mulheres eram grandes múltíparas, variando entre a quarta e a décima quarta gestação. E, em relação às cesarianas anteriores, dez mulheres da amostra tinham uma cesárea prévia e apenas uma mulher tinha duas cesáreas anteriores.

Tabela 1 – Prevalência de infecções durante a gestação da população do estudo. Fortaleza, 2018.

Infecções	Número de casos	Distribuição por local	
Sífilis	8	MEAC	5
		HDGMM	2
		CPN	1
Toxoplasmose	4	MEAC	1
		HDGMM	0
		CPN	2
		Em branco	1
HIV	1	MEAC	0
		HDGMM	0
		CPN	1
Hepatite B	1	MEAC	1
		HDGMM	0
		CPN	0

Fonte: dados da pesquisa

A partir da idade gestacional calculadas pela primeira ultrassonografia obstétrica, 19 dos partos assistidos (6%) foram de bebês prematuros, variando entre 25s1d e 36s5d.

Encontrou-se também que 17 mulheres (5,3%) pariram no termo tardio, entre 41 semanas e 41s5d. Nenhuma gestação pós-termo foi acompanhada. É importante evidenciar que partos prematuros são classificados como de alto risco, não estando na competência da assistência da enfermeira obstetra por si.

Tabela 2 – Prevalência das intercorrências durante a gestação na população do estudo. Fortaleza, 2018.

Intercorrências	Número de casos	Distribuição por local	
Diabetes Melitos	2	MEAC	1
		HDGMM	0
		CPN	1
Síndromes Hipertensivas	11	MEAC	9
		HDGMM	0
		CPN	2
Síndromes Hemorrágicas	62	MEAC	17
		HDGMM	8
		CPN	34
		Em branco	3
Infecção do Trato Urinário	1	MEAC	1
		HDGMM	0
		CPN	0
Outro	1	MEAC	1
		HDGMM	0
		CPN	0

Fonte: dados da pesquisa

Do total de gestantes, 24,3% apresentaram alguma intercorrência durante a gestação, especificadas nas tabelas 1 e 2. Vale ressaltar que a intercorrência mais prevalente observada foi a de síndromes hemorrágicas, a única presente nos três campos de estágio. Não há espaço na ficha para especificar qual a síndrome hemorrágica. Também não há espaço para especificar intercorrências que não obstétricas, como o uso de drogas, lícitas ou ilícitas.

Quatorze parturientes, representando 4,4% da amostra, apresentaram alguma infecção, colocando a sífilis como a infecção mais prevalente: de todas as infecções registradas, 57% foram de sífilis.

É interessante também perceber que, apesar de Centros de Parto Normal não serem locais que permitam admissão de mulheres de alto risco obstétrico, pôde-se verificar o registro de acompanhamento de uma diabética, de duas que apresentaram alguma síndrome hipertensiva na atual gestação e 34 que transcorreram com alguma síndrome hemorrágica durante o período gravídico. Também durante estágio no CPN, foi registrado acompanhamento de uma mulher com sífilis, duas com toxoplasmose e uma HIV positivo,

como podemos ver na tabela 1. Apesar de nenhuma dessas situações terem contra-indicação absoluta para parto por via vaginal, não deveriam estar sendo acompanhados dentro de um CPN, destinado a acompanhar mulheres de risco habitual, de acordo com Resolução COFEN 0516/2016.

Todos os fetos estavam em situação longitudinal e apresentação cefálica. Dentre as variedades de posição encontradas, a OEA e a OP foram as mais prevalentes.

A maioria dos trabalhos de parto foram de início espontâneo (88%). Dos induzidos farmacologicamente, a metade foi com ocitocina sintética e a outra metade com misoprostol.

Mesmo havendo recomendações para se evitar o uso de ocitocina sintética de forma rotineira para condução do trabalho de parto, aproximadamente 40% das mulheres foram expostas ao fármaco durante o trabalho de parto. Destas, 14 administrações de ocitocina sintética foram feitas ainda na fase latente do primeiro período, 12 na fase ativa e 103 administrações na fase de transição para o expulsivo.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2018), está recomendada a realização de testagem rápida combinada para HIV, sífilis e hepatite B na admissão da mulher em maternidade, hospital ou casa de parto. Na amostra desse estudo, 92% das parturientes tiveram os exames VDRL e Anti-HIV realizados no local do parto. Destas, 14 foram marcadas como “sororeagentes” para o VDRL e 08 para HIV.

No instrumento preenchido pelas especializadas só há espaço destinado para “VDRL” e “Anti-HIV”. Provavelmente o que foi realizado durante os estágios foram os testes rápidos. Importante ressaltar que no espaço destinado ao resultado do VDRL no instrumento está “NR” (Não-reagente) e “SR” (Soro-reagente), quando, na verdade, esse exame tem seu resultado expresso em titulação.

Recomenda-se, dessa forma, reformulação do instrumento, com espaço destinado para registro da realização ou não do VDRL, com resultado em titulação, para registro do teste rápido para sífilis, além de acrescentar também o espaço para registro do teste rápido para HIV, além do anti-HIV, e teste rápido para hepatites virais.

