

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA CAROLINA FELICIDADE STAGNARO

**EQUIPE DE ENFERMAGEM: COMPLICAÇÕES NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO
PARTO.**

CRICIÚMA

2022

ANA CAROLINA FELICIDADE STAGNARO

EQUIPE DE ENFERMAGEM: COMPLICAÇÕES NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense-UNESC, para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Cecilia Marly Spiazzi dos Santos

**CRICIÚMA
2022**

ANA CAROLINA FELICIDADE STAGNARO

EQUIPE DE ENFERMAGEM: COMPLICAÇÕES NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

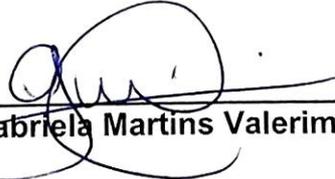
Trabalho de Conclusão do Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Enfermeiro, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, com linha de pesquisa em Obstetrícia.

Criciúma, 26 de novembro de 2022.

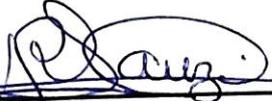
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Ms Cecilia Marly Spiazzi dos Santos- UNESC- Orientadora



Prof.ª Esp Gabriela Martins Valerim- UNESC- Banca Examinadora



Prof.ª Ms Rozilda Lopes de Souza- UNESC- Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus por me dar o dom da vida, por poder acordar todos os dias com força, saúde e muita fé para alcançar meus objetivos.

Agradeço ao meu amigo, companheiro, protetor e esposo, por todo apoio, por ser meu suporte em todos os meus dias nublados, por não deixar eu desistir nenhum minuto, por me encorajar e acreditar em mim como ninguém nunca acreditou. Agradeço a ele por ser meu braço direito e meu refúgio nos meus dias mais difíceis.

Agradeço a minha mãe, por toda sua força e coragem que desde bem cedo me ensinou a ter, agradeço a ela por confiar em mim, acreditar que eu poderia ser muito mais do que um dia pensei. Sem ela eu não estaria hoje onde eu estou, tudo é por ela.

Ao meu irmão por todos os finais de semana em que ele me alegrou, brincou e se divertiu comigo, todos esses dias foram importantes para que eu não voltasse desanimada para casa.

A minha cunhada que se importou comigo durante todo esse período, que me mandou mensagem, que me mandou muita energia boa para que eu conseguisse concluir todo esse processo.

Ao meu sobrinho/afilhado que mesmo pequeno seu amor me sustentou em todo esse processo, estar com ele, brincar com ele e saber que eu o teria nos finais de semana enchiam meu coração de esperança e de amor, porque é isso que eu vejo de mais forte quando olho para ele.

Agradeço a minha orientadora, por estar comigo lado a lado nesta pesquisa, por confiar em mim, por repassar seus conhecimentos durante todo o percurso. Agradeço pela parceria, pelo incentivo e por me ajudar a me tornar uma profissional melhor.

Ao professor Diogo Domingui por toda sua disponibilidade em estar auxiliando durante toda a execução da pesquisa, por sanar as dúvidas, responder sempre que fosse questionado e por sempre estar me motivando toda vez que conversamos sobre a pesquisa.

Agradeço aos meus professores que me acompanharam em todo o processo da graduação, que me ajudaram a ser quem eu sou hoje, com muita dedicação, carinho e conhecimento.

Agradeço aos meus amigos que estiveram comigo nesse processo, me gerando força, ânimo e coragem para enfrentar o desafio de realizar uma pesquisa do começo ao fim.

E por fim, a todos os pacientes que eu tive o prazer de atender, aos profissionais das instituições que me ensinaram tanto em todo esse caminho diretamente ou indiretamente e a mim, por ter sempre um motivo para que eu continue a buscar sempre o meu melhor lado.

“Existem dois jeitos de viver: acomodar-se ou ousar. Quando lutamos por idéias nas quais acreditamos nasce daí um sentimento de dignidade de ser alguém que faz a diferença”

Roberto Shinyashiki

RESUMO

Vários profissionais desempenham um papel vital na saúde e segurança da mulher e seu recém nascido, sendo um desses locais o local de nascimento. A equipe de Enfermagem é essencial para o cuidado no parto e o cuidado com o recém nascido, prestando acolhimento desde que a mulher chega ao hospital. A assistência deve ser prestada com conhecimentos científicos e humanizados, com visão holística, com consultas eficientes e com segurança antes, durante e após o nascimento. O presente estudo tem como objetivo identificar as ações da equipe de Enfermagem nas complicações durante os períodos clínicos do parto. Para a abordagem metodológica foi escolhida a pesquisa qualitativa descritiva e de campo. Para coleta de dados foi utilizado uma entrevista estruturada contendo 11 perguntas abertas com os profissionais que compõem a equipe de Enfermagem do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto de um Hospital do Sul Catarinense. A entrevista foi registrada utilizando-se recurso de áudio (gravador portátil) e após a gravação o discurso dos participantes foi transcrito para análise e interpretação dos dados coletados, realizados pela categorização através da ordenação, classificação e análise final. Os dados foram divididos em 4 categorias: Caracterização dos Participantes; Complicações do Parto; A sistematização da assistência de enfermagem e a gestão do cuidado nas complicações no período clínico do parto e Discussão de casos e mecanismo de prevenção. Segundo os relatos dos participantes foi identificado que as principais complicações assistenciadas pela equipe de Enfermagem são: hemorragia pós-parto, atonia uterina, pré-eclâmpsia, risco de aspiração meconial, bolsa rota, aborto retido, prematuridade, circular cervical de cordão, alterações no BCF e lacerações vaginais. Foi identificado que a equipe de Enfermagem possui pouca capacitação para a assistência nas complicações obstétricas, necessitando de mais informações, discussões de casos, atualizações e cursos. Outras dificuldades identificadas foram as limitações provenientes do sistema de rodízio de enfermeiros entre os setores e o fato de que a maior parte da equipe de enfermagem são profissionais com formação técnica, havendo necessidade de mais enfermeiros gerais e obstétricos no setor. Em conclusão, há necessidade de se promover capacitações, discussões de casos e protocolos de atendimentos relacionados às complicações que possam ocorrer durante os períodos clínicos do parto, para que o atendimento seja resolutivo e com base científica e prática. Sugere-se também a implementação de Enfermeiros gerais e obstétricos na composição da equipe de Enfermagem, para que a assistência seja qualificada, humanizada, integral e eficaz.

Palavras-chave: Complicações do Parto. Cesárea. Parto. Parto normal. Equipe de Enfermagem.

ABSTRACT

Several professionals have a vital role in the health and safety of the woman and her newborn, one of these places being the delivery room. The Nursing team is essential for childbirth care and the care of the newborn, providing a warm welcome from the moment the woman arrives at the hospital. Assistance must be provided with scientific and humanized knowledge, with a holistic view, with efficient consultations, and with safety before, during, and after birth. The present study aims to identify the actions of the Nursing team in the complications during the clinical periods of childbirth. For the methodological approach, qualitative descriptive and field research was chosen. For data collection a structured interview containing 11 open questions was used with the professionals of the Nursing team from the Obstetric Center and Joint Lodging of a Hospital in the South of Santa Catarina. The interview was recorded using audio (portable recorder) and after the recording the participants' speech was transcribed for analysis and interpretation of the data collected, performed by categorization through sorting, classification and final analysis. The data were divided into 4 categories: Characterization of Participants; Complications of Childbirth; The systematization of nursing care and the management of care in the complications in the clinical period of childbirth; Discussion of cases and prevention mechanism. According to the participants' reports, it was identified that the main complications assisted by the Nursing team are: postpartum hemorrhage, uterine atony, preeclampsia, risk of meconium aspiration, ruptured membranes, missed abortion, prematurity, cervical cord circularity, fetal heartbeats and vaginal tears. It was identified that the Nursing team has little training for assistance in obstetric complications, requiring more information, case discussions, updates and courses. Other difficulties identified were the limitations arising from the rotation system of nurses between sectors, and the fact that most of the nursing team are professionals with technical training, with a need for more general and obstetric nurses in the sector. In conclusion, there is a need to promote training, case discussions and care protocols related to complications that may occur during the clinical periods of childbirth, so that the care can be resolute and scientifically and practically based. It is also suggested the implementation of general and obstetric nurses in the composition of the nursing team, so that the care can be qualified, humanized, comprehensive and effective.

Key-Words: Complications of Childbirth. Cesarean. Childbirth. Normal childbirth. Nursing Team.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Alterações plásticas do colo do útero: Apagamento e dilatação	28
Figura 2 - Alterações plásticas do colo do útero: Apagamento e dilatação	28
Figura 3 - Verticalização, movimentos e deambulação da parturiente	29
Figura 4 - Utilização de recursos não farmacológicos para alívio da dor... ..	30
Figura 5 - Assistência de Enfermagem global para o período de dilatação	30
Figura 6 - Três divisões funcionais do parto.....	31
Figura 7 - A curva sigmóide de dilatação	31
Figura 8 - Representação esquemática da ação de contenção dos ligamentos uterinos e resultante das forças promovidas pela contração na expulsão fetal	32
Figura 9 – Assistência de enfermagem no período expulsivo	33
Figura 10 - Mecanismo de dequitação Baudeloque-Schultze	34
Figura 11 - Mecanismo de dequitação de Duncan	35
Figura 12- Assistência de enfermagem no período de dequitação	36
Figura 13- Assistência ao período de Greenberg... ..	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCF - Batimento Cardíaco Fetal.

BPM - Batimentos por Minuto.

SUS - Sistema Único de saúde.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

MS - Ministério da Saúde.

DGITS - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias no SUS.

CGSM - Coordenação Geral de Saúde da Mulher.

CONITEC - Comitê Nacional para a Incorporação de Tecnologias no SUS.

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

NOB - Código de Prática Básica.

NOAS - Código de Prática de atenção à Saúde.

ANS - Agência Nacional de Saúde

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

SMFM - Society for Maternal Fetal Medicine

CNS - Conselho Nacional de Saúde

EPIs - Equipamentos de Proteção Individuais

SUS- Sistema Único de Saúde

PNH- Política Nacional de Humanização

INPS- Instituto Nacional de Previdência Sozial

MS- Ministério da Saúde

PAIMS- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

OMS- Organização Mundial da Saúde

PNAISM- Política Nacional de Atenção integral à Daúde da Mulher

CPN- Centro de Parto Normal

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

PE- Processo de Enfermagem/Pré-Eclâmpsia

TP- Trabalho de Parto

DPP- Deslocamento prematuro da Placenta

EV- Endo venoso

IM- Intra muscular

HPP- Hemorragia pós parto

CNS- Conselho Nacional de Saúde
TE- Técnicos de Enfermagem
E- Enfermeiros
APH- Atenção Pré-Hospitalar
UTI- Unidade de Terapia Intensiva
OMS- Organização Mundial da Saúde
PA- Pressão Arterial
TPP- Trabalho de Parto Prematuro
SINASC- Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SAM- Síndrome de Aspiração Meconial
RN- Recém-Nascido
DO- Distócia de Ombros
IMC- Índice de Massa Corporal
CTG- Cardiotogografia
RPM- Rotura Prematura de Membranas
LA- Líquido Amniótico
AMIU- Aspiração Manual Intrauterina à vacúo
EO- Enfermeira Obstetra
TAN- Traje Anti-choque não Pneumático.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
1.1.JUSTIFICATIVA	17
1.2.PROBLEMA DE PESQUISA	18
1.3. PRESSUPOSTOS	18
2.1.OBJETIVO GERAL	18
2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3.REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1.CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE NASCER NO BRASIL	19
3.2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SETOR DA MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO	24
3.3. PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO	28
3.3.1. Parto Vaginal	28
3.3.2. Cesárea	38
3.4. COMPLICAÇÕES NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO	43
3.4.1 Riscos de complicações nos Períodos clínicos do parto	44
3.4.2. Riscos de complicações da anestesia	46
3.4.3. Infecções	47
3.4.4. Trombose Venosa	47
3.4.5. Sangramentos e Hemorragia	48
4. MÉTODOS	50
4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA	50
4.2. TIPO DE ESTUDO	51
4.3. LOCAL DO ESTUDO	51
4.4. POPULAÇÃO DO ESTUDO	51
4.5. CRITÉRIO DE INCLUSÃO	51
4.6.CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	52
4.7. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	52
4.8 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	53
4.9. ANÁLISE DE CONTEÚDO	53
4.10.ASPECTOS ÉTICOS	54
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
REFERÊNCIAS	132
APÊNDICES	144

1. INTRODUÇÃO

Todos os anos, há cerca de 3 milhões de nascimentos no Brasil, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, mulheres em trabalho de parto e seus filhos, e cerca de 98% deles ocorrem em estabelecimentos hospitalares, sejam eles públicos ou privados (BRASIL, 2013).

Consolidado em nosso ambiente, o parto hospitalar é caracterizado pela adoção de várias tecnologias e procedimentos para torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho. De fato, os avanços na obstetrícia têm ajudado a melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal em todo o mundo. Porém, apesar dos notáveis avanços da Medicina por meio da ciência e da tecnologia, reduzindo as complicações de parto e mortalidade materna, deve-se considerar que, ainda, é registrada grande quantidade de intervenções da obstetrícia, gerando desconforto e complicações para mãe e feto (BRASIL, 2017).

Um estudo realizado por Leal et al (2014) com 23.894 mulheres que realizaram parto normal e cesariana sobre as intervenções da obstetrícia, revelou que a intervenção no trabalho de parto ocorreu em 50% das mulheres, sendo 40% com uso de ocitocina e amniotomia, a posição litotômica ocorreu em 92% das mulheres, a manobra de Kristeller ocorreu em 37% e a episiotomia, em 56% das participantes de pesquisa.

No ano de 2020, houve o registro de 2.730.145 nascimentos no Brasil, sendo 2.684.834 em hospitais. Destes, 1.128.074 foram nascimentos em hospitais por parto vaginal e 1.554.727 por cesárea. Em comparativo ao ano de 2019, nota-se redução de 121.055 nascimentos em hospitais (BRASIL, 2022).

Nesse debate se insere a remodelação da prática da obstetrícia, diante das demandas contemporâneas por maior proximidade com o processo natural fisiológico (EXPERT MATERNITY GROUP, 1993). A gestação leva à mulher a ansiedade e incertezas, principalmente quando se trata do primeiro filho. O momento do parto é o mais difícil da gravidez, conhecido pelo medo e dor física, dessa forma, a falta de conhecimentos de como se procede o parto somado aos fatores físicos e psicológicos, faz com que a mulher esteja em um momento de vulnerabilidades.

É válido ressaltar que o parto é um evento natural, e se não houver

necessidade de uma intervenção cirúrgica como a cesariana, cabe a equipe médica e de Enfermagem, apenas o acompanhamento da paciente para garantir que tudo ocorra bem, sendo assim, não há necessidade de intervir com procedimentos que aumentam a dor ou o desconforto da gestante (MARTINS; BARROS, 2017). Entretanto, ao surgirem complicações, a equipe médica e de enfermagem devem prestar cuidados imediatos objetivando minimizar os danos sofridos e garantir a segurança da paciente.

A intervenções desnecessárias ou falta de respostas emergenciais eficazes , ocorre pela desinformação dos procedimentos naturais em atendimento a gestantes e parto. Com isso, há a maior intervenção médica sem consultar a opinião da paciente, o que faz com que o atendimento não seja humanitário, não respeitando a gestante em seu direito fundamental de qualidade e humanização nos atendimentos de saúde. Do mesmo modo, pode ocorrer a negligência diante de respostas emergências, dadas complicações no parto (ANDRADE, 2017).

Em ambiente hospitalar pode-se verificar grande variedade de práticas, que se não sustentadas por estudos científicos validados, podem colocar em risco a segurança da mulher e de seu filho, da mesma maneira, a falta de aplicação de técnicas validadas também pode representar riscos desnecessários, ao não atender às necessidades específicas da paciente. Como solução eficaz de tal impasse, é necessário que haja diretrizes clínicas baseadas em evidência, auxiliando na tomada de decisão dos profissionais da saúde.

Ademais, os profissionais devem se atender às diretrizes legais do cuidado humanizado e da segurança do paciente expressas na legislação e em programas federais. Os profissionais da saúde são responsáveis por lidar diretamente com a vida das pessoas, dessa forma, para que ocorra um atendimento satisfatório é necessário que se considere a totalidade do ser-humano em seus aspectos físicos e psicológicos.

No Brasil, a partir da Constituição Federativa do Brasil de 1988, a saúde passou a ser “direito de todos e dever do Estado”, afirmada na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) para a promoção da saúde em detrimento apenas à ausência da doença, na intencionalidade da universalidade do direito à saúde junto à equidade e integralidade no atendimento à população (BRASIL, 2010).

Entre os desafios enfrentados para efetivar a acessibilidade do cidadão aos serviços de saúde, estão a extensão do atendimento e manutenção da

qualidade, na qualificação e corresponsabilização dos profissionais da rede SUS. Para a qualidade no atendimento ao paciente é necessário que a equipe profissional esteja preparada e capacitada. Nesse contexto, é verificado que existe uma lacuna entre os objetivos e a prática dos profissionais, sendo o despreparo profissional um fator preocupante, pois acabam não sabendo lidar com os aspectos subjetivos do atendimento ao paciente (BRASIL, 2010).

Diante da constatação da lacuna entre os pressupostos teóricos das políticas de saúde pública como direito fundamental em respeito à pessoa humana, e a falta de preparo para um atendimento acolhedor, foi formulado pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite, no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), chamada, também, de HumanizaSus, para a promoção de uma participação e atuação colaborativa e protagonista entre os usuários do SUS e os profissionais da saúde. Dessa forma a PNH nasceu como uma política do SUS.

Em junho de 2011, o governo brasileiro criou a Rede Cegonha dentro do SUS (BRASIL, 2011), com o objetivo de garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e ao cuidado humanizado durante a gravidez, o parto e o puerpério, assim como às crianças o direito ao parto seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável. Um dos objetivos da Rede Cegonha é "promover a implementação de um novo modelo de cuidados para a saúde da mulher e das crianças, focalizando os cuidados com o trabalho, o nascimento e o crescimento e desenvolvimento das crianças desde o nascimento até os 24 meses".

Durante o atendimento à mulher no ciclo gravídico nos serviços de urgência/emergência nos hospitais, é muito importante que sejam analisados os fatores de risco para a gravidez a fim de fazer o comportamento de cada caso clínico apresentado. Qualquer tratamento envolve múltiplos cuidados que apresentam diversos níveis de complexidade. A qualidade de tais cuidados é medida por meio de parâmetros da eficácia, da equidade, da aceitação do paciente e da legitimidade das ações. A segurança do paciente faz parte integrante do cuidar, sendo o principal fator que determina a qualidade dos serviços prestados ao paciente (FIGUEIROA et al., 2017). Um dos fundamentos da segurança do paciente é identificar e evitar que ocorram os eventos adversos. O evento adverso é um fator que ocasiona o dano desnecessário ao paciente e o risco é considerado como as chances de se haver um evento adverso.

Tradicionalmente, a gravidez tem sido considerada um evento ao longo da vida. No entanto, cerca de 20% das gestantes desenvolvem doenças obstétricas e ginecológicas. Em todo o mundo, a cada ano, meio milhão de mulheres morrem durante a gravidez e o parto como resultado de alguns defeitos congênitos. Infelizmente, um número significativo de urgências e emergências ocorre, portanto, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção precoces tornam-se a chave para evitar defeitos congênitos (ANDRADE et al., 2017).

A aceitação e a classificação dos riscos são essenciais para a assistência prestada aos serviços de saúde, pois a assistência obstétrica precisa ser diferenciada de acordo com as manifestações clínicas e o estado geral da paciente. Nesse sentido, é importante que estratégias e treinamentos para enfermeiros sejam desenvolvidos a fim de melhorar significativamente esse serviço (FIGUEIROA et al., 2017).

É importante ressaltar que o pré-natal deve ser prestado de forma satisfatória, com cuidados vivificantes e satisfatórios. É importante que as gestantes que chegam ao pronto-socorro sejam triadas imediatamente, para que o enfermeiro possa detectar a gravidade ou aumento da queixa de um paciente e, a partir da situação clínica, buscar estratégias para reduzir complicações e riscos. mortalidade materna e infantil como resultado de sua separação de risco (FIGUEIROA et al., 2017).

Diante do exposto e com base nas hipóteses analíticas, percebe-se que os dados deste estudo mostram claramente que o panorama de produtos científicos sobre a assistência de enfermagem às emergências obstétricas e maternas no Brasil é escasso. No entanto, a literatura disponível sugere que o comportamento do enfermeiro se insere no contexto dos cuidados de saúde e das políticas de urgência e emergência, bem como nas competências e capacidades do enfermeiro (CORREIRA et al., 2019).

Essa afirmação é baseada em pesquisas que defendem que a assistência obstétrica e de emergência médica de emergência está sendo preparada como uma terceira conquista; recursos burocráticos, monitoramento de sinais críticos e administração de medicamentos e controle mecânico. Esses procedimentos já são de responsabilidade dos enfermeiros em qualquer cuidado pessoal, equânime e robusto (XAVIER, 2019).

No entanto, é importante esclarecer que os sujeitos apresentam o teste

como a mesma palavra para aceitação, o que mostra pouca clareza sobre o verdadeiro significado da palavra, como resultado e prática. Adotando, sobretudo, o guia político e operacional do SUS. É uma atitude ética, ética para garantir o acesso aos serviços de saúde, qualidade e atendimento holístico (ANDRADE et al., 2017).