De acordo com a tabela 3, 27 mulheres (8,5%) foram admitidas com até 3 centímetros de dilatação cervical. As recomendações da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) recomenda que admitir mulheres com menos de 4 centímetros não deve ser estimulado. Mas essa mesma diretriz adverte que a mulher pode estar tendo contrações dolorosas, sem mudanças cervicais, e embora ainda não esteja em trabalho de parto ativo, ela

pode sentir que está pela sua própria definição, devendo o serviço oferecer apoio individual e alívio da dor se necessário, encorajando e aconselhando a mulher a permanecer ou retornar para casa, levando em consideração as suas preocupações e o risco do parto acontecer desassistido. Ou seja, a dilatação por si pode até ser o critério maior para admissão ou não de uma gestante de risco habitual num serviço de assistência obstétrica, mas nunca deve ser avaliada isoladamente.

Tabela 3 – Dilatação cervical no momento da admissão. Fortaleza, 2018.

Dilatação na admissão (cm)	Número de mulheres	Porcentagem
0 - 3	27	8,5%
4 - 9	232	73,4%
10	25	8%
Sem registro	32	10,1%
Total	316	100%

Fonte: dados da pesquisa

Ao serem avaliadas, 64,5% das mulheres tinham bolsa íntegra. Das que estavam com bolsa rota, aproximadamente 93% estavam com bolsa rota a menos de 12 horas. A amniotomia foi realizada em 60 mulheres, quase 19% da amostra total. Destas, duas parturientes tiveram o procedimento realizado quando ainda estavam na fase latente do trabalho de parto, ou seja, com menos de quatro centímetros de dilatação cervical, enquanto 38 mulheres, 63,3% do total que foram submetidas à amniotomia, estavam em trabalho de parto ativo, e 20 mulheres (33,3%) tiveram a bolsa rompida artificialmente no período expulsivo.

É interessante trazer que a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) coloca que a amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.

A média da dinâmica uterina no momento da avaliação foi de aproximadamente 3,5 contrações em 10 minutos, com variação entre 1 e 6 contrações em 10 minutos. Vale salientar que uma dinâmica uterina de 1 contração em 10 minutos por si não justifica admissão para assistência ao trabalho de parto, assim como 6 contrações em 10 minutos configura taquissistolia, considerada uma distócia.

Em relação à punção de acesso venoso periférico (AVP), 25% do número total de mulheres tiveram registro desse procedimento, frente a 52% que não foram submetidas a ele. 23% dos registros relacionados a punção do AVP estavam em branco. Entendemos que há um

subregistro do procedimento, já que se foi registrado uso de ocitocina sintética em 40% das mulheres em trabalho de parto, o que exige punção de AVP.

Aproximadamente 85,7% das assistências prestadas contaram com preenchimento de partograma, conforme pode-se observar na tabela 4. Número bem acima da realidade constatada no Brasil, com estimativa de que apenas 45% das mulheres tem seus trabalhos de parto monitorados por partograma, de acordo com pesquisa realizada por Leal *et al* (2014).

Tabela 4 – Práticas obstétricas gerais prestadas na assistência ao trabalho de parto e parto. Fortaleza 2018

Práticas realizadas	Sim	Não	Realização em %	Registros em branco
Partograma	271	36	85,7%	09
Jejum	21	264	6,6%	31
Acompanhante	295	01	93,3%	20
Alívio não-farmacológico da dor	315	00	99,6%	01
Estímulo não-farmacológico do trabalho de parto	315	00	99,6%	01
Analgesia não-farmacológica	11	240	3,4%	65
Antissepsia	154	145	48,7%	07
Aposição de campos estéreis	208	51	65,9%	51
Episiotomia (médio-lateral)	06	293	1,9%	17
Proteção perineal (Hands on)	215	94	68%	7

Fonte: dados da Pesquisa

Apesar de somente 6,6% das mulheres terem estado em jejum, não há espaço para registro do tipo de dieta que foi liberada para as 264 mulheres que puderam ingerir algo. Deve ser ressaltado que, nas instituições onde ocorreram os estágios, somente dieta líquida restrita é passível de liberação durante o trabalho de parto, contrariando o que é preconizado pela Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016), que recomenda dieta leve para mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral.

O acompanhante estava presente em 93,3% dos partos. Lembrando que, desde a Lei Federal nº 11.108 de 07 de abril de 2005, está previsto à gestante o direito a um acompanhante de sua livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Possivelmente as gestantes que estavam sem acompanhante ou optaram por ficar sem, ou ignovavam esse direito, ou mesmo não tinham ninguém à disposição, uma vez que nenhuma das três instituições onde ocorreram os estágios descumpra a lei.

O alívio não-farmacológico da dor e o estímulo não-farmacológico do trabalho de parto foram utilizados em quase 100% dos partos assistidos pelas especializadas, conforme

demonstrado pela tabela 4. Já na tabela 5, podemos observar que os métodos de alívio da dor mais utilizados foram o de respiração consciente, em mais de 68% das parturientes, seguido da massagem na lombar (64,9%) e do uso do chuveiro (58%). Verificamos também que não houve registro do uso de banheira para este fim, apesar da CPN de Maracanaú possuir banheira fixa instalada.

Tabela 5 – Métodos utilizados para alívio não-farmacológico da dor no trabalho de parto. Fortaleza, 2018

Alívio não-farmacológico da dor				
Método	Sim	Não	% do uso	Registros em branco
Respiração consciente	216	99	68,3%	01
Massagem na lombar	205	110	64,9%	01
Uso do chuveiro	183	132	58%	01
Acupressão	35	280	11%	01
Acupuntura	19	296	6%	01
Aromaterapia	07	308	2,2%	01
Uso da banheira	0	315	0%	01

Fonte: dados da Pesquisa

A partir da tabela 6, podemos constatar que os métodos não-farmacológicos para estímulo ao trabalho de parto mais utilizados foram a deambulação (56,6%), o uso da bola de parto (47%), exercícios de agachamento (36,7%) e de cócoras (30%) e uso do cavalinho (27,5%).

Do total de partos, 50,8% ocorreram em leitos de CPN e 49,2% em Centro Obstétrico. Isso se deve ao fato de que, para além dos partos no CPN de Maracanaú, a MEAC conta com leitos CPN, para aqueles partos de risco habitual integralmente assistidos pela enfermeira obstetra. 92,1% dos partos aconteceram nos chamados quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto), onde as mulheres passam o trabalho de parto, desde a admissão, até pelo menos duas horas após o nascimento. Apenas 5,4% ocorreram em salas de parto e aproximadamente 2,5% em outros locais.

Tabela 6 – Métodos utilizados para estímulo não-farmacológico do trabalho de parto. Fortaleza, 2018

Estímulo não-farmacológico ao trabalho de parto				
Método	Sim	Não	% do uso	Sem registro
Deambulação	179	136	56,6%	01
Bola de parto	150	165	47%	01
Agachamento	116	199	36,7%	01
Exercício de cócoras	95	220	30%	01
Cavalinho	87	228	27,5%	01
Escada de Ling	32	283	10,1%	01
Posição de 4 apoios	38	277	12%	01
Dança lenta	21	294	6,6%	01
Alongamento	05	310	1,6%	01
Outros	06	309	1,9%	01

Fonte: dados da Pesquisa

Quanto ao acompanhamento da vitalidade fetal a partir da ausculta intermitente dos BCF, durante a fase ativa do trabalho de parto, 19,6% foram submetidas a uma ausculta com um intervalo de hora em hora; 60,7% a uma ausculta de meia em meia hora e 19,6% não tiveram esse acompanhamento nesse período. No expulsivo, 29,1% das ausculta aconteceram em intervalos de 15 minutos, mas a maioria (56%) foram feitas de 5 em 5 minutos. Ainda no período expulsivo, 12,3% dos fetos não foram avaliados e 4,7% foram registrados como “Não se aplica”.

Ainda sobre a ausculta intermitente intraparto, a OMS (2018) recomenda uma frequência de ausculta de 30 em 30 minutos na fase ativa do primeiro período e de 15 em 15 minutos durante o expulsivo, para aquelas mulheres de risco habitual. Em se tratando de alto risco, a orientação é de ausculta de intervalos de 15 minutos na fase ativa do primeiro período e de 05 minutos para o período expulsivo.

A dinâmica uterina (DU) é a medida da duração e frequência de contrações em um intervalo de dez minutos. Nos registros, 24,4% das mulheres tiveram suas DU avaliadas de hora em hora, enquanto 9,2%, de meia em meia hora, 5,3% não tiveram esse parâmetro avaliado e 4,1% foram marcadas como “Não se aplica”. Um dado interessante é que a maioria das parturientes (62,3%) não tiveram registrado a periodicidade da avaliação da DU ou se não foi realizada.

Podemos ver a partir da tabela 7 que várias posições foram observadas no momento do nascimento, mas com pouca distribuição entre elas. Há uma predominância, com quase 70% do número total de partos, da adoção da posição semi-sentada. Deve-se

desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. (BRASIL, 2016). Podemos nos questionar se, de fato, a posição semi-sentada foi a posição que as mulheres escolheram adotar? Seria a posição semi-sentada a nova posição litotômica?

Tabela 7 – Distribuição das posições observadas no momento do nascimento. Fortaleza, 2018

Posição	Número absoluto	Porcentagem
Deitada	11	3,5%
Semi-sentada	220	69,6%
Cócoras	26	8,2%
Sentada na banquetta	8	2,5%
Lateralizada	23	7,3%
Em 4 apoios (Gaskin)	1	0,3%
Outras	23	7,3%
Em branco	4	1,3%
Total	316	100%

Fonte: dados da pesquisa

Devemos refletir também se as próprias mulheres estão sendo informadas sobre terem autonomia para elegerem as posições que quiserem. É importante salientar que não basta as mulheres saberem que podem assumir diferentes posições. É interessante que a mulher tenha contato visual e/ou experiencial com as diversas posições que pode assumir, encorajando a adoção de uma posição que seja de sua própria escolha, sobretudo as posições verticalizadas (OMS, 2018).