Dentro desse conceito de aceitação, há também o Recepção com Classificação de Risco (ACCR), também entendido como teste. Trata-se de um dispositivo técnico assistencial que permite, além de garantir o acesso, aplicar o princípio da igualdade, pois permite identificar as prioridades de cuidado, ou seja, atender às necessidades ou riscos de saúde/dificuldade/risco de cada usuário. Avaliar o risco e estar em risco significa estar ciente do nível de sofrimento físico e mental, muitas vezes quando um usuário chega, sem sinais evidentes de problemas físicos, mas está gravemente deprimido, que pode precisar de mais cuidados e um nível de risco maior (XAVIER, 2019).

Assim, levando em conta as normas acima mencionadas, o objetivo principal deste estudo foi identificar o papel da equipe de Enfermagem nas complicações do parto, através de pesquisas de campo.

1.1. JUSTIFICATIVA

O estudo visou reconhecer as ações que a equipe de Enfermagem desenvolve nas complicações nos períodos clínicos do parto, relacionado com o referencial teórico e a realidade em campo, oferecendo uma visão mais ampliada do cuidado de Enfermagem com as gestantes.

A delimitação do público, equipe de Enfermagem, foi escolhida justamente pelo papel ativo que a equipe possui em todo o processo da gestação, desde o acompanhamento do pré-natal, consultas de controle, entrada no hospital, assistência no parto, no pós parto e na amamentação. A equipe de Enfermagem é a que primeiro recebe e assiste a gestante quando ela está prestes a iniciar o processo do parto, sendo ele vaginal ou cesáreo.

1.2. PROBLEMA DE PESQUISA

Quais as ações da equipe de Enfermagem nas Complicações durante os Períodos Clínicos do Parto?

1.3. PRESSUPOSTOS

P1- As ações que a equipe de Enfermagem realiza nos Períodos Clínicos do Parto auxiliam para a diminuição dos danos e morbimortalidade materna e neonatal.

P2- A equipe de Enfermagem possui dificuldades específicas na assistência aos períodos Clínicos do Parto.

P3- A discussão sobre as ações da equipe durante os períodos clínicos do parto, geram opiniões construtivas sobre a assistência, auxiliando nas futuras ações da equipe.

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar as ações da equipe de Enfermagem nas Complicações durante os Períodos Clínicos do Parto.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a importância da assistência da equipe de Enfermagem no caso de complicações nos Períodos Clínicos do parto.
- Identificar qual é a assistência realizada pela a equipe de Enfermagem

nos Períodos Clínicos do Parto.

- Identificar as maiores dificuldades da equipe de Enfermagem na assistência aos Períodos Clínicos do Parto;
- identificar com a equipe quais ações no período clínico de parto que podem ser melhoradas;
- Identificar pontos positivos e negativos que a equipe de Enfermagem obteve após a pesquisa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE NASCER NO BRASIL

O parto tradicionalmente visto como um “assunto feminino” por se tratar do ato que “dá a vida”, passou ao longo do tempo a ser atraído pelo poder soberano, representado por uma aliança entre patriarcado e o saber, que culminou na “coisificação” da vida da mulher. Inicialmente, o comportamento e as reações da mulher durante o parto eram instintivos. (KAPPAUN e COSTA , 2019)

De acordo com Kappaun e Costa (2019), dado que o processo reprodutivo permanece de pouco interesse para a comunidade e, como os animais, prevalece o instinto, as mulheres primitivas se reproduzem sozinhas e isoladas. Os instintos se ajustam aos demais interesses da maternidade, que por muito tempo foram proporcionados pela medicina religiosa mágica, e ainda se mantém em algumas sociedades.

Conforme os registros históricos, por conta desse isolamento instintivo as mulheres se ajudavam entre si, levando em consideração suas experiências com outros partos e até com seu próprio parto. Assim, a obstetrícia teve início com as mulheres, pelos seus métodos e trabalhos que se seguiram ao longo do tempo apoiado nas experiências empíricas das próprias mulheres, no auxílio ao parto, pos-parto e entre outras dificuldades da gravidez (KAPPAUN; COSTA, 2019).

Contudo, até o século XVII o parto era considerado um assunto de mulheres, resolvido em casa, com a presença da parturiente, da parteira experiente, e geralmente da mãe da parturiente, sem presença masculina. A medicina na época que era mais clínica geral, não obtinha conhecimentos específicos em relação ao

parto e a saúde da mulher. Havia poucos médicos, que eram chamados apenas em casos de partos muito difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher e de sua família (KAPPAUN; COSTA, 2019).

Após o período da Segunda Guerra Mundial o parto foi incorporado nas instituições de saúde, por conta dos novos conhecimentos e habilidades práticas por parte dos profissionais, que foram obtidas nos campos de assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, minimizando significativamente a morbimortalidade materna e infantil (VICENTE et al., 2017).

E foi então no início do século XX, que nasceram as primeiras políticas de saúde, onde surgiram iniciativas que visavam reduzir a mortalidade materna e infantil, a partir da intervenção na forma de assistência ao parto, que até então era dominada por parteiras com formações diversas. O campo médico, através das faculdades de medicina e das sociedades médicas, com o objetivo de medicalizar e higienizar os hábitos de vida da população, buscou transformar as maternidades em espaços modernos e adequados ao nascimento. As gestantes teriam assistência médica e possibilidade de repouso, além de contar com procedimentos assépticos que diminuiriam o risco de infecções (SILVA et al., 2019).

Assim como as demais especialidades médicas, a consolidação do campo da obstetrícia no Brasil também enfrentou dificuldades em seu desenvolvimento, tendo como principal desafio a ausência de maternidades para o seu ensino prático, já que as primeiras instituições foram criadas no final do século XIX e início do XX. A construção do conhecimento na área da medicina da mulher foi desenvolvida, institucionalmente, a partir da atuação de médicos que ministravam aulas nas primeiras faculdades criadas no Brasil em 1835: a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina da Bahia. Dessa forma, médicos de grande reputação atuaram no estabelecimento das áreas de ginecologia e obstetrícia por conta da prática como mestres nessas escolas, divulgando essas especialidades para diversos médicos parteiros e ginecologistas em formação (SOUZA, 2018).

O aumento da hospitalização do parto no Brasil se deu pela criação em 1967 do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Por intermédio da unificação dos institutos de aposentadorias e pensões no INPS, adjunto à expansão da assistência hospitalar, através do crescimento de empresas de saúde, o sistema trabalha com três segmentos que eram o privado, a seguridade social para empregados regulares e subvenção do poder público, através do MS e das

secretarias estaduais e municipais, que eram as instituições de caridade para os mais pobres (BRASIL, 2018).

Até a metade da década de 80, as políticas de saúde voltadas à saúde da mulher eram deficientes, compreendendo apenas sua função de reprodutora e mãe, sem muitas ligações, ao que se referia a outras questões de saúde. Por muito tempo o Brasil prosseguiu imparcial quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. A doutrina vigente para essa população se embasava no Programa Materno-Infantil, criado em 1977, este restringia a prevenção da gestação de alto risco, não tendo em consideração outros aspectos imprescindíveis (BRASIL, 2018).

Foi em 1983, com a fundação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que o sistema de saúde passou a abranger um paradigma de assistência baseado nos princípios de equidade e integralidade, os quais englobam as mulheres nas mais diversas áreas e em todos os seus ciclos vitais (BRASIL, 2018).

O PAISM incorporou em princípios e diretrizes as recomendações de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços e integralidade e equidade da atenção, enquanto, no movimento sanitário, o marco conceitual será pautado no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. O novo plano de saúde da mulher inclui ações de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, incluindo assistência à mulher em ambulatórios ginecológicos, pré-natal, parto e puerpério, menopausa, planejamento familiar, doenças venéreas, câncer de mama, colo de útero e mama de Outras necessidades identificadas no perfil demográfico das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência na implementação do PAISM. O SUS é implementado de acordo com os princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Leis 8.080 e 8.142, Código de Prática Básica (NOB) e Código de Prática de Atenção à Saúde (NOAS), editados pelo Ministério da Saúde. Em particular, com a implementação da NOB 96, consolidou-se o processo de municipalização das ações e serviços nacionais.

A municipalização da gestão do SUS oferece um espaço privilegiado para estruturar ações e serviços essenciais, incluindo os de saúde da mulher, dentro do sistema e seguindo suas diretrizes. O processo de implantação e implantação do PAISM ganhou uma peculiaridade nas décadas de 1984 a 1989 e 1990, influenciado pela proposta do SUS, novas características da política de saúde, o processo de

municipalização e a reestruturação da atenção básica, por meio da estratégia do planejamento da saúde da família (BRASIL, 2004).

Em 1990, o Brasil esteve presente na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana e se comprometeu a reduzir a mortalidade materna em 50% no decorrer da década. Desde agosto de 1993 é aprovada pela portaria nº.1.016 as Normas Básicas para Implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. Em 1994 na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo ratificou o direito à liberdade e aos direitos humanos de exercer a sexualidade, concepção e anticoncepção (BRASIL, 2018).

A Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim em 1995, declarou os direitos das mulheres. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) iniciou recomendações de enfermagem para o parto normal. Em 1999, o Decreto nº 985, de 5 de agosto de 1999, criou O Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do SUS, destina-se a atender a mulher no período gravídico-puerperal (SANTOS et al., 2017)

No final do século XX, surgiu também o movimento da medicina baseada em evidências, que buscava os cuidados de saúde baseados em evidências científicas da eficácia e segurança do programa. Para a Organização Mundial da Saúde, o parto é entendido como um evento natural, sendo o parto vaginal considerado a melhor modalidade (ZANARDO et al., 2017).

Os hospitais, que exigiam uma proporção máxima de cesarianas no total de partos, levaram a novas recomendações para a prática clínica e tratamento com base em evidências científicas (POSSATI et al., 2017). Na perspectiva da ação integral em saúde materno-infantil, implementar o método canguru para compreender o cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso (SANTOS et al., 2017).

Pela dificuldade de implementação das ações, o Ministério da Saúde editou o Código de Conduta em Saúde (NOAS 2001), que ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, esclareceu o processo de regionalização da atenção à saúde e estabeleceu mecanismos para fortalecer a atenção à saúde. “Gestão do SUS e atualização dos critérios de elegibilidade estaduais e municipais” (BRASIL, 2001).

No campo da saúde da mulher, a NOAS oferece aos municípios garantia mínima de ações básicas de pré e pós-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo do útero, além de um sistema de estrutura de atenção à saúde funcional e resolutivo para garantir o acesso a ações mais complexas , por meio da

organização dos territórios nacionais (COELHO, 2003).

Em 2003, o Decreto nº 653/GM estipulou que a morte materna deve ser notificada para que ocorra. Investigar os determinantes e possíveis causas dessas mortes e tomar medidas para prevenir novas mortes maternas. Em 2004, foi lançada a Convenção Nacional sobre Redução da Mortalidade Materna e Neonatal para promover a melhoria da assistência obstétrica e neonatal. Há também uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que reflete o compromisso de implementar ações de saúde que assegurem os direitos humanos das mulheres, reduzindo a morbimortalidade por causas evitáveis e inevitáveis (BRASIL, 2011).

Em 2005, com a promulgação da Lei nº 5. Nº 11.108 de 7 de abril de 2005, Direitos Parto por parceiro designado pela mesma pessoa durante todo o trabalho de parto, parto Sistema Único de Saúde - Puerpério Imediato nos Serviços de Saúde do SUS (BRASIL, 2011).

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente.

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo.

Art. 19-L. (VETADO). (BRASIL, 2005).

De acordo com a Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008, foi instituída no SUS a Rede Brasileira de Aleitamento Materno, considerada uma estratégia de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno nas redes de atenção primária (PASSANHA et al., 2013). Satisfazer as necessidades de amamentação Profissionais e sociedade não são apenas processos biológicos, mas sociais e culturais (BRASIL, 2011).

Em 2011, a política de saúde da mulher foi reformulada por meio do Decreto 24 nº 1.459 em junho de 2011, o governo federal instituiu a rede Cegonha no âmbito do SUS para elaborar diretrizes para implementação na atenção à gestante. Com base os princípios do SUS, a rede veio de modo a garantir a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado

ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, incluindo transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha prioriza o acesso ao pré-natal com qualidade e garantia de um acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, com a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses, de qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação). Tais objetivos estão sendo alcançados, uma vez que a rede reorganiza e qualifica os serviços de atenção primária, secundária e terciária existentes. Leva a adequação e aprimoramento dos sistemas logísticos, operacionais e de informações já implantados, melhora o financiamento, oferece formação e qualificação para os profissionais da saúde que atuam no cuidado da Rede e gera a revisão da forma que se dá o cuidado ao parto e nascimento no Brasil.

A Rede Cegonha tem como principal objetivo promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. Está proposta demanda que a organização do cuidado se dê de forma similar ao Modelo de Atenção a condição crônica, buscando uma atenção contínua que englobe cuidados primários, secundários e terciários, e também tenha ações articuladas ao Modelo de Urgência e Emergência, com classificação de riscos, fluxos de encaminhamento para locais certos, em tempo adequado à demanda de atenção à saúde que a especificidade da rede requer (DI GIOVANNI, 2013).

3.2. ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SETOR DA MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO

O órgão regulador do exercício profissional em enfermagem é o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). O Cofen é responsável pela criação dos Conselhos Regionais de Enfermagem (Coren) para fiscalizar a prática profissional nos estados brasileiros, unidade central do sistema Cofen/Coren (ANDRADE et al., 2019).

As normas definidas pelo Cofen orientam a assistência prestada pelas equipes de enfermagem, auxiliando na ampliação do trabalho dos profissionais. Os

enfermeiros desenvolvem atribuições privativas, padronizadas em resoluções exclusivas ou atreladas às normas da equipe de enfermagem. Dentre eles, o enfermeiro é o único responsável pelo gerenciamento de enfermagem (ANDRADE et al., 2019).

Atualmente, o trabalho dos enfermeiros(as) Obstetras é incentivado pela Política Nacional de Saúde, e há vários anos o Ministério da Saúde apoia financeiramente a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, parto e puerpério, pois essa formação está em consonância com a contemporaneidade tendências da gravidez (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

Conforme a resolução COFEN nº 516/2016 artigo 3:

É da competência do Enfermeiro Obstetra e Obstetrix que atuam no serviço de obstetria prestar acolhimento a mulher e seu acompanhante, garantir a consulta de Enfermagem a mulher, Promover modelo de assistência centrado a mulher, adotar práticas em evidências científicas, avaliar a evolução do parto e condições maternas e fetais, prestar assistência ao parto normal e de evolução fisiológica (sem distocia), encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo quando necessário e justificado, garantir a integralidade do cuidado a mulher e ao recém-nascido, registrar o prontuário da mulher, prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado, promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania, participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem, promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de Enfermagem, participar de comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do centro de parto, participar de ações interdisciplinares e inter setoriais, notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos comitês de mortalidade materna e infantil/Neonatal da secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, emissões de laudos de autorização de internação hospitalar, identificação das distocias obstétricas e tomadas de providências necessárias, até a chegada do médico, realização de episiotomia e episiorrafia, acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido da internação até a alta. (BRASIL, 2016).

O apoio do MS à assistência obstétrica pode ser demonstrado por meio da Lei nº 163, de 22 de setembro de 1998, que, entre outras atribuições, possibilita

ao enfermeiro emitir boletins de admissão e incluir esse profissional no cronograma de pagamento do SUS. Outro exemplo é a Portaria nº 985, de agosto de 1999, que criou o Centro de Parto Normal (CPN) e definiu a enfermeira obstétrica como integrante essencial da equipe. Mais recentemente, em 2009, o Decreto nº 116 regulamentou a emissão da declaração de nascimento pelos profissionais de saúde em caso de parto domiciliar, deixando de ser atividade exclusiva dos médicos. (WINCK; BRUGGEMANN, 2010).

O processo de trabalho da enfermagem está organizado em dimensões assistenciais, gerenciais, de pesquisa, de ensino e de engajamento político, cada uma com objetos, meios, ferramentas e atividades específicas, coexistindo temporal e institucionalmente, na heterogeneidade e na combinação de séries. As ações relacionadas ao planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem são de responsabilidade exclusiva do enfermeiro e estão garantidas pela Lei nº 7.498/1986 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem no Brasil (FRAGA et al., 2018).

De acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, tendo o enfermeiro como membro da equipe: a assistência à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento do trabalho de parto e evolução do parto e trabalho de parto sem distocia. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por meio da Resolução nº 358/2009 também dispõe sobre a Sistematização da Assistência (SAE) e estabelece que o PE deve ser implantado em todas as instituições onde os enfermeiros brasileiros prestam assistência, com as mesmas funções das instituições privadas (FRAGA et al., 2018).

O cuidado de enfermagem de mulheres grávidas é extremamente importante e requer uma atenção rigorosa na avaliação das condições materno-fetais. Esta avaliação pela enfermeira é valiosa para a identificação de parto distorcido, angústia fetal, parto prolongado, bem como para a detecção precoce de sinais e sintomas de hemorragia pós-parto, prevenindo e minimizando assim os danos para a mãe e o bebê. O cuidado das mulheres deve ser realizado de forma holística, portanto a enfermeira também deve oferecer apoio emocional às mulheres grávidas e suas famílias, transmitir informações sobre o tratamento e as condições de saúde das mulheres grávidas e seus filhos, e prestar cuidados da melhor forma possível (CABRAL, 2018).

Os técnicos de Enfermagem atuam com um papel muito importante em

frente a PE relacionado a assistência de Enfermagem, o técnico de Enfermagem participa da implementação da assistência de Enfermagem, executando a assistência aos pacientes, é um profissional fundamental no processo de trabalho da Enfermagem. Os técnicos de Enfermagem podem atuar em etapas do Processo de Enfermagem como a do histórico de Enfermagem e na implementação do cuidado (OLIVEIRA, 2021).

A atuação do técnico no Processo de Enfermagem se destaca em algumas resoluções do COFEN sendo elas a 358/2009 onde diz que o técnico participa da execução do processo de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro, a resolução 450/2013 que relata que as atividades do técnico de Enfermagem são realizar atividades prescritas pelo enfermeiro no planejamento da assistência, a exemplo de monitorização e registro das queixas do paciente, das condições do sistema de drenagem, do débito urinário, manutenção de técnica limpa durante o manuseio do sistema de drenagem, coleta de urina para exames, monitorização do balanço hídrico, ingestão e eliminação de líquidos, sob supervisão e orientação do Enfermeiro e a resolução 511/2015 que relata competência do técnico em promover os cuidados gerais ao paciente de acordo com prescrição de Enfermagem ou protocolo preestabelecido, realizar procedimentos prescritos ou de protocolo preestabelecido, com utilização de técnica asséptica, promover atenciosa identificação da bolsa e dos tubos com as amostras de sangue simultaneamente, cumprir a prescrição efetuada pelo enfermeiro, aferir sinais vitais no pré, intra e pós procedimento (OLIVEIRA, 2021).

O exercício profissional do técnico de enfermagem é regulamentado pela Lei nº 7.498/86, que define o exercício da enfermagem, distingue a natureza profissional da enfermagem e estabelece a distinção entre profissional técnico e de nível médio, destacando a atuação do técnico de enfermagem (OLIVEIRA, 2021).

De acordo com o artigo 12 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, os técnicos de enfermagem exercem atividades intermediárias, incluindo instrução e supervisão do trabalho de enfermagem no nível auxiliar, bem como participação no planejamento de enfermagem, com especial responsabilidade de participar do planejamento de enfermagem, na execução das ações de enfermagem, enfermeiros particulares Com exceção de , participam da orientação e supervisão do trabalho do auxiliar de enfermagem e participam da equipe de saúde.

A enfermagem, tem um papel fundamental a desempenhar na prestação de cuidados de qualidade pois é responsável por estabelecer um plano de cuidado

específico para proporcionar cuidados abrangentes aos parturientes com complicações que surgem durante o parto.

3.3. PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

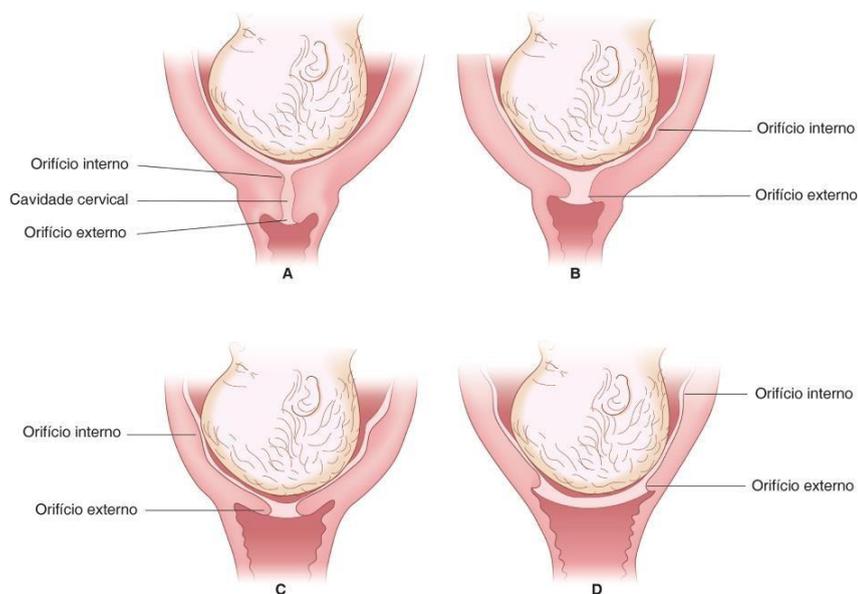
3.3.1. Parto Vaginal

O trabalho de parto é definido como a ocorrência de contrações uterinas frequentes e regulares, acompanhadas de alterações no colo do útero e posterior expulsão do feto. Esse processo pode ser dividido em quatro partes, chamadas de fase clínica do trabalho de parto, a primeira fase é o processo de contrações uterinas promovendo a dilatação e desaparecimento do colo do útero (ANDRADE, et al., 2017).