A maioria dos partos foi acompanhado sem qualquer intercorrência (96,2%). Podemos pressupor que esse resultado se deve principalmente ao fato de que, nas situações nas quais há distócia, essa parturiente pode nem chegar a ser admitida como elegível para ser acompanhada pelas especializadas, cujo foco são partos eutócicos. Apenas 12 parturientes acompanhadas tiveram algum tipo de intercorrência, sendo a distócia de ombros a mais prevalente (58,4%), conforme demonstrado pela tabela 8. Vale frisar que todas as distócias de ombros foram manejadas com manobras de desprendimento de ombro. Acredita-se que o único registro de prolapso de cordão foi realizado de forma equivocada, uma vez que ao lado da marcação do item há escrito “três circulares”.

Tabela 8 – Intercorrências registradas durante a assistência. Fortaleza, 2018

Intercorrência	Números absolutos	Porcentagem
Distócia de ombros	7	58,4%
Retenção placentária	3	25%
Hemorragia	1	8,3%
Prolapso de cordão	1	8,3%
Iminência de Eclâmpsia/Eclâmpsia	0	0%

Fonte: dados da pesquisa

Grande parte das mulheres (48,7%) foi exposta à antissepsia de rotina no período expulsivo, conforme mostra a tabela 4, apesar de não ser recomendada a limpeza vaginal convencional com clorexidina durante o parto visando a prevenção de morbidades infecciosas, inclusive em parto de mulheres com incidência do Estreptococos do grupo B (SGB) (OMS, 2015).

A maioria (65,9%) dos partos assistidos teve aposição de campos estéreis, enquanto 16,1% não tiveram, 1,9% foram registrados como “não se aplica” e 51 fichas estavam com o item em branco (16,1%).

A taxa de realização de episiotomia das especializadas foi de 1,9%, bem abaixo da taxa de 56% encontrada na pesquisa de Leal *et al* (2014). Todas as 06 episiotomias realizadas pelas especializadas foram médio-laterais.

Pôde-se observar incidências de laceração perineal, em algum grau, em 176 das parturientes, correspondendo a 55,7% do total da amostra. Destas, 82 mulheres (46,6%) tiveram lesão de primeiro grau, 83 (47,2%) de segundo, e apenas 6,2% tiveram lesão de terceiro grau, comprometendo musculatura do esfíncter anal. Não houve nenhum registro de laceração de quarto grau.

É interessante observar que foram registradas 160 suturas, dentre correções de lacerações espontâneas e episiorrafias, contra 50 avaliações de lesões que não demandaram sutura, totalizando 150 lesões, o que não é o número total de lacerações registrado, que é de 176, gerando incompatibilidade de dados e preenchimento inadequado do instrumento.

Ao se analisar o item referente ao tipo de sutura realizada para correção das lacerações na mucosa, vê-se que 75 correções foram com sutura contínua, 63 com contínua ancorada, e somente 10 foram ponto a ponto, gerando um total de 148 correções realizadas. Houve 142 registros de “não se aplica” e 26 registros em branco para esse item, números explanados na tabela 9.

O padrão do uso da técnica de sutura contínua permanece também quando se analisa os dados referentes à correção na musculatura, com 53,6%, seguindo da sutura contínua ancorada com 40,5%, e da ponto a ponto, com 5,9% do total de suturas realizadas. A quantidade de “não se aplica” e de itens deixados em branco foi de 197 e 35, respectivamente.

Ainda na tabela 9, analisamos que, de fato, a técnica mais utilizada, inclusive para sutura da pele, foi a contínua, com 67,4%, seguindo o padrão das suturas realizadas na mucosa e na musculatura, com 22,7% de sutura contínua ancorada e 9,9% ponto a ponto.

Tabela 9 – Tipos de sutura de acordo com o tecido reparado. Fortaleza, 2018

Tipo de sutura	Contínua	%	Contínua ancorada	%	Ponto a ponto	%
Na mucosa	75	50,7%	63	42,6%	10	6,7%
Na musculatura	45	53,6%	34	40,5%	5	5,9%
Na pele	95	67,4%	32	22,7%	14	9,9%

Fonte: dados da pesquisa

O toque retal foi considerado necessário em 15 puérperas (4,7%), e dispensável em 67,4%. Foi marcado como “Não se aplica” em 74 fichas e outras 14 estavam com o item em branco. De acordo com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016), o toque retal deve ser realizado na suspeita de qualquer lesão da musculatura perineal.

Dessa forma, como houve constatação de 11 lesões perineais de terceiro grau, a realização de 15 toques retais nos fez presumir que houve uma atenção adequada voltada para verificação de algum dano ao esfíncter anal interno e externo, excluindo dessa forma, o registro de ocorrências de lesões de quarto grau.