Na fase de dilatação que corresponde ao primeiro período clínico do parto é considerado período mais longo e mais variável, transcorrendo desde o início das contrações regulares até o final de total extensão. Nesta surgem as alterações plásticas na cérvix, cuja principal função é a modificação na sua espessura e diâmetro, dando passagem ao feto (ALMEIDA et al., 2021).

O colo do útero tem dois orifícios: interno e externo. O orifício interno funciona como um esfíncter, que durante o trabalho de parto passa por dois fenômenos: o apagamento do colo, que consiste na diminuição da espessura, ou seja, encurtamento da distância entre os orifícios interno e externo do colo; e a dilatação, que se caracteriza pelo alargamento do orifício cervical (Figura 1) (ALMEIDA et al., 2021).

Figura 1- Alterações plásticas do colo do útero: apagamento e dilatação.

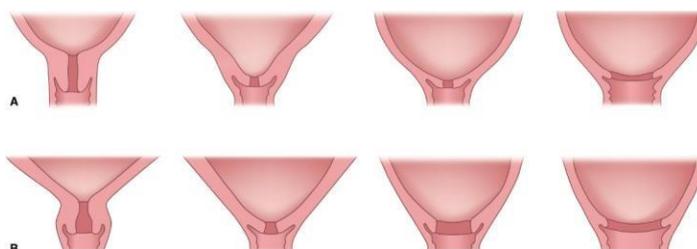


Fonte: Almeida et al. (2021)

O apagamento do colo do útero é avaliado pelo exame vaginal e é registrado em valores percentuais (%) no partograma. Assim, quando o colo do útero está completamente fino e encurtado, diz-se que ele está totalmente apagado e, conseqüentemente, registram-se no partograma 100% (ALMEIDA et al., 2021).

A dilatação do colo do útero é registrada em centímetros e quando se encontra completamente dilatado (10 cm) ao exame vaginal não é possível tocá-lo. Na prática obstétrica, pode-se perceber que o processo de apagamento e dilatação acontece de maneira diferente em primíparas e múltíparas. Geralmente, as primíparas, no decorrer do pré-parto, iniciam primeiramente todo o apagamento para depois seguir a dilatação do colo do útero (Figura 2). Isso pode explicar um trabalho de parto mais prolongado. Já para as múltíparas, o apagamento e a dilatação ocorrem simultaneamente (Figura 2), e isso torna o trabalho de parto menos demorado (ALMEIDA et al., 2021).

Figura 2- Alterações plásticas do colo do útero: apagamento e dilatação.



Fonte: Almeida et al. (2021)

A variação do tempo do trabalho de parto das primíparas é de 8 a 18 horas. Em média, o trabalho de parto de uma primípara que se mantém no leito sem realizar movimentos corporais pode durar de 10 a 12 horas. Por outro lado, nas situações em que a mulher participa efetivamente do processo de parturição, com as tecnologias do cuidado não invasivo, tais como movimentos circulares com a pelve, deambulação, banho morno e respiração consciente, esse tempo pode chegar a 8 horas (ALMEIDA et al., 2021).

Para as múltiparas, o tempo desde o início das contrações regulares até o nascimento é menos demorado e pode durar de 5 a 12 horas. Com movimentação e deambulação, assim como implementação das tecnologias do cuidado não invasivo, a tendência é uma duração de 5 a 6 horas (ALMEIDA et al., 2021).

Nesta fase, além de colaborar com a eficiência das contrações uterinas, é muito importante que a enfermeira obstétrica promova a verticalização da parturiente, bem como exercícios e deambulação (Figura 3), e aumente o diâmetro do canal de parto, o ângulo de ajuste, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-básico. A massagem e os banhos quentes são essenciais para promover o relaxamento e o alívio da dor que o acompanha (Figura 4). Essas práticas são combinadas com a evolução do trabalho de parto, cujo parâmetro é o partograma (Figura 5) (WAKSMAN et al., 2017)

Figura 3- Verticalização, movimentos e deambulação da parturiente.



Fonte: Waksman et al (2017, p. 67).

Figura 4 – Utilização de recursos não farmacológicos para alívio da dor

Recursos não farmacológicos	Tempo	Técnica
Banho de aspersão	20 minutos, no mínimo	Jato de água morna (temperatura entre 37° e 38° C, sobre a região dolorosa ⁷
Mudança de postura	De acordo com o conforto da paciente	DLE, sentada, ortostática, quatro apoios, etc. ⁷ (ver Figura 1)
Deambulação	Livre	–
Massagem	Durante as contrações	Pressão, deslizamento e amassamento entre as vértebras T10-L1 e S2-S4 ⁷
Técnica respiratória	Durante e entre as contrações	Respiração lenta e profunda ⁷
Bola suíça	20 minutos, no mínimo	Sentar sobre a bola com presença de um acompanhante para amparo ou de um apoio firme à sua frente, realizando movimento com o quadril ⁸

Fonte: Waksman et al. (2017, p. 67).

Figura 5 - Assistência de Enfermagem global para o período de dilatação.

Intervenção/assistência de enfermagem	Benefícios para a parturiente
Realizar o exame obstétrico, utilizando o sonar-Doppler ou o estetoscópio de Pinard e a técnica de palpação obstétrica ⁴	Garantir a vitalidade e determinar a situação, a posição, a apresentação e a insinuação fetal ⁴
Oferecer dieta leve e líquidos à gestante de baixo risco para cesárea ⁴	Garantir bem-estar materno ⁴
Estimular a higiene da parturiente, incentivando o banho e a troca frequente de camisolas, do forro e da roupa de cama ⁴	Contribuir para o bem-estar da parturiente ⁴
Encorajar a liberdade de posição e movimento, estimulando a posição não supina. Se a escolha for ficar deitada, orientá-la a adotar o DLE ⁴	Auxiliar na evolução do trabalho de parto ⁴ e evitar a redução do fluxo sanguíneo uterino placentário ⁴
Utilizar o partograma para acompanhamento gráfico do trabalho de parto ⁴	Avaliar e documentar a evolução do trabalho de parto, ajudando no diagnóstico dos desvios da normalidade ⁴
Realizar controle rigoroso da FCF ⁴	Assegurar a adoção de medidas para garantir o nascimento em boas condições ⁴
Encorajar e estimular a presença de acompanhante durante o trabalho de parto ⁴⁻⁶	Estimular presença de apoio contínuo durante o trabalho de parto e garantir o direito da mulher ^{5,6}

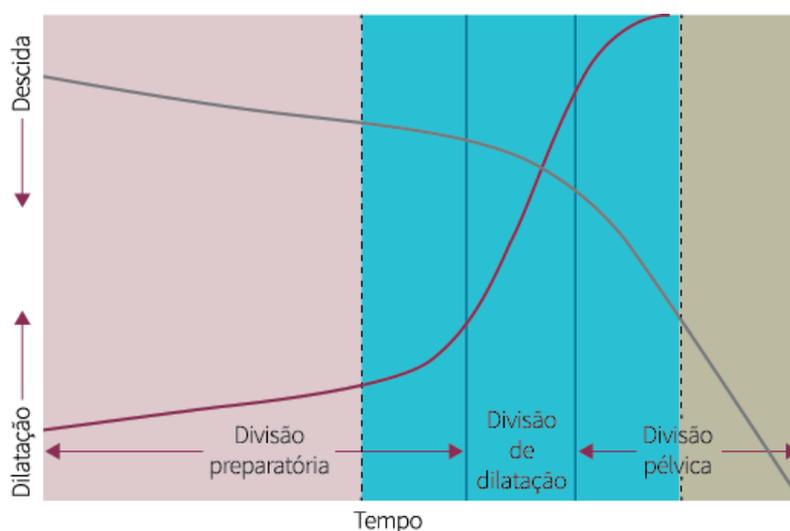
Fonte: Waksman et al (2017, p. 67).

Friedman (1954) descreveu uma abordagem científica que caracterizou um padrão sigmoide para o trabalho de parto ao elaborar um gráfico de dilatação cervical em relação ao tempo. Com base nas observações gráficas, elaborou o conceito de três divisões funcionais do trabalho de parto. Na primeira divisão, divisão preparatória ou de aceleração, mesmo que haja dilatação mínima, já se iniciam alterações plásticas do colo. A divisão de aceleração máxima ou de dilatação, período de dilatação rápida,

quando a dilatação vai de 3 a 9 cm. Por fim, a divisão pélvica ou de desaceleração precede a dilatação completa (Figura 4) (FERNANDES, 2018).

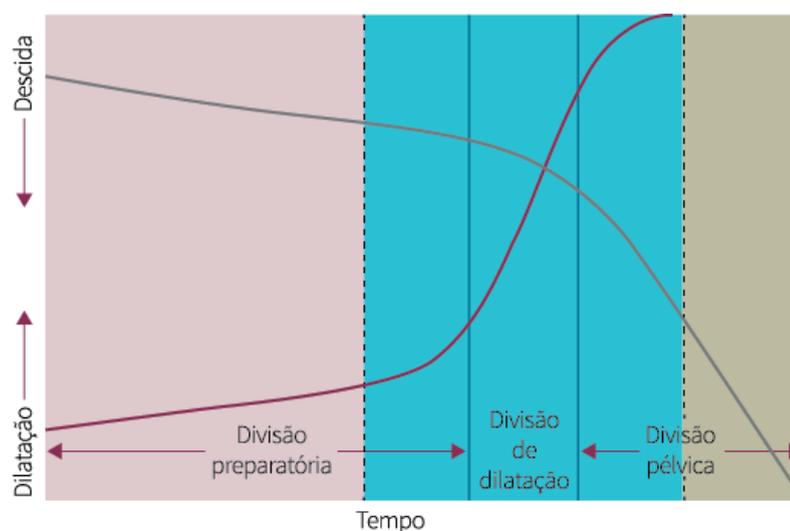
O padrão de dilatação cervical durante as divisões de aceleração e de dilatação é representado por uma curva sigmoide dividida em duas fases. A fase latente, que corresponde à divisão de preparação, e a fase ativa, que corresponde à dilatação, sendo esta composta, segundo Friedman, em fase de aceleração, fase de aceleração máxima e fase de desaceleração (Figura 5) (FERNANDES, 2018).

Figura 6- Três divisões funcionais do trabalho de parto.



Fonte: Fernandes (2018).

Figura 7 - A curva sigmoide de dilatação



Fonte: Fernandes (2018).

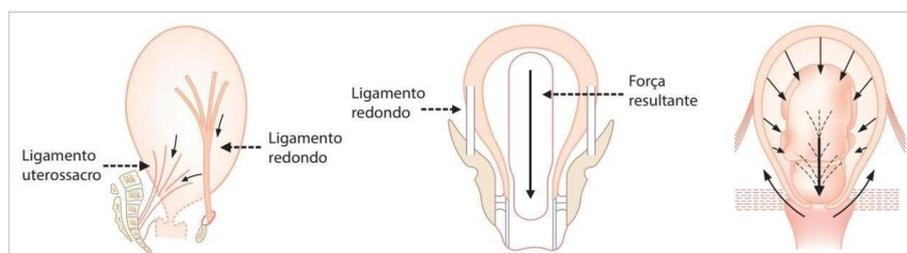
Na fase latente Friedman (1978) definiu como o momento em que a parturiente percebe as contrações uterinas regulares, pouco dolorosas. Normalmente,

é o período até a dilatação de 3 a 5 cm, definido como limite de dilatação da fase latente e o início da fase ativa. A dilatação nessa fase é em média de 0,35 cm por hora, com duração variável, de difícil delimitação. A fase latente é considerada prolongada quando se estende por mais de 20 horas nas nulíparas e 14 horas nas multíparas.

E a fase ativa foi definida por contrações dolorosas, com aumento gradual de frequência e intensidade, levando à rápida dilatação do colo. As taxas de dilatação cervical, segundo Friedman (1972), variam de 1,2 a 6,8 cm por hora. Tradicionalmente se inicia com entre 3 e 4 cm; multíparas evoluem, em média, 1,5 cm por hora, com 2,4 horas (máximo de 5,2 horas) de duração, e nulíparas, 1,2 cm por hora, com 4,6 horas (máximo de 11,7 horas) de duração (FERNANDES, 2018).

Durante o segundo estágio do trabalho de parto, chamado de expulsão ou estágio II, o feto é expelido do útero através do canal do parto através de uma combinação de contrações uterinas e contrações voluntárias (puxões) dos músculos abdominais. Durante esse período, ocorre a maioria dos fenômenos mecânicos do trabalho de parto, o canal do parto está totalmente formado, ou seja, o segmento uterino inferior, o canal cervical totalmente dilatado e a vagina formam uma única cavidade. Assim, o segundo período começa com a dilatação total e termina com o parto do feto. Uma vez que a dilatação está completa, o útero é imobilizado pela imobilização dos ligamentos largo (lateral), circular (superior) e uterossacro (posterior); a força resultante das contrações do miométrio converge para o orifício interno do colo do útero e a apresentação fetal é empurrado em direção ao sistema operacional interno (Figura 8) (ZUGAIB; FRANCISCO, 2020).

Figura 8- Representação esquemática da ação de contenção dos ligamentos uterinos e resultante das forças produzidas pela contração na expulsão fetal.



Fonte: Zugaib e Francisco (2020).

Neste período, vale ressaltar a importância da posição materna para facilitar o procedimento de expulsão fetal. Durante o momento expulsivo, os

batimentos cardíacos devem ser monitorados a cada 10 minutos. Cabe ao enfermeiro obstetra orientar e incentivar as diversas posições de parto (Figura 9).

Figura 9 – Assistência de enfermagem no período expulsivo

Intervenção/assistência de enfermagem	Benefícios para a parturiente
Encaminhar a parturiente à sala de parto, na ausência de salas PPP ⁴	Prestar assistência de qualidade durante o parto, garantindo a privacidade da mulher ⁴
Orientar a parturiente sobre as posições que podem ser adotadas durante o parto, evitando longos períodos em decúbito dorsal ⁴	Assegurar o conforto da mulher ⁴ e evitar a redução do fluxo sanguíneo uterino placentário ⁴
Orientar sobre o aparecimento de puxos involuntários	Auxiliar na expulsão fetal
Realizar assepsia do monte púbico e das regiões vulvar, vaginal e anal ¹³	Reduzir risco de infecção ¹³
Realizar manobra de Ritgen para proteção perineal e apoio do polo cefálico com a outra mão ¹³	Promover desprendimento lento do polo cefálico, a fim de evitar lesões perineais e periuretrais ¹³
Verificar a presença de circulares cervicais, que devem ser desfeitas ^{11,13}	–
Realizar clampamento do cordão umbilical entre 1 e 3 minutos após o parto, com material estéril ^{11,13,14}	Assegurar oferta adicional de sangue ao RN ^{11,13,14} e evitar infecções ^{11,13,14}
Promover contato entre a pele do RN e a da mãe e aleitamento precoce (nos primeiros 15 minutos de vida), logo após o parto, se a condição do RN permitir ⁶	Promover vínculo afetivo entre mãe e filho e favorecer a adaptação do RN à vida extrauterina ⁶
Promover aleitamento precoce (nos primeiros 15 minutos de vida), se a condição do RN permitir e se o exame materno de HIV for não reagente	Promover vínculo afetivo entre mãe e filho e favorecer a adaptação do RN à vida extrauterina ⁶

Fonte: Waksman et al (2017, p. 67).

O parto em posições verticais ou semiverticalizadas precisa ser disponibilizado. Deve-se evitar a posição de litotomia ou ginecológica clássica e outras posições horizontais. Algumas posições podem ser eleitas para a condução do período expulsivo: semissentada, em ângulo de 110 a 120°; sentada, em ângulo de 90° entre o plano da coluna e o da bacia e com apoio para os pés; de cócoras, com uso de arco para apoio durante os puxos ou banquinho de quatro apoios (WAKSMAN et al., 2017).

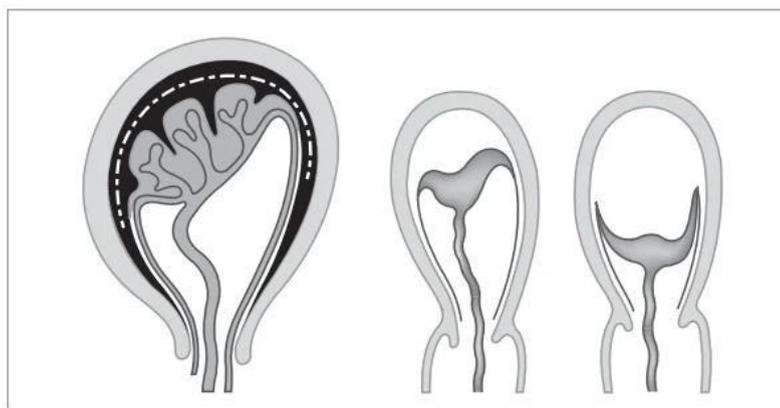
A descida do pólo cefálico pelo canal do parto é representada por uma hipérbole e consiste em duas fases bem definidas: a fase pélvica e a fase perineal. A primeira característica é que o colo do útero está totalmente dilatado e apresentado acima de um plano, enquanto a segunda característica é que a cabeça está virada e está em um plano inferior. A duração do período de expulsão depende da relação cefalopélvica e da eficiência contrátil do útero e dos músculos abdominais. Portanto,

as multíparas podem durar em média 30 minutos, e as primíparas podem durar em média 60 minutos. O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e a Society for Maternal Fetal Medicine (SMFM) afirmam que é difícil determinar o período máximo de tempo seguro no segundo período. Eles avaliaram que, na presença de vitalidade fetal normal, o período de lactação poderia ser prolongado por um período maior e considerado mais de 3 horas em primíparas e mais de 2 horas em multíparas. Eles também relataram que, se a analgesia epidural fosse administrada, a duração do segundo estágio aumentaria em 1 hora (ZUGAIB; FRANCISCO, 2020).

Durante este período, também conhecido como destacamento ou trabalho de parto, o útero expelle a placenta e as membranas (após o nascimento do feto). Portanto, após o descolamento do leito uterino, a placenta desce pelo canal do parto e é expelida pela vulva. Seu descolamento se deve à diminuição do volume uterino após a expulsão do feto, acompanhada de contrações uterinas vigorosas e indolores (ZUGAIB; FRANCISCO, 2020).

O descolamento da placenta pode acontecer em duas modalidades, O mecanismo de Baudelocque-Schultze: é o mais observado, uma vez que cerca de 75% das placentas se descolam por essa modalidade. Nesse caso, a placenta é inserida na parte superior do útero, inverte-se e desprende-se pela parte fetal, em forma de guarda-chuva. O sangramento apresenta-se após a dequitação (Figura 6) (WAKSMAN et al., 2017).

Figura 10 – Mecanismo de dequitação Baudelocque-Schultze



Fonte: Waksman et al (2017, p. 67).

E o mecanismo de Duncan que apresenta menor incidência se comparado com o de Baudelocque-Schultze, porque apenas 25% das placentas se descolam por

esse modo. Nesse caso, a placenta encontra-se inserida na parede lateral do útero. O descolamento começa pela borda inferior. O sangramento se apresenta antes da placenta, e esta, por sua vez, exterioriza-se pela borda materna (Figura 11) (WAKSMAN et al., 2017).

Figura 11 - Mecanismo de dequitação de Duncan.



Fonte: Waksman et al (2017, p. 67).

Há, ainda, uma última intervenção que pode ser utilizada nesse período. Em casos de pacientes com fatores de risco para hemorragia no período pós-parto, como pré-eclâmpsia, nuliparidade, gestação múltipla, hemorragia em pós-parto anterior, parto cesáreo anterior, episiotomia mediolateral, entre outros, pode-se utilizar a prática de “conduta ativa” em vez de conduta expectante no terceiro período clínico do parto. A conduta ativa infere o uso profilático de ocitocina intramuscular após o desprendimento da espádua anterior, combinada com clampeamento e corte precoce do cordão umbilical e uso de tração controlada de cordão. Essas ações combinadas já se demonstraram efetivas na redução de hemorragia pós-parto em até 60%, sem aumentar o risco de retenção de restos placentários ou remoção manual da placenta (WAKSMAN et al., 2017).

Figura 12- Assistência de enfermagem no período de dequitação

Intervenções/assistência de enfermagem	Objetivos
Realizar a manobra de Jacobs na saída da placenta e dos anexos embrionários ¹¹	Obter a retirada total dos cotilédones e das membranas fetais ¹¹
Atentar-se à hemorragia no período pós-parto e à retenção de restos placentários em casos de gestação múltipla, polidrâmnio, distocias ou parto vaginal operatório ⁴	Evitar hemorragias no período de Greenberg e no puerpério ^{4,14}
Realizar exame rotineiro da placenta e dos anexos embrionários ¹⁴	Diagnosticar eventuais anormalidades e verificar a integridade dos cotilédones e das membranas ¹⁴

Fonte: Waksman et al (2017, p. 67).

Também incorretamente referido como quarto período de Greenberg, a primeira hora após o parto começa imediatamente após a dequitação (expulsão do feto e da placenta) e é, portanto, a primeira hora do puerpério, não um quarto verdadeiro período clínico do parto. Nesse período, ocorre a estabilização dos sinais vitais maternos e do sangramento uterino (ZUGAIB; FRANCISCO, 2020).

Este período, proposto por Greenberg em 1960, inicia-se após a dequitação e vai até a primeira hora após o parto. Pela sua relevância, é necessário intensificar a avaliação de riscos iminentes à puérpera (Figura 13) (WAKSMAN et al., 2017).

Figura 13- Assistência ao período de Greenberg

Intervenções/assistência de enfermagem	Objetivos
Realizar a revisão do canal de parto ⁴	Diagnosticar possíveis lacerações ⁴
Observar a formação do globo de segurança de Pinard ¹¹	Garantir adequada contração/retração uterina ¹¹
Levar o RN ao seio materno para amamentação ainda na primeira hora de vida ⁴	Prevenir complicações hemorrágicas e favorecer a regressão uterina ⁴

Fonte: Waksman et al. (2017, p. 67).

A primeira hora é caracterizada pelo aparecimento dos fenômenos como miotamponamento (contração potente da musculatura uterina), trambotamponamento (são pequenos coágulos (trombos) que eliminam vasos uteroplacentários), pela indiferença miouterina e pelas contrações uterinas fixas (ZUGAIB; FRANCISCO, 2020).

A diminuição do volume uterino resulta em angulação das artérias uterinas e ovarianas, resultando em diminuição da perfusão uterina. As contrações uterinas resultam em oclusão dos vasos sanguíneos do miométrio (tamponamento muscular), que Pinard descreve como uma ligadura viva ou uma bola viva de Pinard. O

tamponamento trombótico é a segunda linha de defesa contra o sangramento e caracteriza-se pela formação de trombos nos grandes vasos do útero placenta e estendidos pelo coágulo intrauterino que recobre o leito placentário (ZUGAIB; FRANCISCO, 2020).

A remoção desses coágulos intrauterinos após o término do trabalho de parto é um processo não fisiológico e deve ser evitado. A indiferença miometrial é caracterizada pela contração e relaxamento das fibras miométriais e ocorre nas primeiras horas pós-parto. Portanto, pode haver congestão e esvaziamento do útero, e o sangramento uterino depende principalmente do tromboembolismo. Esse estado de indiferença uterina pode ser prolongado em trabalho de parto, em múltiparas grandes e em útero hiper dilatado, como gestações múltiplas ou macrossomia, e até mesmo na presença de polidrâmio. As contrações uterinas fixas ocorrem no final deste período (após 1 hora), e o aumento do tônus uterino mantém a hemostasia pós-parto e ajuda o útero a retornar ao seu estado pré-gestacional (ZUGAIB; FRANCISCO, 2020).

3.3.2. Cesárea

A Cesária compreende a técnica de parto via cirurgia, pensada para garantir a segurança da mulher e do feto diante de complicações ou riscos que podem comprometer sua saúde. Dada a constatação de situações de risco para a morbimortalidade materno-fetal, o parto normal torna-se inseguro e a cesariana é indicada. Para a Organização Mundial da Saúde, a cesárea salva vidas, mas deve ocupar o percentual de 10 a 15% dos partos.(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021)

No ano de 2019, no Brasil, foram realizados 287.166 partos em planos de saúde, dos quais 84,76% foram via cesárea (BRASIL, 2021). A Organização Mundial da Saúde (2021) apresenta como realidade a crescente adesão e realização de cesáreas no mundo, alcançando 21% dos partos realizados em 2020, com perspectiva de aumento para 29% de todos os partos realizados até 2030. A indicação da cesárea eletiva é individual e deve considerar fatores de risco que comprometem o sucesso do parto vaginal. Dentre os fatores que levam a indicação da cesárea eletiva, pode-se mencionar a placenta prévia, apresentação pélvica, infecção por HSV ou HIV, gestação monoamniótica, primeiro gemelar não-cefálico e macrossomia fetal (PARO,

2019).

O diagnóstico da vasa prévia de placenta demanda o agendamento da cesárea entre a 34^a e 36^a semana de gestação. Já para as mulheres com apresentação pélvica que não foram submetidas a cesáreas anterior, sugere-se a Versão Cefálica Externa ou a cesárea a partir da 40^a semana ou ao entrar em TP. Para mulheres infectadas por HIV, a cesárea é recomendada com 38^o semanas e infecção por Herpes simples – HSV no terceiro trimestre da gravidez ou no momento do trabalho de parto, a depender de outros fatores individuais (PARO, 2019).

Já as indicações de intraparto e emergência consideram o deslocamento prematuro da placenta - DPP, a vasa prévia, o prolapso do cordão, a falha de progressão do parto e anormalidades de frequência cardíaca fetal. Nos casos de DPP é relacionada a cesárea dada a suspeita de DPP com sangramento anteparto com comprometimento materno-fetal. A vasa prévia exige cesárea de emergência e ressuscitação neonatal (PARO, 2019).

A cesariana exige cuidados pré-operatórios que devem ser seguidos rigorosamente para garantir maior chance de sucesso cirúrgico. Entre os preparos pré-operatórios, são indicados, para a cirurgia eletiva, banho, jejum de no mínimo 8 horas, clorexidina degermante 2% para desinfetar coxas e abdome, o cateterismo vesical com sonda de Foley, cujo calibre é padronizado por unidades, geralmente indicados nº12 ou 14, a tricotomia suprapúbica, a antisepsia com clorexidina alcoólica e colocação dos campos cirúrgicos (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

Para os processos pré-operatórios recomenda-se a não realização de depilação do abdômen púbico para a redução de riscos de infecções. Não é necessário realizar a sondagem vesical, com exceção em pacientes com procedimentos abdominais prévios. Já a embrocação vaginal com antisséptico previne a incidência de endometrite. É recomendada a antibioticoprofilaxia para todas as cesáreas, obtendo a redução de 60% da incidência de endometrite e de 25% de infecções em feridas pós-operatórias. Pode-se utilizar 2g de cefazolina em dose única, 60 minutos antes do procedimento da cesariana. Os procedimentos técnicos da cesárea passaram por intensas evoluções ao longo do tempo, otimizando padrões que impactaram na redução de sangramentos, morbidez de curto, médio e longo prazo, infecções e

mortalidade. É importante ressaltar que a equipe de reanimação neonatal deve estar presente durante a cesárea (MARTINS-COSTA, 2017).

Ao início do procedimento é realizada a anestesia da paciente por uso de pró-cinéticos como a metoproclomida e um inibidor de secreção gástrica. Considera-se, segundo Cunningham et al. (2021) que a anestesia neuraxial atinge os bloqueios sensitivos necessários para o procedimento cirúrgico. A raquianestesia, mais popular, é conhecida por menor risco de absorção de AL reduzindo risco materno-fetal. Já a anestesia geral é indicada em emergências obstétricas. Para o procedimento anestésico é necessária uma solicitação com horário previsto e identificação do obstetra. Assinarão o termo de consentimento, o anestesiolegista, a paciente e o seu representante legal. Antes da anestesia é necessário verificar a funcionalidade de todos os equipamentos e a disposição dos medicamentos utilizados, bem como, todos os exames e avaliação clínica da paciente.

No caso das cirurgias eletivas, o jejum deve ser observado, bem como, a indicação da higiene corporal. A enfermagem inicia o processo de venoclise e a monitorização com oxímetro de pulso e cardioscópio, a diurese e a pressão arterial. Administra-se antieméticos preventivos como a bromoprida, que como um medicamento procinético e antiemético auxilia para evitar vômitos e promove o esvaziamento gástrico. É administrado, também, antiácido venoso e feita a assepsia da região com álcool 70% (FERNANDES et al., 2011).

A técnica preferencial para a cesariana é a anestesia raquidiana. A paciente é orientada para permanecer sentada ou em decúbito lateral esquerdo, então, observando a saída do líquido, realiza-se a punção subaracnóide pelo acesso mediano em L2-3 com agulha descartável calibre 25. Administra-se, via raquidiana bupivacaína 0,5% hiper e morfina 80mcg. Administra-se Metaraminol 10mg, Efedrina 50mg e Etilefrina 10mg. Durante todo o processo é necessário verificar a adequação volêmica para estabilidade hemodinâmica (FERNANDES et al., 2011). A observação da enfermagem deve ser atenta no pós-operatório durante as primeiras 12 horas, sendo a sonolência e a respiração menor que 8 IRPM fatores de comunicação urgente para o obstetra responsável.

A técnica pré-operatória pode ser realizada pelo procedimento clássico, em que

há a incisão vertical na parte anterior da parede do útero até o segmento superior. Tal procedimento é indicado com a presença da placenta prévia, o feto é prematuro, há anormalidade fetal, há pouco desenvolvimento do seguimento inferior uterino ou a posição fetal é transversa (MOLDENHAUER, 2022).

O procedimento realizado pelo segmento inferior é caracterizado pela maior frequência de incisões no seguimento inferior. Para a remoção da reflexão vesical é feita uma incisão no segmento inferior na porção diluída, fina e alongada do corpo uterino. Entretanto, no caso de fetos muito grande ou anomalias é feita uma incisão longitudinal do segmento inferior (MOLDENHAUER, 2022).

Martins-Costa (2017) explica que entre as técnicas padronizadas para a cesárea estão Pfannenstiel-Kerr e a Misgav-Ladach. Entre as duas técnicas pode-se afirmar que enquanto a Pfannenstiel-Kerr é a mais popular, a Misgav-Ladach, de Joel-Cohen confere vantagens como menor tempo entre a incisão e o nascimento, na incidência pós-operatória de febre, necessidades de anestesia e tempo de internação.

A técnica de Pfannenstiel-Kerr inicia-se com a abertura a partir da incisão de 2 a 3cm acima da sínfise púbica, levemente curva com 8-12cm. A incisão prossegue pelo subcutâneo até a aponeurose do músculo, incisando transversalmente o músculo reto abdominal. Realiza-se a técnica de Kocher, segurando as bordas reto abdominais para a dissecação roma e instrumental do umbigo à sínfise púbica. Ao separar o músculo reto é exposto a fáscia transversa e o peritônio parietal, sendo seccionado verticalmente. Realiza-se a incisão com a tesoura Metzenbaum do peritônio visceral e o rebaixamento vesical. Colocação da válvula de Doyen, na região suprapúbica. A 2 cm da dobra vesicouterina é realizada a incisão do seguimento uterino estendida lateralmente com tesoura curva (MARTINS-COSTA, 2017).

O parto ocorre com a extração do concepto, orientando o occipital do concepto para a incisão. É retirada a válvula de Doyen e pressiona-se o fundo uterino conduzindo o feto de encontro a histerotomia. Desprende-se o polo cefálico e, delicadamente as outras partes do feto. É realizado o clampeamento do cordão umbilical e coleta-se o sangue do cordão. Pode-se realizar a manobra de Credé para auxiliar a saída da placenta, ou retirá-la manualmente, caso haja demora no desprendimento natural. Nesse momento, são administradas 10U EV de ocitocina diluída em 500 ml de solução glicosada a 40 gotas/min. Utiliza-se a pinça de Allis para

pinçamento das bordas da histerotomia e compressas cirúrgicas para limpeza da cavidade uterina (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Na dequitação há remoção manual da placenta, para a histerorrafia a incisão é reparada em duas camadas contínuas cruzando ou não os fios, o útero não é exteriorizado. O fechamento do peritônio parietal e visceral são com suturas contínuas, são utilizados 3 -4 pontos e a aponeurose é fechada com sutura contínua com cruzamento de fios. O tecido subcutâneo é fechado com pontos separados e a pele pode receber pontos intradérmicos (MARTINS-COSTA, 2017).

A técnica de Misgav-Ladach tem início com a incisão transversal da pele em 4,4cm acima da sínfase púbica de 15 a 17cm. Há o afastamento do tecido subcutâneo e pequena incisão da aponeurose dos músculos retos abdominais. A aponeurose é aberta em duas fibras, separando os músculos por tração carniocaudal. Sendo aberto digitalmente, o peritônio parietal é esticado na direção carniocaudal. Há a incisão do segmento uterino em 2cm. A dequitação é feita com a remoção da placenta por tração controlada de cordão e a histerorrafia é feita com o reparo da incisão em duas camadas, cruzando ou não os fios (MARTINS-COSTA, 2017).

Para o fechamento, não são fechados os peritônios visceral e parietal, nem há a aproximação dos músculos. A fáscia é fechada sem cruzar os fios, por sutura contínua e a pele é fechada por suturas separadas, 3 pontos com margens de uma pinça Allie por cinco minutos (MARTINS-COSTA, 2017).

A conduta pós-operatória envolve a ocitocina e hidratação venosa por 12 horas após o parto. A ocitocina é administrada em 5U diluída em 500 ml de solução glicosada a 40 gotas/min. A dieta passa por períodos, sendo nas primeiras 6 horas não ingerido nenhum alimento. Conforme a aceitação da paciente, mantém-se uma dieta branda a partir de 6 a 8 horas. A sonda vesical é retirada após 12 horas, liberando a paciente para banhar-se com auxílio. De 12 a 24 horas o curativo é aberto, são administrados fármacos de analgesia, como a dipirona a cada 6 horas em 2ml IV e diclofenaco sódico em 75mg IM (CARVALHO; BIANCHI, 2016).

Um dos principais aspectos da percepção da paciente quanto ao pós-operatório é a dor, para a maioria dos casos, a dor se mostra aguda sendo relacionada ao processo do trauma ao dano tecidual como resposta inflamatória. A dor, assim, é causada pelos danos provocados nos tecidos, surgindo repentinamente. As

medicações para a dor em mulheres no pós-operatório de cesárea devem obedecer a padrões rigorosos, pois, os fármacos podem chegar ao bebê, pelo aleitamento, o que se torna prejudicial para o seu desenvolvimento. É papel da enfermagem atuar para a boa administração de fármacos e práticas que possam trazer mais conforto e alívio da dor (FERREIRA et al., 2021).

A dor é um dos fatores que interferem no sucesso da amamentação, pois, como revelam Ferreira *et al* (2021) quanto maior a intensidade da dor experimentadas pelas mulheres no pós-parto maior o risco de interrupção do aleitamento materno exclusivo. A paciente deve permanecer internada pelo período de 48 a 72 horas, a revisão é realizada de 30 a 40 dias, sendo os pontos retirados no período de 7 a 20 dias após a cirurgia (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

3.4. COMPLICAÇÕES NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO

O parto a partir de sua medicalização gerou questões que emergem respostas para que as mulheres possam gerar seus filhos com maior segurança, pois, as inúmeras intervenções no parto vaginal, levam a defesa de que o parto cirúrgico, por cesárea é a melhor opção, por ser menos doloroso, previsível e rápido, bem como, atuar por conhecimentos e procedimentos específicos da medicina. Tal cenário de receios quanto ao parto vaginal, natural à mulher, pode ser desmistificado frente a um atendimento humanizado que priorize o protagonismo da mulher, por meio do conhecimento sobre os procedimentos do parto, sua condição clínica e as consequências de cada escolha (BRASIL, 2001).

O período do parto e do puerpério são fundamentais para que sejam evitados os fatores que podem levar ao óbito mãe e feto. O risco se torna aumentado para a cesariana indicada durante o trabalho de parto, pela possibilidade de infecções puerperais. Tal procedimento é realizado diante da condição não tranquilizadora fetal (COSTA-MARTINS, 2017). Segundo estimativa revelada por Costa-Martins (2017) das 303 mil mortes maternas registradas no ano de 2015, a maioria estava relacionada ao parto, a maior parte dos motivos que levaram as mulheres ao óbito poderiam ser evitados dada a maior qualificação da atenção médica e da enfermagem, pois, os partos hospitalares, dada as possibilidades de intervenções emergenciais possibilitam a redução a morbimortalidade perinatal.

3.4.1 Riscos de complicações nos Períodos clínicos do parto

Os riscos para o primeiro período clínico do parto é a ruptura das membranas fetais, pois, caso a mulher não inicie o trabalho de parto na sequência, após seis a 12 horas assume-se o risco de infecções. A gestão dos cuidados da enfermagem para tal risco é a indução do parto, a partir da constatação da maturação dos pulmões do feto e do avanço da gestação para mais de 34 semanas (PATRIOTA; GUERRA; SOUZA, 2014).

Já em mulheres com menos de 34 semanas de gravidez e sem maturação pulmonar fetal, são observadas complicações por corioamnionite, sepse neonatal, mortalidade perinatal e de gestantes, em menor escala. O estudo de Patriota, Guerra e Souza (2014) revelou que se constata, ainda, elevada taxa de complicações e óbitos perinatais, com menor prevalência de morbidade e mortalidade materna.

As intervenções para a ruptura das membranas fetais pré-termo recebe atenção em práticas interventivas associadas, como a a corticoterapia, para a aceleração da maturidade pulmonar, a tocólise, em vista da interrupção do trabalho de parto dada a situação de prematuridade do feto e a antibioticoterapia, para aumentar o período de latência e evitar infeções (PATRIOTA; GUERRA; SOUZA, 2014).

Outra complicação do primeiro período clínico é o sangramento vaginal, que deve ser determinado em suas causas, para a compreensão se representam riscos ou não. Para as parturientes que apresentam risco habitual é permitida alimentação pobre em resíduo, porém, caso haja restrição de ingestão oral, realiza-se a hidratação intravenosa. Deve-se monitorar a vitalidade fetal a cada 30 minutos considerando as contrações e, em caso de alto risco, recomenda-se a monitoração contínua, além do toque vaginal realizado na admissão e a cada quatro horas no primeiro estágio (STEIBEL; TRAPANI, 2018).

No segundo período clínico a episiotomia deve ser realizada com cautela, pois é destinada aos partos com risco perineal, distocia dos tecidos moles ou situação fetal não tranquilizadora. Para os procedimentos de rotina em partos instrumentalizados ou em distocia de ombros não é indicada, porém, pode ser necessária. A pressão manual do fundo uterino, também, não é recomendada (CARVALHO; SILVA, 2019).

Como fatores de risco intraparto, se tem o trabalho de parto prolongado ou precipitado, laceração vaginal grave, parto realizado por meio de instrumentos, como o fórceps, deslocamento placentário prematuro, placentação anormal, entre outros (PADILHA et al., 2020). De acordo com a OPAS (2018), a identificação dos fatores de risco é uma ação de assistência fundamental, que possibilita a oferta de atendimento especializado e diferenciado de acordo com as necessidades da paciente.

Para máxima eficiência, deve-se promover a estratificação de risco no momento da internação, caso já não realizada durante o acompanhamento pré-natal. A avaliação de risco deve considerar múltiplos fatores, como o histórico e condições obstétricas desenvolvidas, fatores genéticos, fatores físicos e sociais e com à quantidade de partos vaginais já foram realizados pela gestante (OPAS, 2018).

O pré-operatório da cesárea apresenta riscos que devem ser observados pela obstetrícia, como a lesão dos grandes pedículos vasculares, abertura da bexiga, a lesão de ureter, aderências, lesão da alça intestinal, acretismo placentário, atonia uterina e a difícil extração do feto (ELEUTÉRIO et al., 2014).

No terceiro estágio do período clínico do parto, correspondente a dequitação placentária e a liberação da placenta, recomenda-se o manejo ativo reduzindo a grave perda sanguínea, com a infusão de ocitocina 10U logo após a saída dos ombros, de forma que a tração controlada do cordão auxilia para prevenir a Hemorragia pós-parto (STIEBEL; TRAPANI, 2018).

Durante o procedimento de fechamento da cesareana é necessário proteger com compressas em cada goteira parietocólica o andar superior dado a abertura da cavidade peritoneal. As principais complicações para o parto por cesárea são a infecção, hemorragia e tromboembolismo. As complicações com anestésias são mais frequentes em cesáreas do que em partos vaginais. Para as mulheres que são submetidas às cesáreas repetidas vezes, os riscos de complicações são aumentados (CUNNINGHAM et al., 2021).

No quarto estágio do parto, a primeira hora é determinante, sendo o acompanhamento indispensável para verificação da pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, altura e tônus uterino e quantidade de sangramento vaginal. Os sinais vitais são verificados na primeira hora e, depois, pelas primeiras 24 horas realiza-se o acompanhamento dos fatores descritos (STIEBEL; TRAPANI, 2018).

O pós-operatório da cesariana pode ser acompanhado de complicações como as infecções da ferida ou do trato urinário, a atonia uterina, atelectasia,

pneumonia, a coagulopatia, a apendicite aguda, a trombose venosa profunda ou o tromboembolismo pulmonar, a infecção puerperal e a síndrome de oligúria (ELEUTÉRI et al., 2014).

3.4.2. Riscos de complicações da anestesia

Deve-se considerar, também, os riscos da anestesia. Associa-se como complicação da anestesia obstétrica neuraxial, o dano nervoso relacionado a parestesia ou inserção da agulha. É importante acompanhar pacientes que já sofreram dano nervoso, estima-se que a recuperação seja completa. Como complicação rara se tem o hematoma dos canais epidurais e espinhais apresentando-se com dor nas costas e déficits motores e sensoriais (HUDA, 2019).

Entre as complicações resultantes da anestesia neuraxial há a incidência de dano permanente a paciente relacionados à obstetrícia. A cefaleia pós-punção dural é relacionada a punção dural não intencional com agulha Tuohy com baixa incidência de ocorrências. O vazamento do líquido cefalorraquidiano causa uma pressão intracraniana, sendo as ações interventivas associadas ao repouso, manejo de analgésicos e gânglio esfenopalatino (HUDA, 2019).

Relaciona-se, também, como complicação da anestesia, o abscesso epidural resultado da semeadura bacteriana hematogênica contaminando a flora da pele ou o espaço epidural. Entre os sintomas mais comuns, estão a pirexia, sinais de compressão de medula, mal-estar e dor nas costas (HUDA, 2019).

Barizon (2014) esclarece que a permanência da paciente na sala de recuperação pós-anestésica demanda intervenções e monitoramento constante da equipe de enfermagem, avaliando, com base nos dados clínicos da paciente, a regressão do efeito anestésico e as consequências do trauma cirúrgico. Deve, então, avaliar os sinais respiratórios, como na oximetria de pulso evidências de hipoxemia e saturação de oxigênio no sangue <90%, pressão parcial de dióxido de carbono arterial em ≥ 50 mm Hg gerando hipoventilação e obstrução das vias aéreas.

A enfermagem, irá observar o posicionamento da cânula de Guedel e o fornecimento adequado de oxigênio ao paciente e, se necessário, administração de antagonistas dos efeitos dos relaxantes musculares. É necessário realizar a manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico, relatando a quantidade de líquido eliminado

na urina, nos vômitos e drenagens. Tanto as intervenções quanto a progressão de respostas do paciente devem ser cuidadosamente registradas para avaliação posterior (BARIZON, 2014).