Enquanto quase 70% das mulheres tiveram o períneo protegido (compreendendo o item “proteção perineal” como conduta *hands on*), 118 destas tiveram laceração em algum grau. Ou seja, a conduta *hands on* não evitou a laceração em mais da metade (54,8%) das mulheres expostas à proteção perineal. É importante salientar também que dentre as 11 mulheres que tiveram lacerações de terceiro grau registradas, 7 foram assistidas com conduta *hands on* (63,6%).

É importante também destacar que 60,6% das mulheres que foram expostas à conduta *hands off* tiveram algum grau de laceração: 93% com lacerações de primeiro ou segundo graus e apenas 7% evoluíram para lacerações de terceiro grau.

Não se é apontado diferença sobre o risco de trauma perineal grave quando comparadas às técnicas hands-on versus hands-off. As técnicas hands-on foram associadas a maior chance de realização de episiotomia (AASHEIM; NILSEN; LUKASSE, 2017).

Vale frisar que a prevenção de lacerações perineais é muito mais do que colocar as mãos no períneo; envolve outros elementos do cuidado e do estilo de condução do parto, como respiração, puxo, posição, massagens, compressas. De todo modo, se as mãos tivesse que ser colocadas, nada na fisiologia do parto indica que isso não possa ser discreto, delicado e indolor (SOUZA, 2018).

Corroborando com o que mais é observado, 93,7% dos bebês desprenderam o pólo cefálico na variedade de posição occipito-púbis (OP) contra 3,5% que desprenderam em occipito-sacro (OS). Nesse item, nove fichas estavam em branco.

Do total de partos assistidos, 36,4% dos bebês nasceram com pelo menos uma circular de cordão, 51,3% nasceram com manobra de desprendimento de ombro.

Tabela 10 – Intervenções realizadas com o recém-nascido após o nascimento

Intervenção	Sim	Não	Porcentagem	Em branco
Manobra de desprendimento de ombro	162	135	51,3%	19
Contato pele a pele	283	28	89,5%	5
Clampeamento oportuno	274	37	86,7	5
Coleta do sangue do cordão	294	17	93%	5
Administração de Vitamina A	31	230	9,8%	55
Amamentação na 1ª hora	238	55	75,3%	16

Fonte: dados da pesquisa

O Apgar é um índice de fundamental importância para avaliação da resposta do recém-nascido à vida extra-uterina, além de ser um importante parâmetro para eficácia de manobras de reanimação neonatal (SBP, 2016).

No primeiro minuto de vida, pouco mais de 90% dos recém nascidos já estavam com Apgar maior ou igual a 7, refletindo excelente adaptação à vida extra-uterina, enquanto 3 recém-nascidos pontuaram entre 0 e 3, exprimindo péssima adaptação. Com a reavaliação aos cinco minutos, apenas um recém-nascido permaneceu com Apgar péssimo, pontuando zero na escala e já havia pontuado zero no primeiro minuto, devido se tratar de um óbito fetal.

Apesar do Apgar não ser parâmetro utilizado para se decidir por qualquer manobra de reanimação neonatal, se o índice foi de zero já no primeiro minuto, podemos constatar que a frequência cardíaca foi zero ao nascer, já demandando manobras avançadas de reanimação. A ficha para Monitoramento de Assistência ao Parto e Nascimento preenchida

pelas especializadas durante a assistência na sala de parto não possui nenhum item para verificação da necessidade ou da realização de manobras de reanimação.

Verificou-se também que 86,7% dos recém-nascidos tiveram o cordão umbilical clampeado oportunamente, contra 11,7% que tiveram o clampeamento feito antes do primeiro minuto de vida, e 93% tiveram sangue coletado do cordão.

Mesmo que haja a recomendação do Ministério da Saúde do Brasil de que todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica (BRASIL, 2016), esse item não estava incluso na ficha preenchida pelas especializadas.

A vitamina que teve sua administração avaliada no instrumento foi a A. A megadose de vitamina A em maternidades era realizada 2016 de rotina em mulheres no pós-parto imediato, quando a recomendação foi suspensa pelo próprio Ministério da Saúde. Entendemos que pode ter havido um simples erro de digitação quando na elaboração do instrumento. Apesar de não existir a recomendação e nem as maternidades receberem as megadoses de vitamina A, foram registradas 31 administrações pelas especializadas, que provavelmente confundiram com a administração de vitamina K nos recém-nascidos, essa sim recomendada e costumeiramente realizada nas maternidades.

Outra rotina de cuidados com o recém-nascido preconizada pelo Ministério da Saúde e também abordada na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2016) é a profilaxia da oftalmia neonatal. Este item não está dentro da ficha preenchida pelas especializadas, por tanto, não pôde ser analisado. Recomenda-se sua inclusão a partir da próxima turma.

Quanto ao delivramento, 85,4% ocorreram em Baudelocque-Schultze (BS), quando a placenta desprende pela face fetal, e somente 12% dequitaram em Baudelocque-Duncan (BD), quando o desprendimento é pela face materna. Ficaram em branco 8 fichas para este item. 66,1% das mulheres evoluíram no período do Greenberg com sangramento fisiológico, 6% tiveram sangramento moderado, 27,5% não tiveram o grau de sangramento registrado e apenas uma mulher evoluiu com hemorragia.

Tabela 11 – Condutas prestadas no terceiro e quarto períodos do trabalho de parto. Fortaleza, 2018

Condutas	Sim	Porcentagem	Não	Em branco
Ocitocina IM	270	85,4%	44	2
Manobra de Brandt	171	54,1%	143	2
Manobra de Jacob-Dublin	184	58,2%	130	2
Conduta passiva	0	0	0	0
Aferição de Pressão Arterial	235	74,4%	49	32
Verificação dos cotilédones	266	84,2%	32	18
Verificação das membranas amnióticas	04	1,3%	294	18
Verificação dos vasos do cordão umbilical (2A1V)	262	82,9%	36	18

Fonte: dados da pesquisa

Apesar de haver a recomendação da administração universal de 10 UI de ocitocina sintética após o nascimento (OMS, 2018), apenas 85,4% das mulheres receberam a mais importante medida profilática contra a hemorragia pós-parto (HPP). Podemos ainda, a partir da tabela 11, em análise às condutas realizadas no terceiro período do parto, verificar que apenas 58,2% das dequitações aconteceram via manobra de Jacob-Dublin, importante medida de facilitação para desprendimento integral da placenta e de suas membranas.

Apesar de não haver nenhum item no instrumento para verificação de tração controlada do cordão, recomendada também como medida profilática contra HPP, a ficha continha um item destinado à realização da manobra de Brandt, necessária para realização da tração controlada do cordão, afim de evitar inversão uterina. Do total de partos assistidos, em 54,1% deles foi realizada a manobra de Brandt. Não houve nenhum registro de conduta passiva no terceiro estágio do trabalho de parto.

Do total de mulheres assistidas, 74,4% tiveram a pressão arterial aferida logo depois do parto. Quanto à verificação da placenta e seus anexos, mais especificamente quanto à avaliação dos cotilédones, das membranas amnióticas e dos vasos do cordão umbilical, 84,2%, 1,3% e 82,9% foram avaliados, respectivamente.

Do total de binômios assistidos, 238 (75,3%) tiveram a amamentação estimulada na primeira hora de vida contra 55 (17,4%) que não tiveram a prática possibilitada, e 7 binômios, por algum motivo, foram marcados como “não se aplica”, por terem alguma contra-indicação absoluta ao aleitamento materno.

Tabela 12 – Orientações dadas às mulheres após o nascimento. Fortaleza, 2018

Orientações	Sim	Porcentagem	Não
Aleitamento materno	262	82,9%	54
Cuidado perineal	201	63,6%	115
Revisão de parto	151	47,8%	165
Cuidados com o RN	144	45,5%	172
Planejamento familiar	51	16,1%	265

Fonte: dados da pesquisa

Quanto às orientações que podem ser ofertadas ainda na sala de parto, 82,9% das mulheres foram informadas quanto à amamentação, 63,6% quanto aos cuidados perineais, 47,8% em relação à revisão de parto, 45,5% foram orientadas quanto aos cuidados com o recém-nascido e apenas 16,1% foram esclarecidas quanto ao planejamento familiar.

5 CONCLUSÃO

As práticas mais utilizadas pelas especializadas foram aquelas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com as diretrizes preconizadas tanto pela OMS como pelo Ministério da Saúde do Brasil, destacando-se as práticas de estímulo à respiração consciente e à deambulação, realização de massagem na lombar, e uso do chuveiro e da bolsa de parto, além do baixo índice de realização de episiotomia e da prática do manejo ativo do terceiro período.

Os cuidados com o recém-nascido também merecem destaque pela convergência com o que é preconizado pelos mesmos órgãos, com ênfase para a realização do contato pele a pele e do clampeamento oportuno do cordão umbilical, além do estímulo à amamentação já na primeira hora de vida.

Dentre as práticas que precisam ser melhoradas, destaca-se o acompanhamento adequado da dinâmica uterina e melhor critério para realização de proteção perineal a partir da prática de *hands on*. Também é necessário rever a orientação da adoção livre de posições no expulsivo, pois houve uma grandiosa predominância da posição semi-sentada.

Também há de se dar destaque aos subregistros avaliados, alertando para a necessidade de se orientar de uma maneira mais próxima o preenchimento adequado da ficha.

Apesar de não haver sido mensurada a satisfação das mulheres, pode-se inferir que ter uma assistência com intervenções adequadas, embasadas em critérios clínicos para serem realizadas ou dispensadas, já pode ser uma grande conquista para gestantes que, muitas vezes, esperam um cenário de violência, já tão corriqueiro nas maternidades brasileiras.

Destaca-se também a necessidade de que a Ficha de Monitoramento de Prestação de Assistência ao Parto Normal utilizada pelo CEEO precisa de uma re-edição a fim de melhorar a qualidade dos registros realizados por futuras especializadas.