3.4.3. Infecções

Entre as infecções resultantes da cirurgia, Cruz (2013) afirma que é todo processo infeccioso inflamatório da cavidade operada ou da ferida que drene secreção purulenta. Seu surgimento pode ser atribuído a presença de germes que pode levar a uma infecção no tecido subcutâneo. O tempo de realização da cirurgia e a exposição ao meio externo são determinantes para a prevenção das infecções operatórias.

Zimmermann et al. (2018) afirma que as infecções decorrentes do procedimento cirúrgico da cesariana variam em percentual de 3% e 15%, podendo ocorrer até 30 dias posterior a cirurgia. A infecção do sítio cirúrgico é classificada em superficial, profunda e de órgão. As infecções prolongam o tempo de internação, sendo correspondentes a 38% do total de infecções hospitalares. Entre seus fatores de risco relaciona-se as categorias inerentes ao paciente e aos fatores ambientais. Como forma de prevenção é necessário atuar por um rigoroso protocolo de assepsia.

Duarte et al. (2014) afirmam que enquanto no parto vaginal as complicações decorrentes de infecções têm prevalência de 0,8%, nas cesáreas, a prevalência é de 2,8%, o que demonstra a necessidade de maior atenção ao pós-parto cesariano, prevenindo, controlando e reduzindo as infecções que podem acometer as puérperas. Nesse sentido, deve haver a avaliação constante dos sinais vitais, com foco na temperatura que deve ser mantida em 38°. As ações de educação para os cuidados da puérpera devem ser constantes, auxiliando na prevenção das infecções após a alta hospitalar.

3.4.4. Trombose Venosa

A formação de trombos nos vasos venosos é caracterizada como a trombose venosa, geralmente (prevalência de 80 a 95% em membros inferiores) que pode acometer puérperas. A trombose venosa pode evoluir para a embolia pulmonar,

sendo esta uma das principais causas de morte materna evitável. Os fatores dependentes da trombose venosa são medidos pela Tríade de Virchow, sendo a hipercoagulabilidade, a lesão endotelial e a estase venosa. Os riscos são para cesáreas, gestantes acima de 35 anos, longa permanência no leito, a multiparidade e a gestação gemelar (PANASSOL; RAVELLI; SKUPIEN, 2020).

A enfermagem atua identificando os fatores de risco para a trombose venosa por meio da anamnese e exame físico, o que auxilia para as práticas de prevenção e ações interventivas rápidas que evitam a morte materna. O exame físico deve avaliar os sinais de Homan e Bandera positivo “[...] pela dor na panturrilha, sendo este um sinal sugestivo de TVP e que deve ser considerado para o diagnóstico clínico da mesma” (PANASSOL; RAVELLI; SKUPIEN, 2020, p.73).

Evidencia-se, assim, que é pela atuação atenta e integral da enfermagem que podem ser identificados previamente os sinais de risco da trombose venosa, considerando que o ciclo gravídico-puerperal já é um dos fatores de risco para o desenvolvimento da complicação e riscos e mortalidade materna.

3.4.5. Sangramentos e Hemorragia

A atonia uterina pode ocorrer tanto no parto vaginal quanto na cesariana, sendo a perda da capacidade de contração uterina, gerando maior risco de hemorragia pós-parto. Os fatores de risco se concentram na faixa etária da parturiente, abaixo de 20 anos ou acima de 40 anos, útero bicorno e presença de miomas, obesidade e gestação gemelar. A atonia uterina é prevenida pela administração de ocitocina no terceiro período do parto. A contração uterina, após a saída da placenta, promovendo a hemostasia que previne sangramentos (MARTINS-COSTA, 2017).

Dentre as complicações mais graves do parto, menciona-se a hemorragia pós-parto - HPP, patologia considerada emergência obstétrica, em que há elevada presença de sangue após o parto (DIAS; PEREIRA; CABRAL, 2019). A HPP significativa ocorre quando há perda de mais de 500ml de sangue pela via genital em parto vaginal, mais de 1L nas primeiras 24hrs após o parto via cesariana ou qualquer sangramento genital que cause instabilidade hemodinâmica. Enquanto a HPP grave ou maciça, ocorre com o sangramento dentro das primeiras 24hrs após o parto, por

qualquer via, em quantidade que supere 2L de sangramento, ou que necessite de imediata transfusão de sangue de ao menos de 1,2L (ARAÚJO, 2019).

A ação de estratificação dos fatores de risco consiste em classificar fatores de baixo, médio e alto risco de HPP e diante do caso concreto, definir o grau de risco da paciente, para tratá-la de modo adequado. Considera-se fatores de baixo risco: a ausência de histórico de HPP; a prévia realização de três ou mais partos vaginais; o fato de a gravidez ser a primeira e a ausência de cicatriz uterina (OPAS, 2018).

Os fatores de médio risco são: cirurgia uterina prévia ou cesariana, hipertensão gestacional leve, mais de quatro partos vaginais, obesidade materna, pré-eclâmpsia leve, superdistensão uterina, corioamnionite e histórico de hemorragia obstétrica (DIAS; PEREIRA; CABRAL, 2019).

Considera-se fator de alto risco: placenta prévia ou baixa, pré-eclâmpsia grave, hematócrito, sangramento ativo, deslocamento placentário prematuro, uso de anticoagulantes e acretismo (ARAÚJO, 2019). Ainda, a presença de dois ou mais fatores de médio risco, considera-se alto risco, assim como a presença de dois ou mais fatores de baixo risco, configura quadro de médio risco.

Para quadro de baixo risco, é recomendado o manejo ativo do terceiro estágio do parto, observação rigorosa e incentivar a presença de acompanhante no quarto para aumentar o nível de observação e monitoramento, a fim de identificar quaisquer sinais de alerta. Para quadros de médio risco: manejo ativo do terceiro estágio, observação rigorosa, presença de acompanhante, avaliação do acesso venoso periférico, realização de hemograma e tipagem sanguínea. Para quadros de alto risco: Todos os procedimentos realizados nas fases anteriores, além da realização de prova cruzada e reserva de sangue (ARAÚJO, 2019).

Os cuidados prestados ao paciente são complexos e realizados em colaboração multidisciplinar, medidos em sua qualidade pelos parâmetros da equidade, da eficiência, da aceitação e legitimidade. Como um dos tributos da qualidade no atendimento, considera-se a segurança do paciente, sendo essa, uma das dimensões do processo do cuidar (TOLEDO et al., 2019).

4. MÉTODOS

4.1. ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa não visa a representatividade numérica, mas a uma compreensão mais profunda de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores qualitativos se opõem à suposição de que existe um único modelo de pesquisa para todas as ciências, porque as ciências sociais têm sua própria especificidade, o que pressupõe sua própria metodologia. Assim, pesquisadores que confiam em métodos qualitativos rejeitam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos, nem permitir que preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1999).

De acordo com Neves (1996), a pesquisa qualitativa tem diferentes significados nas ciências sociais. Inclui um conjunto de diferentes técnicas interpretativas (entrevista não-estruturada, entrevista semiestruturada, observação participante, observação estruturada, grupo focal) que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados.

Os pesquisadores que utilizam métodos qualitativos procuram explicar por que as coisas são feitas, expressando o que precisa ser feito, mas não quantificam valores e trocas simbólicas, nem se submetem ao teste dos fatos, pois os dados analisados são não métricos (e licitação e interação) e utilizam abordagens diferentes. Na pesquisa qualitativa, o cientista é tanto o sujeito quanto o objeto de sua pesquisa. A evolução da pesquisa é imprevisível. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é produzir informações profundas e ilustrativas: quer a amostra seja pequena ou grande, o importante é que ela seja capaz de produzir novas informações (DESLAURIERS, 1991, p. 58).

Os métodos qualitativos descrevem uma relação entre o objetivo e os resultados que não podem ser interpretados pelos números, qualificando assim como pesquisa descritiva. Todas as interpretações dos fenômenos são analisadas indutivamente (FERNANDES, 2009).

4.2. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em formato descritivo e de campo na qual visa detalhar as características de uma população, eventos ou o estabelecimento de relações entre variáveis. No meio das pesquisas descritivas, se destacam aquelas que têm o objetivo de estudar as características de uma população, bem como sua distribuição por idade, sexo, escolaridade, entre outros (GIL, 2008).

No presente trabalho será utilizado o método da pesquisa de campo para coleta de dados. A pesquisa de campo se concentra no estudo de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e outras pessoas. É um procedimento reflexivo e crítico, buscando observar e discutir as ações da equipe de Enfermagem nos Períodos Clínicos do Parto. Envolve observação, perguntando como se chega aos fatos, seguindo uma visão analítica, seguindo uma estratégia.(GIL, 2008)

4.3. LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto em um Hospital do Sul Catarinense.

4.4. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população alvo deste estudo foram 15 profissionais que compõem a equipe de Enfermagem e que atuam no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto no Hospital do Sul Catarinense.

4.5. CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão utilizados na pesquisa foram Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem que compõem a equipe de Enfermagem e que atuam no

Centro Obstétrico e no Alojamento em Conjunto do Hospital do Sul Catarinense.

4.6. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Profissionais da equipe de Enfermagem que não atuam no Centro Obstétrico e no Alojamento em Conjunto do Hospital do Sul Catarinense.

4.7. PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se a partir do momento em que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNESC, sob o número 5.502.267. Após a aprovação foi realizado contato com a coordenação do Hospital para que a pesquisa fosse iniciada. Após repassada a informação sobre a aprovação da pesquisa foi realizada uma reunião com a Enfermeira Coordenadora do setor do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto para definir horários e dias para estar realizando a pesquisa sem que comprometesse o fluxo de atendimento dos setores.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi uma entrevista estruturada contendo 11 perguntas, seguindo um roteiro para identificar os pontos necessários para a pesquisa. Inicialmente, foi realizado um convite para a equipe de Enfermagem que atua no Centro Obstétrico e no Alojamento em Conjunto para participar da pesquisa, onde eles tinham acesso ao formulário de consentimento livre e esclarecido. A apresentação e coleta do formulário de consentimento livre e esclarecido assinada pelo participante ficou de responsabilidade do pesquisador.

A entrevista foi conduzida individualmente, em local privado, em horário acordado com a Enfermeira Coordenadora dos setores. O recurso de áudio (gravador portátil) foi usado para gravar os discursos e depois transcrito. As informações resultantes das entrevistas foram armazenadas em um laptop e em uma chave USB pertencente aos autores da pesquisa.

Desta forma, os dados coletados foram avaliados através da análise do discurso coletivo do sujeito. Segundo Lefèvre & Lefèvre, (2000), o Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação dos resultados da pesquisa qualitativa, que tem como material principal os testemunhos, na forma de um ou mais discursos sintéticos escritos na primeira pessoa do singular, um arquivo que visa expressar o

pensamento de um coletivo, como se este coletivo fosse o transmissor de um discurso. Esta técnica consiste em selecionar, a partir de cada resposta individual a uma pergunta, as expressões-chave, que são os fragmentos mais significativos destas respostas. Estas expressões-chave correspondem a ideias centrais que são uma síntese do conteúdo discursivo expresso nas expressões-chave.

Portanto, a partir da coleta de dados, obtive a perspectiva de interpretar o tema estudado entre a equipe.

4.8. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi aplicado como instrumento para coleta de dados uma entrevista com 11 questões abertas. Com esse instrumento identificou-se as ações da equipe de Enfermagem nas complicações durante os Períodos Clínicos do parto, e assim contribuiu para uma melhor assistência às mulheres. Compreendeu-se a importância da assistência da equipe de Enfermagem nos casos de complicações nos períodos clínicos do Parto e identificou quais são as assistências realizadas pela a equipe de Enfermagem, sendo possível compreender as maiores dificuldades da equipe de Enfermagem e identificar os pontos positivos e negativos que a equipe de Enfermagem obteve após a pesquisa.

4.9. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. Este é um método que visa estudar e analisar objetiva e sistematicamente a comunicação, trabalhando não apenas com o texto em si, mas também com os detalhes do contexto em que ele é colocado, e pode ser aplicado a "qualquer forma de comunicação: emissões de televisão e rádio, artigos de jornal, livros, materiais publicados em sites institucionais, poemas, conversas, discursos, cartas, receitas". (MARTINS; THEÓPHILO, 2016, p. 95). Como explica Bardin (1997, p. 70):

[...] um conjunto de instrumentos metodológicos, cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a discursos (conteúdos e

continentes) extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforços de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade.

A análise de conteúdo envolve três fases: a) organização, b) codificação, e c) categorização. A fase de organização ou análise preliminar envolve a coleta e organização do material relacionado ao tema, separando o que é útil do que não é. Esta etapa envolverá a revisão de livros, artigos e documentos que são relevantes para responder ao problema de pesquisa apresentado. Assim, como escreve Bardin (1977, p. 95), "[...] esta primeira fase tem três tarefas: selecionar documentos para análise, formular hipóteses e objetivos, e desenvolver indicadores para apoiar a interpretação final. Nesta fase, o pesquisador deve conduzir uma "leitura flutuante" dos documentos selecionados, ou seja, uma familiarização preliminar com o material é um esforço para lê-lo.

A próxima etapa foi a codificação, na qual os dados brutos extraídos dos textos selecionados foram transformados em informações significativas, permitindo uma descrição precisa das características do conteúdo. Os materiais foram agrupados em categorias, de acordo com os critérios que os definem. "Por exemplo, o discurso pode ser classificado como otimista ou pessimista, liberal ou conservador. As categorias devem ser exaustivas e mutuamente exclusivas. O quadro de referência é derivado de uma análise da frequência das categorias". (MARTINS; THEÓPHILO, 2016, p. 99).

A etapa final foi a categorização. O processo de categorização pode ser definido como a operação de classificar os elementos de um conjunto, diferenciando e depois reagrupando por gênero. Neste caso, os dados coletados foram categorizados por diferenciação e agrupamento das unidades contextuais encontradas na fase anterior (BARDIN, 1977).

4.10. ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 196/96 e 466/12, do

Conselho Nacional de Saúde (CNS). e acordo com a Resolução 466/12 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2012, p.2).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01). A Resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem foram assegurados aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa. A pesquisa em seres humanos foi realizada com dignidade, respeito e defendendo a vulnerabilidade do participante. Na pesquisa foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa.

Como benefícios, foram adotados todos os cuidados para enfrentamento da pandemia Covid-19 utilizando os EPIs como: álcool gel, máscaras, luvas e distanciamento para a aplicação dos instrumentos avaliativos; não aglomeração de reclusos no mesmo horário para a preservação do sigilo; foi aplicado instrumento individuais preservando a sua participação; e não houve risco com resíduos biológico e resguardo de todo conteúdo encontrado.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 15 profissionais que compunham a equipe de enfermagem no setor do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto em um Hospital do Sul Catarinense, sendo o total de 12 técnicos (a) de Enfermagem e 03 Enfermeiros (as). Sendo assim atuam no setor do Centro Obstétrico N= 05 técnicas de Enfermagem, berçário e Centro Obstétrico N= 03 técnicas de Enfermagem e Alojamento Conjunto N= 04 técnicas de Enfermagem, e 03 Enfermeiros(as) que ficam responsáveis durante os seus turnos dos três setores.

Foi realizada uma entrevista estruturada com os profissionais que compunham a equipe do setor para identificar quais seriam as ações da Equipe de Enfermagem nos Períodos Clínicos do Parto.

A análise dos dados foi realizada a partir do conteúdo, com a categorização dos dados. Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo parecer 5.502.267, iniciou-se a coleta de dados e compilação dos resultados, gerando as categorias norteadoras da pesquisa.

Categoria I: Categorização dos participantes.

Categoria II: Complicações do Parto.

Categoria III: A sistematização da assistência de Enfermagem e a gestão do cuidado nas complicações no período clínico do parto.

Categoria IV: Discussão de casos e mecanismos de prevenção.

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra "E" para os profissionais Enfermeiros e letra TE para os profissionais de técnico de Enfermagem que atuam no Alojamento conjunto e Centro Obstétrico, seguido do respectivo número de participantes.

Categoria 1- Caracterização dos participantes.

Durante a realização da pesquisa foi observado que os entrevistados são 14 do sexo feminino e 01 do sexo masculino.

Dos profissionais técnicos de Enfermagem que atuam no setor do Centro Obstétrico um possui especialização de técnico de enfermagem em APH (Atenção Pré-Hospitalar) e um possui curso técnico em massoterapia, o restante não possuem nenhum tipo de curso ou especialização, dos profissionais que atuam no berçário juntamente com o centro obstétrico dois profissionais contem curso de aleitamento materno e um possui a graduação de Enfermagem e está realizando a especialização de punção venosa e feridas, dos profissionais que atuam no setor do Alojamento Conjunto uma profissional é bombeira comunitária e o restante dos profissionais não contém especialização ou curso técnico além do técnico de Enfermagem. Dos profissionais Enfermeiros responsáveis pelo setor um profissional possui especialização em UTI com pacientes Críticos Intensivos, um possui especialização em obstetrícia neonatal e Enfermagem do trabalho, e um não possui nenhuma especialização ou curso técnico além da graduação de Enfermagem, conforme demonstrado no Quadro 1.

A idade dos profissionais que atuam nos setores da obstetrícia está na faixa de 22 há 58 anos, o tempo de formação está entre 08 meses há 26 anos, e o tempo de atuação nos setores variam entre os profissionais, tendo 07 profissionais atuando entre 01 há 8 meses, 3 profissionais atuando há 01 ano, 2 profissionais atuando há 2 anos, 01 profissional atuando há 4 anos e 01 profissional atuando há 07 anos no setor.

Quadro 1- Descrição da caracterização dos participantes

Participante	idade	sexo	Tempo de formação	Tempo de atuação no setor	Especialização/ Curso
TE- 1	48 anos	Feminino	22 anos como técnica e 11 anos como Enfermeira	21 dias.	Graduação de Enfermagem, especialização em punção venosa e feridas em andamento.
TE-2	44 anos	Feminino	17 anos	1 mês.	Curso técnico de aleitamento materno.
TE- 3	23 anos	Feminino	3 anos	9 meses.	Curso técnico em aleitamento materno.
TE-4	54 anos	Feminino	13 anos	4 anos.	Técnica em Massoterapia.
TE- 5	45 anos	Feminino	25 anos	2 anos	Curso técnico em imobilização ortopédica e instrumentador cirúrgico.
TE- 6	32 anos	Feminino	12 anos	1 ano e 6 meses	Não possui.
TE-7	50 anos	Feminino	19 anos	2 anos	Curso técnico em Atenção Pré Hospitalar.
TE- 8	32 anos	Feminino	6 anos	1 ano	Não possui.
TE- 9	51 anos	Feminino	25 anos	2 meses	Não possui.
TE-10	27 anos	Feminino	01 ano	11 meses	Não possui.

TE-11	47 anos	Feminino	26 anos	7 anos	Não possui.
TE-12	58 anos	Feminino	20 anos	1 mês	Bombeira Voluntária.
E-1	44 anos	Masculino	17 anos	7 meses	Pós graduação em UTI e pacientes críticos.
E-2	30 anos	Feminino	10 anos	1 ano e 2 meses	Obstetrícia e Neonatologia e Enfermagem do Trabalho.
E-3	22 anos	Feminino	8 meses	6 meses	Não possui.

FONTE: Autora (2022).

Segundo Hoffmann et al. (2019) a Organização Mundial de Saúde recomenda a participação da enfermeira(o) obstetra durante o parto, tomando como referência os cuidados, e não a intervenção. A enfermeira obstetra tem uma participação ativa no trabalho de parto incentivando, empoderando esta mulher e seu companheiro durante todo o processo. Com um papel fundamental no cuidado e acolhimento às mulheres em trabalho de parto. Incentivando o diálogo, oferecendo apoio, conforto, compreensão, e estabelecendo uma relação de confiança que ameniza o tão temido medo do parto.

Um estudo realizado por Bezerra et al. (2018) refere que assistências envolvendo enfermeiros obstetras associam-se a menores taxas de intervenções e em maior satisfação das mulheres. Uma pesquisa realizada pela Universidade de Oxford concluiu que nenhum país reduziu a mortalidade materna sem investir na capacidade das obstetras e/ou das enfermeiras obstetras.

O predomínio da enfermagem na assistência obstétrica reforça a sua importante contribuição no que se refere à prática assistencial. Destacam-se em alguns estudos condutas que se apoiam na humanização da assistência, como o direito a acompanhante, liberdade de posição e movimento, utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, baixa prevalência de episiotomia e de toques vaginais

sucessivos, além de se evitar hospitalizações precoces (BEZERRA et al., 2018).

As ações relacionadas ao planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem são atribuições privativas do enfermeiro, asseguradas na Lei nº 7.498/1986 que regulamenta o exercício profissional de enfermagem no Brasil. Entende-se que a gestão em enfermagem seja um conjunto de atividades gerenciais e assistenciais, caracterizadas pelo exercício da liderança, de tal modo que a influência atinja todos os liderados. Isto ocorre desde a realização dos procedimentos técnicos, na elaboração de critérios de qualidade nas principais decisões tomadas (HOFFMANN et al., 2019).

Ressalta-se também a importância do papel do enfermeiro gestor, a assistência do enfermeiro obstetra dá se a partir do planejamento, organização, coordenação e o controle desenvolvido pelo gestor do setor. Esta gestão proporciona para as parturientes, gestantes e puérperas um atendimento seguro, com uniformidade e continuidade (HOFFMANN et al., 2019).

Segundo Souza et al. (2018). Um profissional com especialização em obstetrícia eleva a qualidade da assistência, visto a prática exercida por profissionais com uma bagagem acadêmica mais robusta fundamentada na prática, preparados para situações do cotidiano, ou seja, promove mudanças nos cenários de atividade onde estão inseridos e sua implementação contribui com a promoção do cuidado integral, mesmo frente os desafios enfrentados.

Conforme o quadro 1 mostra, o setor da maternidade possui apenas uma Enfermeira Obstetra para todo o setor, que atua no setor em dias e horários comerciais, portanto em período noturno e final de semana os Enfermeiros responsáveis pelo setor estão responsáveis por outros setores ao mesmo tempo, e não possui nenhuma formação na área da obstetrícia e nem experiência, sendo assim todo o processo de consulta de Enfermagem e atendimento de enfermagem na obstetrícia do setor fica por conta das técnicas de enfermagem e enfermeiros gerais, que cuidam de outros setores, aumentando o atendimento medicalizado, pois sobra médico para o atendimento e falta Enfermeiro.

Desta maneira observa-se que um centro obstétrico necessita de enfermeiro obstetra presente nos turnos de trabalho. A assistência ao parto e a gestão do setor sem a presença do mesmo em período integral resulta em atendimento ineficaz.

Categoria 2 - Complicações no Parto

O objetivo desta categoria foi identificar as principais complicações assistenciadas pela equipe e quais são as suas dificuldades diante da assistência nos Períodos Clínicos do Parto. A entrevista ocorreu de forma individual buscando a singularidade de cada entrevistado na sua assistência e forma de visualizar as complicações e dificuldades.

Para a identificação das principais complicações a pergunta utilizada foi: Quais as principais complicações assistenciadas pela equipe de Enfermagem nos Períodos Clínicos do Parto?

Hemorragia pós parto

Dos 15 profissionais entrevistados apenas um profissional E3 não relatou quais seriam as principais complicações que a equipe presta assistência, o mesmo relatou que não tinha sido chamado para nenhuma complicação até o momento e não saberia opinar.

Entre os entrevistados 8 responderam que as principais complicações assistenciadas por eles seria a hemorragia pós parto. Sendo eles TE1, TE5, TE6, TE9, TE10, TE11, TE12 e E2.

TE9- “ Pegamos muito sangramento excessivo pós parto.”

TE2- “ Temos sangramento após o parto”

TE10- “ Temos sangramento excessivo pós parto”

TE5- “ Hemorragia pós parto”

E2- “ Hemorragia pós parto”

TE6- “ Hemorragia pós parto”

TE11- “ Temos aqui é o sangramento pós parto”

TE12- “ O que a gente mais tem aqui com as mães são as hemorragias”

Macedo e Lopes (2018) relata que a hemorragia pós-parto é a principal causa de morbimortalidade materna no mundo, sendo responsável por cerca de 25% dos óbitos maternos mundiais, tratando-se, pois, de uma condição potencialmente grave e importante para a saúde pública. No Brasil, de 2000-2009, ocorreram 16.520

óbitos maternos, com taxa de mortalidade materna de 54,83 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, muito aquém do que a OMS considera razoável (20 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos).

Tem-se observado que, no Brasil, apesar da ampliação de acesso aos serviços médicos e da melhoria dos indicadores de saúde materna, a hemorragia continua entre os três principais grupos de causas de morte no ciclo grávido puerperal, sendo a atonia uterina e as anormalidades da placenta etiologias específicas mais frequentes (OLIVEIRA; DAVIM, 2019).

Segundo um dos entrevistados na pesquisa TE11 “ Assistenciamos a atonia uterina”. Sabe-se que a principal etiologia é a atonia uterina seguida de lacerações do canal de parto, retenção de restos placentários e distúrbios de coagulação.

A atonia uterina ocorre quando a contratilidade da musculatura do útero é ineficaz no período pós-parto imediato. O diagnóstico se dá através da percepção da ausência do globo de segurança de Pinnard, associado à presença de sangramento genital, além da instabilidade de sinais vitais como hipotensão arterial (MAYAN et al., 2018).

Colocam a atonia uterina, dentre todas as outras causas de hemorragia no puerpério, como a que mais causa morbimortalidade, por ocorrer com maior frequência (MAYAN et al., 2018).

Segundo com fatores de risco para a ocorrência das HPP, são evidenciados os seguintes fatores: hiperdistensão uterina, mais evidente em polidrâmnio, gestação gemelar e macrossomia fetal; condições que comprometam a contração e a retração uterinas, como a presença de miomas uterinos, a hipoproteinemia e a multiparidade; a obesidade; a hemorragia pós parto em gestação anterior e a idade materna acima de 35 anos (OLIVEIRA; DAVIM, 2019).

Evidencia-se que a HPP possui um conjunto de causas que levam à morte materna obstétrica direta devido a complicações durante a gravidez, o parto ou o puerpério, por causa de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. (OLIVEIRA; DAVIM, 2019).

Segundo Branga (2021) foram criados parâmetros para definir as hemorragias puerperais, considerando a HPP a perda de sangue em 24 horas que ultrapasse a 1 litro ou quando há sintomas de hipovolemia. Esses parâmetros também

são alterados quando se leva em questão a via de parto, sendo HPP em partos vaginais a perda de sangue superior a 500 ml e em cesarianas 1000 ml. É importante e necessário associar a perda de sangue juntamente com os sintomas clínicos da mulher. Dessarte, a ocorrência da HPP é considerada maior em mulheres que realizaram cesariana, cerca de 6%, ficando acima da HPP em partos vaginais que são de 4%.

Essas hemorragias ainda podem ser segmentadas de acordo com o tempo em que ocorrem e suas origens, podendo ser primárias (prévias) ou secundárias (tardias). As primárias ocorrem até no final do primeiro dia após o parto, podendo ser provenientes dos seguintes distúrbios: placenta acreta, atonia uterina, lacerações, inversão uterina e coagulopatias. Sendo a atonia uterina a causadora de cerca de 80% dos casos de HPP. As hemorragias secundárias ocorrem após o primeiro dia completo posterior ao parto até a décima terceira semana, sendo causadas pelas seguintes disfunções: restos placentários não eliminados, infecções e defeitos genéticos na coagulação. Sendo as infecções responsáveis por 15% das HPP (BRANGA, 2021).

Portanto é possível identificar que a hemorragia pós parto é percebida pelos profissionais diante do olhar clínico e do exame físicos das puérperas. Sabe-se da importância do olhar clínico e da consulta de Enfermagem neste período para que os sinais de alertas sejam percebidos e seja feita a intervenção imediata para reduzir os danos e evitar a morte da mãe e do bebê.

Pré Eclâmpsia

Outra complicação que ocorre durante o parto e que foi citada por quatro profissionais durante a entrevista é a pré-eclâmpsia, sendo relata pelos seguintes profissionais TE4, TE6, TE7 e TE8.

TE4- " Temos a pré-eclâmpsia"

TE6- " Pegamos a pré-eclâmpsia"

TE7- " Assistenciamos a pré-eclâmpsia"

TE8- " o que assistenciamos mais é a pré-eclâmpsia"

A pré-eclâmpsia é uma alteração que pode afetar a gestante ocorrendo

“após a vigésima semana gestacional, durante o parto e até 48 horas pós-parto” Tendo uma incidência entre 5 a 8% das gestações, sendo uma condição que progride rapidamente, caracterizada por aumento tensional da pressão arterial (PA) e presença de proteinúria (SOUZA; SILVA, 2021).

Mai et al. (2021) relata que dados da OMS apontam que, os distúrbios hipertensivos da gravidez são uma causa importante de morbidade grave, incapacidade prolongada e morte entre as mães e seus fetos. Entre os distúrbios hipertensivos que complicam a gravidez, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia se destacam como principais causas de mortalidade e morbidade materna e perinatal. Além das altas taxas de mortalidade, pode levar a limitações definitivas na saúde materna e a graves consequências ao feto e ao recém-nascido, sendo a maior causa de prematuridade no Brasil.

Segundo Santana et al. (2019) a OMS evidencia que 80% das mulheres são levadas a óbito em decorrência das complicações da pré-eclâmpsia durante a gravidez ou parto. No Brasil encontra-se em segundo lugar nas causas de mortes maternas, atingindo cerca de 5 a 17% das gestantes.

Kahhale et al. (2018) relata que para a Comissão de Terminologia, clinicamente a pré-eclâmpsia é considerada grave quando um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas está presente:

- pressão arterial igual ou acima de 160/110 mmHg, confirmada em pelo menos duas tomadas, com intervalo de seis horas;
- Proteinúria de 5 g ou mais em urina de 24 horas (3 ou 4+ em teste de tira);
- Oligúria ou diurese menor do que 400 ml por dia;
- sintomatologia de iminência de eclâmpsia, ou seja, cefaléia, dor epigástrica e transtornos visuais;
- cianose e edema pulmonar; A estes foram acrescentados outros, que também
- sugerem gravidade da doença tais como: dor no hipocôndrio direito;
- trombocitopenia ou plaquetas abaixo de 100.000/mm³;
- anemia hemolítica microangiopática decorrente da hemólise;
- icterícia e/ou elevação das enzimas hepáticas e restrição do crescimento fetal.

Estes últimos, não são critérios para definir o quadro como grave, uma vez

que quando presentes, sempre um dos cinco anteriores, ditos clássicos, já terá aparecido (KAHHALE et al, 2018).

Dentre os diversos fatores de risco indicados na literatura, destacam-se a diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, idade nos extremos da fase reprodutiva (gestação na adolescência ou depois dos 35 anos), histórico familiar ou pessoal de eclâmpsia, nefropatias, primiparidade, baixa escolaridade e obesidade (SANTANA et al., 2019).

A assistência de enfermagem específica a mulher com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia é capaz de reduzir complicações e taxas de morbimortalidade, através de: exame físico criterioso, reconhecimento antecipado de sinais de PE, exames laboratoriais regularmente, acompanhamento da PA e avaliação fetal. Apesar disso, não há uma interferência inerente de enfermagem para impedir a PE, contudo, a assistência é baseada de acordo com a evolução do quadro, envolvendo além da equipe médica e de enfermagem, a equipe multidisciplinar (MAI et al., 2021).

Pode ser observado ao longo da discussão a importância do papel ativo da equipe que irá atender a gestante/parturiente com pré-eclâmpsia, a todo tempo é informado dentro dos artigos e discussões a participação ativa da equipe de Enfermagem e do Enfermeiro, do olhar clínico, do exame físico e das condutas realizadas de maneira rápidas e eficaz conforme a avaliação de cada paciente. É muito importante reforçar que todo atendimento para ser eficaz necessita da consulta de Enfermagem, é necessário saber como está a paciente quando ela dá entrada ao hospital, e seguir monitorando juntamente com a equipe para que todo o sinal de alerta ou anormalidades sejam percebidas pela equipe e sejam tratadas da forma correta.

Parto Prematuro

Segundo dois entrevistados da pesquisa sendo eles TE4 e E1 as complicações assistenciadas pela equipe no setor do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto também inclui os nascimentos prematuros. Mesmo informando que os casos de nascimentos prematuros são direcionados ao Hospital apto para ocorrências mais graves e que possua uma UTI neonatal.

TE4- “Temos nascimentos prematuros”

E1- “ Alguns casos de nascimentos prematuros”

O parto prematuro é um dos problemas mais iminentes para a saúde pública por ser encarregado de mais de 75% da taxa de mortalidade e de morbidade. O índice no Brasil alcança de 5% a 15% da prematuridade. O TPP é considerado uma das principais preocupações mundiais. Anualmente nascem aproximadamente 15 milhões de crianças pré-termo a nível mundial, e no Brasil, um a cada quatro óbitos em bebês ocorre nas primeiras 24 horas de vida, sendo a prematuridade a causa de 70% desses óbitos (SANTANA et al., 2022) E aproximadamente, 50% de alterações neurológicas a longo prazo nos recém-nascidos acometidos (SOUZA et al., 2019).

Segundo Souza et al, 2019 a OMS coloca o Brasil como o décimo país do mundo com maior número absoluto de nascimentos pré-termo. A estimativa de prevalência da prematuridade no Brasil é de 9,2%. No Brasil, dados oficiais coletados por meio do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) entre 2000 e 2010, indicam que houve neste período um discreto aumento da prevalência de nascimentos pré-termo, de 6,8% para 7,2%.

Porém, informações coletadas em estudos brasileiros com dados primários sugerem que a prevalência de nascimentos pré-termo é superior à estimada pelo SINASC, e que o aumento da prematuridade parece ter sido ainda maior nas últimas décadas. Uma revisão sistemática recente revelou uma evolução na prevalência de prematuridade de cerca de 4% no início dos anos 1980, para mais de 10% após o ano 2000 (SOUZA et al., 2019).

A gestação é um processo fisiológico que ocorre nas mulheres que geralmente dura o período de 37 semanas completas a 42 semanas incompletas. Durante esse período o corpo dessas mulheres passa por transformações físicas e psicológicas para a adaptação do feto, assim tendo o potencial de surgir complicações que podem intervir na gestação, nesse caso essas pacientes são encaminhadas para o atendimento especializado à gestante de alto risco. Nessas interferências podemos ressaltar o Trabalho de Parto Prematuro (TPP) ou parto pré-termo, definido como uma síndrome que acontece entre 22 a 37 semanas de gestação, pertencendo entre maior morbidade neonatal (SANTANA et al., 2022)

O TPP reflete o início das contrações frequentes e eficazes (uma a cada 5 a 8 minutos) seguido de modificações cervicais, que tem sua dilatação maior que 2cm, na maioria das vezes não é preciso o diagnóstico clínico do TPP, devido a evolução

para parto em 24 e 48 horas totalizando um terço (SANTANA et al., 2022).

ALVES (2019) refere que embora não se consiga identificar uma causa do TPP, podemos observar, na anamnese, exame tocoginecológico ou durante a gravidez fatores de risco, que, quando presentes, determinam maior possibilidade de ocorrência de prematuridade espontânea. São eles:

- Fatores epidemiológicos e sociais (Baixo nível socioeconômico; estresse; desnutrição; tabagismo, drogas, alcoolismo; falta de higiene; promiscuidade e baixa idade materna);
- Fatores ocupacionais (trabalhos estafantes, com muitas horas de trabalho sem repouso);
- Fatores ginecológicos (Amputação do colo uterino; malformações uterinas; miomas);
- Fatores obstétricos (Prematuridade prévia; perdas de segundo trimestre; primiparidade jovem e idosa; intervalo interpartal curto - menos de 2 anos entre um e outro parto; multiparidade);
- Fatores intercorrentes na gravidez (Rotura prematura de membranas; infecções sistêmicas e locais; episódios de sangramento na gravidez; placenta de inserção baixa; insuficiência istmocervical; malformações fetais e anexiais; gravidez múltipla; polidrâmnio; gravidez concomitante à presença de dispositivo intrauterino; doenças maternas

O TPP apresenta fisiologia heterogênea e pode ter etiologias diferentes. A avaliação do início do TPP é difícil, pois essa patologia tem etiologia multifatorial, sendo o diagnóstico realizado com base na dilatação cervical progressiva e, nesses casos, é muito tarde para tentar iniciar o tratamento preventivo. Esse diagnóstico não é preciso na maioria das vezes, sendo que apenas um terço irá evoluir para parto em 24 a 48 horas e quase 50% das pacientes com contrações uterinas, antes de 37 semanas, acabam tendo um parto a termo (ALVES, 2019).

A Enfermagem possui um papel importante na prevenção do nascimento prematuro, através da realização de um pré-natal de qualidade e através de uma assistência hospitalar efetiva. É de extrema relevância esse cuidado, pois permite organizar e direcionar a tomada de decisão do profissional frente às reais necessidades da paciente gestante, colaborando para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva. Além disso, o enfermeiro

tem a possibilidade de fortalecer vínculos com a gestante, prestando um cuidado qualificado, acolhedor e holístico. (SANTANA et al., 2022)

Portanto, mesmo não podendo ainda ser evitado o Trabalho de Parto Prematuro (TPP) existem várias formas de assistência para que o parto mesmo prematuro seja preparado de forma cautelosa e segura. É possível observar a importância da Enfermagem neste cenário, pois o cuidado e prevenção ao TPP inicia no pré-natal que é realizado por Enfermeiros, e toda avaliação e cuidado à parturiente no hospital é realizado pela Equipe de Enfermagem. Portanto, pode ser observado que a Enfermagem tem um papel importante no TPP tanto na prevenção quanto nas ações durante o parto, para manter a vida de mãe e feto.

Aspiração Meconial

Para um profissional TE1 o “risco de aspiração de mecônio” é uma das complicações que também são assistenciadas pela equipe.

O mecônio é uma substância verde escurecida, formada por água, células epiteliais, pelos ou cabelo do próprio feto, além de sais biliares e muco. Estando presente no íleo fetal a partir da 10^a a 12^a semana de gestação, porém sua presença pode ocorrer sem que haja a aspiração por parte do feto. Quando ocorre a aspiração do mesmo por parte do feto, ocorre a chamada Síndrome da Aspiração de Mecônio (SAM) que pode causar asfixia pulmonar, edema, necrose, colapso nas paredes dos alvéolos pulmonares, assim como hemorragia pulmonar (SIMÕES et al., 2019).

O mecônio possui pH entre 5,5 e 7,0 o que pode causar irritação do tecido pulmonar e desencadear pneumonia química, alterando a função pulmonar. Nos casos em que o volume aspirado é muito grande ou espesso, pode ocorrer o bloqueio total da traquéia, levando ao óbito do RN por asfixia (SIMÕES et al., 2019)

Uma pesquisa realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital Santo Antônio em Blumenau/SC, entre julho de 2014 a julho de 2016, foi observado que 25% dos nascimentos, realizados após 34 semanas, houve incidência de líquido amniótico com mecônio. Entre estes, cerca de 10% desenvolveu SAM e cerca de 9,9% necessitam de UTI Neonatal (SIMÕES et al., 2019).

Bastos et al (2018) relata que segundo o Ministério da Saúde, cerca de 10 a 20% das gestações apresentam mecônio no líquido amniótico, sendo que deste total cerca de 2% evoluíram para a SAM. Mesmo com as novas terapias de cuidados para

RN's portadores da SAM, seu número de mortalidade ainda é muito alto, cerca de 30 a 60% dos que necessitam de oxigenoterapia, por ventilação pulmonar mecânica vem a óbito.

O RN elimina mecônio através de um processo de asfixia, que irá provocar estímulos peristálticos, relaxando o esfíncter anal, causando a liberação de mecônio por parte do mesmo. Esta liberação pode ocorrer por compressão do cordão umbilical ou insuficiência placentária, por exemplo (SIMÕES et al., 2019).

A presença de mecônio ocorre em cerca de 10% a 15% dos nascimentos sendo mais comum em recém-nascidos (RN) termos ou pós termos, dentro deste total 5% dos pacientes apresentam pneumonia aspirativa, 30% necessitam da utilização de ventilação mecânica e cerca de 3-5% não sobrevivem. A presença de sofrimento fetal e hipóxia, normalmente, ocorrem após a passagem de mecônio para o líquido amniótico. Esses RN's costumam nascer com dificuldades respiratórias e muitas vezes necessitam de manobras de ressuscitação (BASTOS et al., 2019).

Durante a SAM ocorre o bloqueio das vias respiratórias diminuindo a ventilação e troca de gases, o que provoca a inflamação da árvore brônquica. Essa alteração respiratória pode levar à hipoxemia, acidose, hipertensão pulmonar persistente, e pode haver a necessidade de oxigênio suplementar. Alguns fatores de risco que podemos observar são a pós-maturidade, o atraso de crescimento intrauterino, a apresentação pélvica do feto e a asfixia perinatal (SIMÕES et al., 2019).

Os neonatos nascidos banhados em Líquido Amniótico Meconial apresentam os seguintes critérios clínicos para SAM: presença de desconforto respiratório, cianose, presença de roncosp e creptosp à ausculta pulmonar, podendo evoluir para insuficiência respiratória. Os recém-nascidos que aspiraram mecônio apresentam chance aumentada de desenvolverem complicações, tais como convulsões, disfunções neurológicas e sepse (ARAUJO et al., 2021).

Tórax em formato de barril é uma das características de RN's que sofrem de SAM. Ocorre devido à obstrução das vias aéreas, onde na ausculta pulmonar é possível escutar estertores difusos, além de murmúrios diminuídos, devido ao pneumotórax e atelectasia, podendo evoluir para hipertensão pulmonar persistente do RN (BASTOS et al., 2018).

Segundo Araujo et al. (2021) não é recomendado à indicação de aspiração da boca e nariz em neonatos com líquido amniótico meconial que apresentem vigor ao nascer, pois não há indício de redução de forma

significativa de mortalidade com as condutas descritas.

Os neonatos em líquido amniótico meconial que apresentam apneia, respiração e/ou frequência cardíaca irregular, em sala de parto, devem receber as manobras iniciais de reanimação neonatal no primeiro minuto de vida e quando não houver melhora, deve-se suspeitar de obstrução de vias aéreas, sendo indicada a retirada do mecônio residual da hipofaringe e da traquéia através da Aspiração sob Visualização Direta da Traqueia (AVDT). Este procedimento pode diminuir a incidência da SAM e conseqüentemente a mortalidade neonatal (ARAUJO et al., 2021).

Em estudo realizado em recém-nascidos da maternidade do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC, situado na cidade de Florianópolis, observou-se que dos 376 RN's, 70 nasceram envolvidos em mecônio. Apenas 20 deles foram reanimados e 14 alcançaram APGAR 7 no primeiro minuto de vida. Nos outros 50 neonatos foram incentivados o contato materno imediato e o clampeamento do cordão foi realizado de modo tardio. Somente 1 RN desenvolveu SAM. Esse estudo demonstra que a reanimação somente deve ser realizada após o nascimento caso o neonato apresenta sofrimento respiratório e nem sempre o líquido amniótico meconial pode acarretar na SAM (SIMÕES et al., 2019).