REFERÊNCIAS

- AASHEIM, V; NILSEN, A. B. V.; LUKASSE M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2017.
- BRASIL. Lei 7.498, de 25 de junho de 1986 (BR). **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil , Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1:9273-9275.
- BRASIL. Lei 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil , Brasília (DF), 8 abr 2005: Seção 3:1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Resolução CNS nº 466/12. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília, DF: 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS - Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. - Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2016.
- CECATTI, José Guilherme. Crenças e credences sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 33-35, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 Mai. 2018.
- D'ORSI, Eleonora et al . Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em 12 Nov. 2018.
- DOWNE, Soo. Reduzindo intervenções de rotina durante o trabalho de parto e parto: primeiro, não causar dano. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S37-S39, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 Nov. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

LEAL, Maria do Carmo et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Jun. 2018

LIMA, A. S. G.; VOLPATO, L. M. B. Saúde da mulher negra e os determinantes: racismo, questão de gênero e classe econômica. **ETIC**, [s.l.], v. 10, n. 10, 2014. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/view/4406>. Acesso em: 13 out. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto**: Guia das ações eficazes para a redução da incidência mundial de infecções maternas e as suas complicações próximas à hora do parto. - Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Geneva, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. **Recomendações da OMS para os cuidados durante o parto, para uma experiência de parto positiva**. - Organização Mundial da Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Geneva, 2018.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. Ministério da saúde e política social. **Guia de Prática Clínica Sobre Cuidados com o Parto Normal**. - Organização Pan-americana da Saúde. Ministério da saúde e política social. Serviço Publicação do governo Basco, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

SANDALL J, SOLTANI H, GATES S, SHENNAN A, DEVANE D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27121907>. Acesso em: 20 Nov 2018.

SPB. Sociedade Brasileira de Pediatria. Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto**: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaiores34semanas26jan2016.pdf. Acesso em: 15 out. 2018.

SOUZA, Edson. **Cuidado à Mulher em Trabalho de Parto: boas práticas no segundo período**. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/cuidado-a-mulher-em-trabalho-de-parto-boas-praticas-no-segundo-periodo/>. Acesso em: 30 out. 2018.

VARGENS, O. M. da C.; SILVA, A. C. V. da; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100215&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 Nov. 2018.

APÊNDICE A – FICHA DE MONITORAMENTO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA/CÉEO/UFC/UFMG
FICHA DE MONITORAMENTO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO**

Especializando: _____ **Prof.Preceptor:** _____ **Data:** ___/___/___

I. DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS

Nome da Gestante: _____ Prontuário: _____ Data da Internação: ___/___/___

1. **Local:** 1() MEAC 2() HDGM 3() CPNMarac.
2. **Idade:** _____
3. **Escolaridade** (anos de estudo): _____
4. **Residência:** 1() capital 2() Interior
5. **Renda familiar** (sal): _____
6. **Procedência:** 1() Residência 2() Transferência 3() via Pública 4() Encaminhada por Serviço de saúde
7. **Meio de Transporte:** 1() meios próprios 2() transporte público 3() Ambulância 4() outros
8. **Qtos serviços procurou antes:** 1() nenhum 2() um () dois () três ou mais

II. DADOS OBSTÉTRICOS:

9. **Gesta** _____
10. **Partos** _____
11. **Abortos** _____
12. **PN:** _____
13. **Cirurgia Cesariana:** _____
14. **Data do último parto:** / _____ / _____
15. **IG pela DUM (hoje):** _____
16. **IG pela USG (hoje):** _____
17. **Intercorrências na gestação:** 1() DM 2() Sind. Hipertensiva 3() Sind. Hemorrágica 4() ITU
18. **Infecções:** 1() Sífilis 2() Toxopl. 3() HIV 4() Hepatite B

III. ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DEPARTO

- 19-**Feto:** 1() Longitudinal 2() Transverso
- 20-**Apresentação:** 1() Cefálico 2() Pélvico
- 21- **Variedade de posição:** _____
- 22- **Início do TP:** 1() espontâneo 2() induzido c/ ocitocina 3() Induzido c/ misoprotol Ind. Sem TP ()
- 23- **Uso de ocitocina** () 1º estágio () 2º estágio () 3º estágio
- 24- **VDRL:** 1() SR 2() NR 3() não fez
- 25- **Anti-HIV:** 1() SR 2() NR 3() não fez
- 26- **Dilatação na Admissão:** _____ cm
- 27- **Bolsa:** 1() íntegra 2() rota <12h () rota >12h ()

- 28- Amniotomia c/qtos:** _____ cm
29- DU: _____ / _____ /10'
30- Partograma: 1()sim 2()não **31-Venóclise:**1()sim 2 () não
32- BCF na admissão: ___bpm **33- jejum:** 1()sim 2() não
34- Acompanhante no TP:1 () mãe 2 () companheiro 3 ()outro:especificar __
35- Método não Farmacológico p alivio da dor: 1()chuveiro 2()Acupuntura 3()banheira
 4()massagem na Lombar 5() respiração consciente 6()aromaterapia 7()pontos depressão
36- Método não Farmacológicos p/Indução: 1() cavalinho2 ()Escada de ling 3()bola
 4 () deambulação 5 ()agachamento 6 () dança lenta 7 () posição de 4 apoio
 8 () exercício de Cócoras 9 () alongamento 10 ()outros: especificar: _____
37- Analgesia Farmacológica no TP: 1()não () 2peridural 3()outros:
38- Datad parto: ____ / ____ / ____ **39-Horado Parto:** _h ____ min