O grau de comprometimento pulmonar do feto dependerá da quantidade de líquido aspirado, junto a espessura e tempo de exposição do mesmo ao mecônio. As alterações dos níveis de frequência cardíaca fetal, e a presença de mecônio em líquido amniótico levam o médico a suspeitar de estresse respiratório no feto. A consulta de pré-natal, o controle da idade gestacional e a monitorização fetal, durante o trabalho de parto, são de extrema importância para detectar a presença da SAM (BASTOS et al., 2018).

Mulheres que são múltíparas e que, nas gestações anteriores, tiveram partos naturais costumam não apresentar mecônio no líquido amniótico, assim como o uso de ocitocina em partos com mais de 41 semanas, para induzir o nascimento e diminuir a possibilidade de adquirir SAM. O tipo de parto dependerá das condições do feto e da cérvix dilatação da gestante, caso não haja alterações na vitalidade do feto e o processo de dilatação da mãe esteja ocorrendo de forma tranquila, é realizado parto normal (BASTOS et al., 2018).

Distócia de Ombros

TE6 trás a distócia de ombros como uma complicação assistenciada pela equipe “ As complicações que atendemos aqui é a distócia de ombros”

A distócia de ombros é uma das emergências obstétricas mais recorrentes em sala de parto ela ocorre pela impactação óssea fetal e materna. Essa emergência é uma das mais temidas pelos profissionais devido à sua imprevisibilidade prévia. Todos os profissionais que assistem partos devem estar atentos a alguns sinais que podem evidenciar uma distócia de ombros e ficarem alertas para o diagnóstico e manejo mais rápido possível (PAGANI, 2022).

O quadro pode ser evidenciado pela falha do desprendimento do ombro anterior após leve tração para baixo exercida na cabeça fetal (manobra cabeça-ombro) por um intervalo > 60 segundos entre a saída da cabeça fetal e a do corpo ou pelo recuo parcial da cabeça fetal em direção à vagina (sinal da tartaruga), este último mais específico e preditor da gravidade do quadro (SILVA et al., 2019).

Silva et al. (2019) refere que alguns autores sugerem o início das manobras de correção da distócia de ombro assim que se suspeitar desse diagnóstico. Do ponto de vista prático, se à terceira tentativa de tração cuidadosa do polo cefálico não ocorre o desprendimento dos ombros fetais, isso sugere quadro de distócia de ombros.

A distócia de ombro acontece em 0,2% a 3% dos partos de fetos cefálicos de vértice, constituindo o principal grupo de risco os fetos macrossômicos associados ao diabetes materno. Contudo, a maioria dos casos ocorre em gestações sem fatores de risco evidentes no momento do parto. Aproximadamente metade dos casos ocorre em fetos com peso < 4.000g, e o evento não ocorre na maioria dos partos vaginais de fetos > 4.500g (SILVA et al., 2019).

Segundo Figueiredo et al. (2020) os fatores de risco associados a DO antes do trabalho de parto são: Episódio anterior de distócia de ombro; Diabetes gestacional; Pós-datismo; Macrossomia fetal (> 4kg); Baixa estatura materna; Ganho de peso materno excessivo durante o pré-natal (IMC > 30); Indução do trabalho de parto. E no intra-parto os fatores de riscos são: pelves anômalas; primeiro (fase de dilatação) e/ou segundo (fase de descida) períodos prolongados; uso de fórcepe ou vácuo-extrator.

A DO trata-se de uma emergência obstétrica em que é necessário

implementar manobras adicionais para a libertação dos ombros, e se não for cuidadosamente diagnosticada e gerida, pode resultar em graves consequências, tanto para o recém-nascido, como a lesão do plexo braquial (paralisia de Erb), fratura do úmero e da clavícula, asfixia perinatal (dano neurológico permanente) ou morte fetal; como para a mãe, sendo as mais frequentes: hemorragia pós-parto, episiotomia ou lacerações de 3º e 4º graus, fístula retovaginal, endometrite ou rotura uterina (COUTINHO et al., 2021).

Durante o atendimento a uma distócia de ombro é necessário manter a calma e ter conhecimento dos processos de manejo para com a distócia. Sendo assim, os profissionais devem estar capacitados para a realização das manobras, sempre de maneira menos invasiva para a mais invasiva, e, em qualquer posição que a parturiente esteja, deverá informá-la sobre o que está acontecendo, pois, é de grande importância que ela concorde e colabore durante o manejo de retirada do bebê (PAGANI, 2022).

Circular Cervical de Cordão

O profissional TE1 relatou que “Assistencia-se a circular de cordão, temos poucas, mas temos.”

Circulares do cordão umbilical ocorrem quando o cordão umbilical fica enrolado 360 graus em redor do pescoço ou de outras partes fetais. As circulares do cordão são muito comuns, sendo que a sua incidência aumenta com o avanço da gestação, passando de 12% entre as 24 e 26 semanas para 37% a termo (CAMPOS, 2017).

Durante o trabalho de parto, o cordão umbilical enrola-se à volta do pescoço do RN, formando uma circular cervical. Excepcionalmente, esta circular é apertada, podendo provocar hipóxia. Por este motivo é importante, após a expulsão da cabeça da apresentação, realizar-se uma palpação suave que permita identificar a sua presença. Perante a sua presença e, se a circular cervical for larga, pode deslizar-se delicadamente sobre a cabeça, mas se é apertada ou se existe uma segunda circular, deve ser utilizada a Manobra de Somersauld (GOUVEIA, 2018).

Batimentos Cardiofetais

TE5 relatou que “ Uma das complicações também é o BCF”

O período de gravidez é de vital importância no diagnóstico e prevenção de problemas do feto que podem surgir por adversidades. As mulheres nesta condição devem ser monitoradas regularmente a partir do segundo trimestre da gravidez, estágio em que os batimentos fetais começam a ser mais facilmente percebidos (INOCÊNCIO et al., 2019).

Assim como para os adultos em geral, para o feto o sinal de eletrocardiograma também é um parâmetro de extrema importância para analisar a vitalidade fetal, onde é possível extrair informações a partir do sinal de eletrocardiograma do feto (FECG) (MEDEIROS JUNIOR, 2022).

Apesar de que os primeiros batimentos do coração do feto já estão presentes com apenas 20 dias de gestação, estes serão audíveis com melhor eficiência a partir da sétima semana de gestação, quando o feto desenvolve o ventrículo primitivo, criando o ventrículo direito, que dará origem a artéria pulmonar, e o ventrículo esquerdo, de onde sairá a aorta. Com 12 semanas, o batimento cardíaco fetal pode ser ouvido através da ausculta externa, a uma frequência cardíaca de cerca de 120-160 batimentos por minuto (bpm) (MEDEIROS JUNIOR, 2022).

As características do sinal de ECG fetal são: baixíssima amplitude, ordem de magnitude que dificilmente ultrapassa 20 μ e uma frequência mais alta do que de um adulto, cerca de 175 bpm até a nona semana de gestação, que vai desacelerando gradativamente, indo para cerca de 120-160 bpm na metade da gestação (MEDEIROS JUNIOR, 2022).

Um método utilizado para avaliar a situação do feto intraparto é a cardiotocografia (CTG), que consiste em um exame que monitora a frequência dos batimentos fetais e as contrações uterinas durante um dado intervalo de tempo, em geral de 10 a 20 minutos. Existem quatro métodos para realizar medições CTG: amagnetocardiografia(MCG) e afonocardiografia(PCG), utilizando o efeito Doppler através do ultrassom e o eletrocardiograma(ECG) (INOCÊNCIO et al., 2019).

Os métodos mais comumente utilizados para monitorização fetal intraparto são a ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais com sonar Doppler e cardiotocografia contínua. O estetoscópio Pinard não é adequado para ausculta dos batimentos cardíacos fetais durante as contrações uterinas; por isso ele não é indicado. A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) preconiza que, no primeiro período do parto, a ausculta seja realizada a cada 15 minutos, e, no segundo período (expulsivo), a cada 5 minutos (FERREIRA et al., 2022).

Rotura Prematura de Membranas.

TE7 relata que “uma complicação que é bastante assistenciada pela equipe é a bolsa rota.”

A bolsa rota é definida como a rotura prematura das membranas (RPM), que acontece antes do início de trabalho de parto, independentemente da idade gestacional e é um fator de risco para infecção, podendo haver complicações na formação do bebê (CASTREGUINI, 2021).

A ruptura prematura das membranas é um fenômeno multifatorial. Ela pode ocorrer no termo da gestação (entre 37 a 42 semanas incompletas) ou até mesmo antes de 37 semanas e acomete 10% das gestações, este fato se dá quando ocorre solução de continuidade do córion e âmnio, sendo estas as membranas que limitam a cavidade amniótica durante toda a gestação, antes do início do trabalho de parto (CASTREGUINI, 2021).

Durante a gestação, o concepto desenvolve-se no interior de membranas ovulares, as quais possuem um folheto mais interno e em contato com o líquido amniótico e com o feto, chamado âmnion, e um folheto externo, o cório. Quando, sem trabalho de parto, há o rompimento dessas membranas com extravasamento do líquido amniótico (LA), recebe o nome de Rotura Prematura das Membranas (RPM), ou amniorrexe prematura, comumente chamada de Bolsa Rota. No caso de a perda do LA ocorrer anterior a 37 semanas de idade gestacional, esta denomina-se pré-termo, entretanto, se a rotura ocorrer após esse período, chamamos de a termo (PARANHOS, 2021).

A amniorrexe prematura afeta cerca de 10% das gestações, sendo que, destas, 90% vêm a ser a termo, culminando em trabalho de parto. Em 25% dos casos ocorre pré-termo, levando ao maior risco de parto prematuro e morbimortalidade materno-fetal, correspondendo a 30% dos nascimentos prematuros. Tendo, ainda, a taxa de recorrência de 21% (PARANHOS, 2021).

Os principais fatores de risco descritos na literatura são baixo nível socioeconômico, baixo peso materno, antecedente de parto prematuro, consumo de cigarros, infecções cérvico vaginal e vaginose, polihidrâmnios, gravidez gemelar, malformações e tumores uterinos, gravidez com dispositivo intrauterino (CASTREGUINI, 2021).

A assistência de enfermagem é de suma importância não só no processo de indução e assistência no parto, como também para a orientação sobre o processo de parto à gestante, a manutenção da avaliação contínua do bem-estar fetal e materno se estenderá por todo o parto e pós-parto imediato (PARANHOS, 2021).

A complicação citada na entrevista pelo profissional TE3 são as lacerações perineais no parto vaginal.

Lacerações Vaginais

TE3 - “ Também já assistenciei lacerações, às vezes como tem muito residente aqui eles não estão muito preparados e acabam deixando o bebe vim com tudo aonde causa as lacerações.”

As lacerações perineais são comuns em mulheres que tiveram parto vaginal, e sua ocorrência pode estar relacionada a diversos fatores, como características maternas gineco obstétricas, intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto, e aspectos relacionados ao feto (SOUZA et al., 2019).

Tais lesões podem causar aumento da perda sanguínea, necessidade de sutura e dor no pós-parto, e são caracterizadas por traumas em mucosa e/ou músculo do períneo durante o desprendimento do polo cefálico, como consequência de uma episiotomia ou de uma laceração espontânea (SOUZA et al., 2019).

A laceração perineal é classificada como de 1o grau quando envolve os frênuolos dos pequenos lábios, a pele do períneo e a mucosa vaginal, incluindo-se, nessa classificação, as lacerações periuretrais, que podem sangrar profusamente. A laceração de 2o grau atinge, além disso, a fáscia e os músculos do corpo perineal, mas não o esfíncter anal. A laceração de 3o grau estende-se para envolver o esfíncter anal externo. E a laceração de 4o grau atravessa toda a mucosa retal com exposição da luz, implicando ruptura dos esfíncteres anais externo e interno (SOUZA et al., 2019).

As condições que contribuem para a ocorrência de lacerações espontâneas são diversas e podem ser relacionadas a fatores maternos, neonatais e de intervenções durante o parto, como a primiparidade, utilização de ocitocina, macrossomia fetal, o parto tido como complicado (período expulsivo prolongado, parto instrumental, estado fetal não tranquilizador), a posição não vertical no parto, dentre outros (ALIPIO et al., 2021).

Durante o parto vaginal um grande número de mulheres sofre trauma perineal, seja por laceração espontânea ou episiotomia. Evidências mundiais apontam que 84,3% das mulheres apresentam algum tipo de trauma perineal pós-parto. Um estudo de coorte brasileiro que avaliou 941 partos vaginais, resultou em incidência geral de 78,2% para lacerações perineais espontâneas, sendo que 75,7% foram consideradas lacerações leves e 2,5% lacerações graves (TAVARES et al., 2022)

Santos et al. (2017) aborda em sua pesquisa onde demonstra que as ocorrências de lacerações no momento do parto vaginal em 330 partos vaginais, 16,1% (n=53) dos partos ocorreram lacerações vaginais e em relação a posição da mulher na hora do parto que foi possível ser identificado em 227 partos, constatou-se elevado percentual da posição horizontal neste processo (81,5%=185). Dos 227 partos vaginais cuja posição da parturiente foi identificada, somente 18,5 (n=42) deles ocorreram em posição verticalizada. Observou-se também que a maioria dos partos verticalizados foram assistidos por enfermeiros obstetras (92,9%; n=39).

Pontua-se que, desde 1996, a Organização Mundial de Saúde recomenda às mulheres adotarem a posição que melhor lhes agrada para o parto, mas que evitem longos períodos em posição horizontal. As principais vantagens da posição verticalizada no parto vaginal são: menor duração do parto, redução do desconforto e dificuldade nos puxos, dores menos intensas e menor risco de traumas vaginais e perineais e de infecções. Porém, em um trabalho recentemente realizado com 238 mulheres em Belo Horizonte, Minas Gerais, evidenciou-se que a maioria delas permaneceu em posição horizontal durante seu parto vaginal (66,8%) (SANTOS et al., 2017).

Na pesquisa abordada no estudo de Souza et al. (2019) para observar o desfecho perineal em primíparas obteve os seguintes resultados: Participaram da pesquisa 226 primíparas de risco habitual que pariram por via vaginal, na análise das variáveis em relação as lacerações perianais 159 (70,4%) das primíparas sofreram lacerações vaginais, sendo que os traumas perineais foram mais frequentes as lacerações de 1 e 2 graus (32,7% em casa um dos graus), lacerações de 3 grau ocorreram em 11 mulheres (4,9%), e foram ausentes as de 4 grau. Das mulheres que tiveram lacerações 23 delas foram submetidas a episiotomia, 1 (4,3%) teve laceração de 1 grau, 2 (8,7%) tiveram lacerações de 2 grau, e nas 20 (87%) não foram observadas lacerações que excedera o corte cirúrgico desse procedimento.

Segundo o estudo de Souza et al. (2019) a posição mais frequente adotada no período expulsivo foi a semissentada (72,6%) e a segunda posição mais utilizada foi de cócoras (13,7%). No estudo foi considerado parto horizontal quando a parturiente adotou as seguintes posições: semissentada, deitada (4,4%) e decúbito lateral esquerdo (3,1%). E parto vertical quando foram assumidas as posições de cócoras, em Gaskin (0,4%), uso da banqueta (3,1%) e outras (2,7%), que podem incluir posições em pé ou de joelhos.

Na posição semissentada ocorreram mais lacerações de 1 grau (36,6%) e de 2 grau (30,5%), porém é importante ressaltar que 72,7% das lacerações de 3 graus foram nessa posição. Na posição de cócoras, a maioria das primíparas teve laceração de 2 grau (41,99%), assim como no parto em decúbito lateral esquerdo e com o uso de banqueta (71,4%). Em 50% das mulheres que pariram deitadas não houve laceração e em 40% ocorreu laceração de 1 grau. Somente uma primípara pariu em Gaskin com laceração de 1 grau. Em outras posições, como em pé ou ajoelhada, 50% delas não tiveram trauma perineal e em 33,3% o trauma foi de 3 graus (SOUZA et al., 2019).

Neste estudo, as mulheres que não foram submetidas a episiotomia tiveram mais lacerações vaginais espontâneas, em sua maioria de 1º e 2º graus, caracterizando-se como traumas perineais leves, sem repercussões negativas para a mãe. E pode-se observar no estudo que a posição horizontal foi a que mais obteve lacerações de 1, 2 e 3 graus (SOUZA et al, 2019).

É importante reforçar que a posição em que a parturiente se encontra no período expulsivo podem aumentar as chances de lacerações vaginais, dependendo da força em que a mulher está fazendo para a expulsão relacionado com a pressão em que o recém-nascido está sendo expulso e a posição em que a parturiente se encontra. É de extrema importância o papel da Enfermagem neste momento, auxiliando a parturiente a encontrar posições que serão mais benéficas para o parto e para a mesma, diminuindo intervenções desnecessárias, e gerando conforto no momento expulsivo.

Cabe ressaltar a relevância das evidências científicas para a qualificação da prática em saúde materno-infantil. Nesse enfoque, destaca-se a importância da implementação da prática baseada em evidências na enfermagem, visto que, diversas maternidades, centros de parto normal e hospitais do Brasil, estão incorporando resultados das sínteses de revisões sistemáticas e metanálises na sua prática. A partir

disso, principalmente as enfermeiras obstétricas e obstetrizas, tem um papel fundamental na implementação das evidências científicas, na rotina desses serviços de saúde (ROCHA et al, 2020).

Aborto Retido

O aborto retido foi citado como uma complicação assistenciada no setor do centro obstétrico por um dos profissionais sendo ele o TE8.

TE8- “aborto também é bastante, aborto retido”

O abortamento é uma intercorrência comum, principalmente no primeiro trimestre de gestação. Conceitualmente, aborto é o produto de uma concepção eliminado até à 20^a a 22^a semana de gestação, com o feto pesando menos do que 500g. O processo de abortamento não ocorre de forma igual para todas as mulheres, classificando-se em diferentes formas clínicas (aborto retido, ameaça de abortamento, inevitável, infectado, completo, incompleto e habitual) (MATOS, 2020).

Um aborto retido consiste na retenção do embrião ou feto sem vida pelo útero. Normalmente a gestante apresenta regressão dos sinais de gravidez, o útero mantém-se estacionário, o colo uterino permanece fechado e com ausência ou mínima perda sanguínea. É um evento identificado principalmente a partir de um exame físico de qualidade associado ao ultrassom que revela ausência de vitalidade fetal, ou mesmo um saco gestacional anembrionado (gestação anembrionária) (MATOS, 2020).

O óbito fetal intrauterino é conceituado pela Organização Mundial de Saúde quando em qualquer momento a gravidez, sendo aborto retido de primeiro ou segundo trimestre e feto morto de terceiro trimestre até o fim do momento gestacional. Em contrapartida, o óbito que somente ocorre a partir das 20 semanas gestacionais receberá declaração de óbito e fará parte do cálculo do coeficiente de natimortalidade (ALVES et al., 2022).

Entre outros fatores etiológicos relacionados ao abortamento, destacam-se a idade materna, a diabetes não controlada, tireoidopatias, síndrome dos ovários policísticos, infecções maternas, sinéquias intrauterinas, miomas intramurais e submucosos, trombofilias, tabagismo, álcool e traumas graves (MOREIRA, 2022).

Estima-se que 23 milhões de abortamentos ocorrem a cada ano, o que se traduz em 44 perdas gestacionais a cada minuto. No Brasil, entre 2008 e 2016, houve

cerca de 212 mil internações por ano para procedimentos relacionados com o abortamento (MOREIRA, 2022).

No Brasil, o abortamento é considerado como a interrupção da gravidez sucedida antes da 22ª semana gestacional e tendo o conceito peso inferior a 500g. É classificado como grave problema de saúde pública, pois representa uma importante causa de morbimortalidade materna. Em 2016, representaram 8% dos óbitos maternos em território nacional (LIMA et al., 2019).

Na rede pública de saúde do SUS, ocorreram 205.075 internações por aborto em mulheres de 10 a 49 anos, em 2013. O Sudeste e Nordeste foram as regiões que se destacaram em maior número dessas internações. No período de 2017, o Ceará esteve entre os cinco estados brasileiros com o maior número de internações por complicações abortivas, com a capital do estado, Fortaleza, na sexta posição (LIMA et al., 2019).

Aproximadamente 20% das gestações abortam no primeiro trimestre. Nos casos de abortos retidos e incompletos, o esvaziamento uterino é um dos procedimentos recomendados. De acordo com as diretrizes internacionais, a evacuação uterina pode ser realizada por tratamento farmacológico ou cirúrgico no primeiro trimestre da gestação (MOREIRA, 2022).

Segundo Moreira (2022) e Lima (2019) os procedimentos realizados para evacuação uterina são:

- A Aspiração Manual Intrauterina a Vácuo (AMIU) está associada à diminuição da perda sanguínea, menos dor e menor duração do procedimento comparada à curetagem com cureta fenestrada. Atualmente, a AMIU é o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia.
- O uso do medicamento misoprostol antes de procedimentos abortivos demonstrou ser mais eficaz do que o placebo, reduzindo a necessidade de dilatação cervical manual e o tempo cirúrgico. Ensaio clínico randomizado mostraram que 400 µg de misoprostol vaginal, até 3 horas antes da AMIU, foi eficaz para o preparar a cérvix antes da evacuação uterina. Um estudo prospectivo, randomizado, duplo-cego, comparando mulheres alocadas aleatoriamente no grupo misoprostol de 200 µg ou 400 µg, foi realizado usando a AMIU, três ou quatro horas após a inserção dos comprimidos de misoprostol.

O grau de dilatação cervical pré aspiração foi medido com velas de Hegar. Os autores verificaram que a dilatação obtida com 200µg era de 23,3%, enquanto o obtido com 400µg foi de 96% . Este regime foi recomendado pela Federação Internacional de Obstetrícia e Ginecologia.