IV. ASSISTÊNCIA AO PARTO ENASCIMENTO

- 40- Tipo de parto:** 1 () Parto Normal em CO 2 ()parto normal em CPN **3 ()outros:** ____
41- Local do parto: 1()quarto PPP 2 () sala de parto 3()outros:____
42- BCF verificado na fase ativa: 1()a cada 1 hora 2()a cada 30 min 3()0 não fez
43- BCF na fase expulsiva: 1()15/15 min 2 () 5/5min 3() não fez 4() Não se aplica
44- Dinâmica Uterina (DU): 1 ()a cada 1 hora 2()a cada 30 min 3()0 não fez 4()Não se aplica
45- Posição no período: 1()Deitada 2() semi-deitada 3() Cócoras 4()sentada banquetta 5() lateralizada 6 () 4apoio
 7()outros: _____
46- Intercorrência no Parto: 1()sem intercorrências 2() distocia de ombro 3()retenção placentária 4() hemorragia 5 () prolapso de cordão 6 ()Iminência/eclampsia
47- Antissepsia: 1 ()sim 2()não 3 ()nãoaplica **48-Aposição dos Campos estéreis:** 1() sim 2 () não 3() nãoaplica
49- Episiotomia: 1()não 2()médio lateral 3()mediana
50- laceração vaginal/perineal: () 1º grau ()2ºgrau ()3ºgrau ()4ºgrau
51- Proteção perineal: 1()sim 2()não **52-Desprendimento em:** 1 ()OP 2 ()OS **53- Presença de Circular:** 1()sim 2()não
54- Manobra de desprendimento de ombro: 1 () sim 2 ()não
55- Contato pele a pele: 1()sim 2()não
56- Apgar:1ºmin _____ **57-Apgar:**5ºmin _____
58- Clampeamento do cordão: 1()menos 1min 2()1 a 3 min 3()maior que3min
59- Coleta de Sangue do cordão: 1()sim 2()não
60- Delivramento: 1() BS 2()BD **61- Sangramento:** 1 () fisiológico 2() moderado 3 () volumoso
62- Conduta Ativa: 1() 2amp. Ocitocina 2() manobra de Brandt 3() Manobra Jacob Dublin 4()não fez (aguardou de 15 a 30 min espontânea)
63- Administrou Vitamina A: 1() sim 2()não
64- Foi verificada PA após o parto: 1() sim 2()não
65- Revisão da placenta/anexos: 1() cotilédones 2() membranas (amnio e cório) 3() vasos do cordão 2 artérias e 1 Veia
66- Revisão do canal vaginal/perineal/anal: 1()1º grau 2()2º grau 3()3º grau 4()4ºgrau
67- Correção da laceração: 1() sim 2()não 3() nãoaplica
68- Tipo de sutura na Mucosa: 1 () contínuo 2()contínua ancorada 3() ponto a ponto 4 () Não aplica
69- Sutura da Musculatura: 1() contínuo 2()contínua ancorada 3() ponto a ponto 4 () Não aplica

70- Sutura da Pele: 1() continuo 2() contínua ancorada 3() ponto a ponto 4() Não aplica

71- Houve necessidade de toque retal: 1() sim 2() não 3() não se aplica

72- Amamentação na 1ª hora de vida: 1() sim 2() não 3() não aplica (retrovirose)

73- Orientações ofertadas: 1() Aleitamento materno 2() cuidado perineal 3() Revisão de parto 4() cuidados com RN 5() Planejamento familiar 6() outras: _

Ass. Professor/Preceptor/Responsável
CEEQ/UFC/UFMG/Rede Cegonha

Carimbo aqui:

Ass. Discente Responsável Especializando
CEEQ/UFC/UFMG/Rede Cegonha

Carimbo aqui:

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

Enfa. Obstetra e Coord. CEEQ/UFC/UFMG/Rede Cegonha

Orientações:

ESSE INSTRUMENTO SERVIRÁ DE MODELO DE COMO FOI PRESTADA A ASSISTÊNCIA, ALÉM DE SER UM GUIA PARA VOCÊ DURANTE TODA A ASSISTÊNCIA.

- ✓ **Faça o preenchimento logo após o procedimento.**
- ✓ **Cada aluno deverá entregar no mínimo 20 fichas destas, mas poderá ser mais, assinadas e carimbadas pelo professor e aluno.**
- ✓ **Dependendo do item poderá ter mais de uma resposta.**
- ✓ **Não poderá ter nenhuma pergunta sem resposta.**
- ✓ **Deverá ser entregue quinzenal para avaliarmos o andamento das práticas.**
- ✓ **Tire uma cópia para você e aguarde antes de entregar para a coordenação.**
- ✓ **Os registros qualitativos deverão ser feitos no Diário de Campo.**