- Outra situação, decorrente do abortamento, refere-se à curetagem, técnica cirúrgica para esvaziamento uterino, que representa o terceiro procedimento cirúrgico mais frequente nos estabelecimentos de saúde conveniados pelo SUS.

O acompanhamento de todo o processo desde a entrada da gestante ao ambiente hospitalar até o pós procedimento de evacuação do feto morto é de extrema importância pela equipe de Enfermagem. A equipe de enfermagem presta todo o apoio emocional além da parte técnica dos procedimentos. É de extrema importância o atendimento humanizado, atencioso e cauteloso pois o aborto não envolve apenas condições maternas físicas mais também condições sentimentais que estão envolvidas em todo o processo pela gestante, parceiro e família.

2.11 Dificuldade na Assistência

Para aprofundar a discussão das complicações nos períodos clínicos do parto. Foi utilizado o seguinte questionamento: Qual a maior dificuldade em relação a assistência nos períodos clínicos do parto?

Dos 15 profissionais entrevistados 7 deles relataram não possuir dificuldade na assistência, 1 enfermeira relatou não saber relatar por não ter participado de nenhuma assistência com complicação. Os outros 7 profissionais relataram suas dificuldades voltadas para a preparação da parturiente, materiais e medicamentos disponíveis no setor, capacitação, número reduzido de Enfermeiros, informações e pré natais bem realizados.

TE4- “Vem muitos prematuros, isso e uma coisa que a unidade delas deveriam repassar para elas, pois aqui nós não temos UTI Neonatal. “

TE5- “A dificuldade e não termos os materiais e medicamentos que não temos no setor.”

TE6- “ Estamos pegando pacientes com pré natais bem ruins, pacientes

com 9 meses de gestação diabéticas e não sabem.”

TE7- “Não ter uma Enfermeira do setor para período da noite, o setor fica sobrecarregado, já aconteceu de chamarmos o médico e eles demorarem para vim. Quando tem cesárea e parto ao mesmo tempo, a gente é sozinha, tem plantão que nasce três ou até cinco recém nascidos”

TE8- “Não, tranquilo. Mais e rotina ne, mais e tranquilo.”

TE1- “Não tem dificuldade.”

TE2- “ Não possui dificuldade. Não vejo.”

TE3- “Não, eu acho que a gente devia estar mais preparado ainda, eu acho que deveria ter um curso alguma coisa sabe, que o hospital poderia oferecer.”

TE9- “Eu acho que se a equipe está bem entrosada está tudo certo, mais se houvesse alguma dificuldade seria a falta de materiais.”

TE10- “Não temos, e tudo muito rápido, chamamos o medico as vezes antes da enfermeira.”

TE11- “Não temos, tudo certo.”

TE12- “Não temos, eu nunca tive uma dificuldade. Diminui a dificuldade quando temos uma boa comunicação com a equipe, quando estamos juntos. As vezes a dificuldade maior aqui na maternidade e que fica uma só, e as vezes quando elas não estão aqui aí a dificuldade e que a gente fica sozinha.”

E1- “Não vejo dificuldade.”

E2-“ Temos dificuldades com mulheres que não sabem o que é parto, elas vêm para cá sem saber o que é, acham que a gente e louca ou que a gente está fazendo sofrer, a maioria entende mais tem umas ou outras que não entendem, e chega na hora do expulsivo elas não têm mais força. E muito ruim quando a mulher não está preparada para o parto natural, pois ela se desespera.”

E3- “Não sei dizer pois não participei de nenhuma complicação.”

Um dos desafios na atualidade é mostrar o quanto a enfermagem como profissão possui independência e como sua participação no cuidado ao parto mostra a diferença no cuidar, sendo fundamental no mercado de trabalho e se tornando essencial na vida daqueles que conhecem a profissão. O parto deve ser acompanhado pela enfermagem obstétrica, pois os protocolos oferecem segurança a mulher em situações de risco oferecendo um cuidado padronizado, sendo preconizada a estabilidade hemodinâmica e um cuidado especializado de toda equipe (ALMEIDA,

2020).

As atribuições da enfermagem obstétrica no setor, ainda possui lacunas principalmente pela sobrecarga de funções, seja na assistência, burocrática ou educativa, diante disso o próprio profissional relata inúmeras dificuldades para exercer todas essas funções e relaciona a sobrecarga no serviço. Destaca-se também a deficiência do pessoal de enfermagem e a grande demanda de trabalho, pois distanciam as enfermeiras do cuidado, o que acaba revertendo em prejuízo para a assistência prestada à parturiente, recém-nascido e família, tornando as práticas mais verticais e tecnicistas (DANTAS et al., 2017).

Os desafios enfrentados pelas enfermeiras obstetras no sistema de saúde relatados por Jesus et al. (2021) são: a) a desvalorização da prática profissional; b) as precárias condições de trabalho; c) a necessidade de reconhecimento profissional; d) a resistência dos profissionais médicos; e) a necessidade de qualificação permanente; e f) a ausência de concursos públicos específicos.

Além disso, verifica-se que as enfermeiras e as enfermeiras obstetras analisam que o dimensionamento de pessoal de enfermagem é inadequado diante da realidade da maternidade, o que dificulta o desenvolvimento do processo de trabalho, interferindo principalmente na assistência à gestante e sua família. Há um número reduzido de enfermeiras especialistas inseridas diretamente no cuidado e que, ainda, é essa profissional que supervisiona a equipe de enfermagem; realiza a sistematização da assistência de enfermagem; faz o gerenciamento de recursos físicos e materiais durante os plantões além de atender outras demandas administrativas (JESUS et al., 2021).

Contudo é importante reforçar que o número reduzido de Enfermeira Obstétrica que trabalham na instituição é considerado uma barreira para o trabalho colaborativo e para um atendimento com qualidade, esse contexto induz a um trabalho mais burocrático e distante das suas atribuições e a impossibilita de manter o foco na assistência obstétrica às parturientes (JESUS et al., 2021).

Nesse sentido a melhoria do ensino em enfermagem com a especialização na obstetrícia deve estar em sintonia com as melhorias no serviço de assistência, refletindo em mudanças nos setores de saúde onde recebem EO, em virtude da inclusão deste profissional no cenário em questão, contribuindo com a conquista dos objetivos institucionais e globais (SOUZA et al., 2022).

O dimensionamento de pessoal inadequado da equipe de enfermagem traz consequências significativas relacionadas à qualidade na assistência prestada aos pacientes (SOUZA, 2018).

Sabe-se que as dificuldades estruturais, a falta de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade suficientes para a prestação de um cuidado adequado e a imprevisibilidade desses recursos, dificultam o planejamento e a execução das ações de assistência à saúde. No que tange ao aspecto humano do trabalho, salienta-se que, para os profissionais de saúde, a precarização do trabalho acarreta sobrecarga física e psíquica, desvio de função e um atendimento precário e desumanizado (DODOU et al., 2017).

No estudo de DODOU et al. (2017) os profissionais da equipe de Enfermagem relataram dificuldades associadas principalmente à infraestrutura física deficiente, falta de materiais e manutenção de equipamentos e, em alguns casos, dificuldade para se trabalhar em equipe, além da resistência de alguns profissionais para modificarem a sua postura profissional e agirem de acordo com a política de humanização da instituição.

Portanto, diante de percepções divergentes entre os profissionais em relação a um mesmo ambiente de trabalho, evidencia-se a notória necessidade de um planejamento e uma reorganização da instituição para garantir melhores condições de trabalho aos seus profissionais, de modo que não lhes faltem os meios e instrumentos necessários para prestar assistência dentro dos padrões de qualidade e com dignidade aos usuários (DODOU et al., 2017).

Outro fator que dificulta a assistência de enfermagem é o desconhecimento das mulheres e de seus familiares e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; a atividade da resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissionais da saúde e parturiente; ainda inclui a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais que mesmo sendo modificadas para o parto humanizado ainda existe a falta de infraestrutura adequada (DANTAS et al., 2017).

Segundo estudos de Dantas et al. (2017) os enfermeiros obstétricos relatam que o momento estratégico para o enfermeiro realizar ações de humanização é durante o “pré-natal”, pois neste período pode-se oferecer à mulher orientações adequadas para todo o processo da gestação ao puerpério e deste modo faz com que

a gestante se sensibilize acerca dos seus Direitos. Assim, pode-se vislumbrar a grande importância da equipe de enfermagem e de sua qualificação no que tange a assistência humanizada à gestante e ao recém-nascido, procurando o bem-estar da mãe filho, buscando o trabalho em equipe para amenizar as lacunas existentes nesse serviço.

Portanto é evidente a necessidade da qualificação da equipe de enfermagem para atuar junto às parturientes/puérperas, desempenhando da melhor maneira suas atividades de forma satisfatória os cuidados de enfermagem proporcionando assim um atendimento de qualidade (JESUS et al., 2021).

Fica evidente a importância da equipe de Enfermagem capacitada, não apenas em especializações obstétricas, mas também com a capacidade estrutural, burocrática, sistematizadora. É de muita importância a enfermagem que trabalha em equipe. Para por em prática todo o atendimento humanizado a equipe de enfermagem necessita de uma instituição com os materiais adequados, espaço, equipe e capacitação.

Categoria 3- A sistematização da assistência de enfermagem e a gestão do cuidado nas complicações no período clínico do parto.

Nesta categoria foram abordadas três perguntas abertas sobre as ações da equipe de Enfermagem nas complicações que foram relatadas na categoria anterior, a importância dessas ações e o que pode ser melhorado na assistência de Enfermagem.

Dentro os 15 participantes 1 profissional não respondeu sobre quais ações seriam realizadas diante das complicações, o mesmo relata que não participou de nenhuma complicação até o momento.

Hemorragia Pós Parto

Da pesquisa 8 profissionais informaram que a hemorragia pós parto seria uma das complicações mais assistenciada pela equipe de Enfermagem. Ao serem questionados quais seriam as ações realizadas frente a esta complicação os mesmos relataram:

TE9 - “ Os procedimentos eu não sei dizer pois estou há apenas 2 meses

no setor.”

TE4 - “ Realizamos a massagem para sair os coágulos, acompanhar o sangramento, e informamos o médico. Ficamos monitorando a pressão da paciente porque normalmente quando há perda de muito sangue a pressão vai abaixando.”

TE10 - “Damos uma compressa para a paciente colocar, avisa a Enfermeira e chama o médico.”

TE5 - “Tudo depende da conduta médica.”

E2 - “A gente troca todo o lençol e coloca forro, forro que agente diz e a compressa e a troca do lençol, que e como a gente monitora o sangramento, e avisa o médico e ele irá prescrever a medicação.”

TE6 - “E a hemorragia nos utilizamos os medicamentos conforme prescrição medica”

TE11 - “A gente avalia os sinais vitais e avalia o sangramento, a gente faz os procedimentos que tem que ser feito e já chama o médico que é ver os sinais vitais, ver o sangramento, se é hipotensão a gente já abaixa o membro superior e eleva o membro inferior, e já faz todas as manobras necessárias.”

TE12 - “A gente comunica o medico assistente e ai já começamos a iniciar com as medicações, mandam a gente administrar ocitocina, outras medicações para parar o sangramento, algumas manobras, colocar um pesinho em cima do útero.”

Ação da enfermagem no diagnóstico precoce da HPP é a chave para o manejo adequado dessa condição emergencial. É fundamental que se reconheça precocemente o sangramento aumentado antes que ele determine alterações significativas nas condições clínicas das pacientes (COSTA, 2020).

O diagnóstico precoce pode ser feito com base na observação e mensuração do sangramento vaginal, através da observação direta por estimativa visual ou da pesagem de compressas e campos ou por medição do sangue coletado em recipientes que permitam a medida, o reconhecimento dos sinais e sintomas de hipovolemia, como tonturas, fraqueza, palpitações, inquietação, confusão, palidez, pele fria, sudorese, taquicardia, hipotensão, oligúria, anúria, redução da saturação abaixo de 95% (COSTA, 2020).

Segundo COSTA (2020) a maioria dos casos de HPP podem ser identificados pelo mnemônico dos “4Ts” que seriam:

- Tonus - Atonia Uterina - Com frequência de 70%;
- Trauma- Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina- Com frequência de 19%;
- Tecido- Retenção de tecido placentário, coágulos e acretismo placentário- Com frequência de 10%;
- Trombina- Coagulopatias congênicas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes- Com frequência de 1%;

A quantificação da perda sanguínea é realizada pela equipe de enfermagem. Este método é conhecido internacionalmente pelo acrônimo QBL (Quantitative Blood Loss). Anteriormente as unidades obstétricas utilizavam para quantificação de perda sanguínea, o EBL (Estimative Blood Loss), em que o profissional estimava a perda sanguínea por parâmetros individuais, atualmente tem se introduzido nas unidades obstétricas o QBL que diferente do EBL e onde é utilizado um padrão na quantificação da perda sanguínea, por meio do peso seco dos panos e absorventes e posteriormente o peso quando saturado, sendo utilizada para a pesagem a balança para recém-nascido (RN) já presente nas unidades (BRANGA, 2021).

A técnica é simples e rápida de ser realizada, conforme Costa (2020) relata que a técnica de mensuração da perda sanguínea é capaz de detectar a hemorragia nas fases iniciais, já que sinais de alteração na frequência cardíaca e choque hipovolêmico são sinais tardios. A perda sanguínea pode ser mensurada através da avaliação visual correspondente em volume:

- Poça de 50 cm de diâmetro equivale a 500ml;
- Poça de 75 cm de diâmetro equivale a 1.000ml;
- Poça de 100 cm de diâmetro equivale a 1.500ml;
- Cama com poça de sangue sobre o lenço Provavelmente menos de 1.000ml;
- Hemorragia vaginal com sangue fluindo para o chão Provavelmente excede 1.000ml;

Uma outra técnica que pode ser usada é a pesagem das compressas para estimar a perda de sangue. As compressas devem ser pesadas antes para o seu peso inicial ser abatido. Como a densidade do sangue é próxima à da água, considera-se 1 grama equivalente a 1ml e também teria a opção de estimativa de perdas volêmicas

que podem ser avaliadas com o uso dos dispositivos coletores também conhecidos como bolsas, sacos ou fraldas coletoras. Devem ser colocadas logo após o parto e, ao final, o sangue acumulado irá determinar a perda sanguínea (COSTA, 2020).

Feita a estimativa da perda sanguínea, segue-se os primeiros cuidados de intervenção, centralizados na manutenção da estabilidade hemodinâmica. Para perdas menores, entre 500-1000ml, sem sinais e sintomas de choque, é recomendado acesso venoso, coleta de amostra sanguínea para a realização de hematócrito, hemoglobina e dosagens dos fatores de coagulação, incluindo o fibrinogênio, medida dos sinais vitais (pulso, frequência respiratória e pressão sanguínea) a cada 15 minutos e infusão de solução cristalóide (MACEDO; LOPES, 2018).

Para perdas maiores (maiores que 1000ml) e sangramento persistente ou sinais e sintomas de choque, deve-se realizar a sequência do ABCDE do ATLS, com manutenção da via aérea pérvia e ventilação, avaliação da circulação, com dois acessos venosos calibrosos, infusão de fluido aquecida e de maneira rápida, bem como avaliar a necessidade de hemotransfusão, coleta de amostra sanguínea para a realização de exames laboratoriais e tipagem sanguínea e manutenção da paciente aquecida (MACEDO; LOPES, 2018).

A administração de fluidos deve ser realizada com solução cristalóide isotônica inicialmente, podendo ser, posteriormente (geralmente após a administração de 2 L da primeira) mantida ou trocada por solução colóide (1,5L) até a chegada dos hemocomponentes (MACEDO; LOPES, 2018).

A enfermagem também fica encarregada de estar administrando as medicações para a hemorragia pós parto conforme protocolo institucional, as medicações mais utilizadas para a hemorragia são: Ocitocina, Misoprostol, Metilergometrina e Ácido tranexâmico.(MACEDO; LOPES, 2018)

Uma vez que a HPP foi diagnosticada, foram realizadas as medicações para hemorragia, e não obteve êxito, o próximo passo são as intervenções conservadoras: Massagem uterina bimanual, Tamponamento uterino e traje anti choque não pneumático (TAN). Massagem uterina bimanual: A manobra de Hamilton é primeira manobra a ser realizada nos casos de atonia uterina, enquanto realiza a medicação uterotônica ou na falha dela. O esvaziamento da bexiga antes da compressão é essencial para aumentar a eficácia da manobra (COSTA, 2020).

A atonia uterina é uma das principais causas de hemorragia pós parto, e ela foi citada por um profissional TE9 como uma das complicações assistenciadas

pela equipe de Enfermagem, este profissional foi o mesmo que relatou que a hemorragia também era uma complicação assistência, ao perguntar sobre a ação realizada em ambas complicações o mesmo relatou que está apenas 2 meses no setor e que não sabe dizer.

O melhor modo de fazer o diagnóstico é verificando a clínica do paciente. São alguns dos achados clínicos que podem ser encontrados como sangramento vaginal de início abrupto, dor abdominal ou na região lombar, alterações nos batimentos cardíco-fetais (BCF), morte fetal intrauterina. Contudo, não se podem descartar achados laboratoriais, devendo-se observar o hemograma, de forma avaliar os valores dos marcadores hemoglobina e hematócrito, bem como exames de imagem, que podem fazer a diferença no diagnóstico adequado.

Outras observações é verificado a formação do Globo de Segurança de Pinard, sendo este um coágulo de sangue formado no útero logo após o parto que, inicialmente faz a compressão do miométrio tornando os vasos uterinos contraídos e consistentes evitando desta forma, perda sanguínea. A palpação do Globo, abaixo da cicatriz umbilical é de extrema importância, pois a sua presença indica que houve uma manutenção do tônus uterino, mantendo a hemostasia no terceiro período, dequitação (MAYAN et al., 2018).

As condutas terapêuticas diante de pacientes que apresentam atonia uterina variam de acordo com o estado geral da mulher e com cada profissional, pois na atual conjuntura existe uma gama de tratamento que pode evitar a mortalidade materna. fazem referência à terapia medicamentosa, pois o uso da mesma por via parenteral tem ação mais rápida podendo desta forma reduzir a perda sanguínea no pós-parto imediato (MAYAN et al., 2018).

Quando questionados sobre a importância das ações da equipe de enfermagem frente a complicação de hemorragia pós parto os relatos foram direcionados ao atendimento com agilidade, conhecimento e trabalho em equipe.

TE9 - “Faz toda diferença, uma equipe unida e bem informada é bem importante.”

TE2 - “Muito importante, a equipe tem que estar preparada.”

TE12 - “A vida do paciente, quanto mais rápida a gente for mais rápido evitamos a complicação que possa dar.”

TE5 - “Muito atenção e muita responsabilidade, não é um procedimento

igual para todos, cada uma é diferente. Tem um protocolo mas parece que temos que entrar na mente da paciente e ficar junto com ela.”

E2 - “É muito importante, para a ausculta de BCF, aferir sinais vitais, queixas da paciente, o apoio a paciente, e passar tranquilidade para essa mulher, fornecer medidas de conforto, respeitar o desejo da mulher.”

TE6 - “E de suma importância, tem que estar um entrosamento bom com a equipe pois no momento cada minuto é crucial.”

TE11 - “Muito importante a equipe de enfermagem, a equipe tem que estar bem instruída para ter visão, porque aqui a gente precisa muito de visão, eu penso assim, eu olhei a puérpera e eu já tenho que ver a coloração dela, eu já sei se ela vai ter sangramento ou não, se eu vou conseguir dar banho ou não, mais isso vai de experiência. Aqui a Enfermagem precisa estar bem atenta, porque é muito rápido.”

TE12 - “Nesse momento e na vida do paciente que está em jogo, a gente tem que estar atento a tudo e a qualquer sinal de sintoma, e ser ágil, ser rápido para agir, porque sangramento é uma coisa que vai e quando tu vês pode perder o paciente.”

Todos os profissionais da equipe de enfermagem devem ser treinados e capazes de reconhecer os primeiros sinais de HPP, pois são eles que estão à beira leito à todo momento e devem intervir de maneira ágil e eficiente para controlar a hemorragia, promovendo saúde e reduzindo então a mortalidade materna (ALVARES, 2019).

É relevante destacar o importante papel da equipe de enfermagem na assistência prestada às mulheres no período pós-parto, por meio de uma assistência abrangente, qualificada e humanizada, focada nas necessidades das mulheres. Esse é um período que requer exame físico constante, a fim de avaliar e identificar possíveis anormalidades, adaptações fisiológicas e detectar possíveis complicações (ALVARES, 2019).

Para uma assistência qualificada é necessário que haja a promoção de uma comunicação efetiva com a parturiente, que lhe proporcione conforto, lhe amenize a sensação de medo e angústia e transmita segurança e confiança. A confiança permite que o trabalho em equipe seja facilitado, pois, quando a relação está pautada na confiança e segurança previamente estabelecidas entre o profissional e a parturiente, é possível realizar um parto envolto em uma esfera de

cuidado e tranquilidade (OLIVEIRA et al., 2019).

O trabalho em equipe juntamente com os conhecimentos necessários para uma assistência qualificada é um conjunto essencial para o manejo da hemorragia pós parto. É importante reafirmar que a equipe de enfermagem necessita estar entrosada com a paciente para que haja uma comunicação clara e compreensível. O olhar clínico, a aferição dos sinais vitais, avaliação do sangramento pós parto, exame físico e queixas da paciente são a chave principal para uma assistência qualificada.

Pré Eclâmpsia

Conforme quatro participantes da pesquisa relataram que a pré-eclâmpsia é uma das principais complicações assistenciadas pela equipe de Enfermagem, ao serem questionados sobre as ações realizadas por eles nesta complicação os mesmos relataram que:

TE4 - “Pré eclâmpsia nós informamos o médico e iniciamos os procedimentos conforme prescrição.”

TE5 - “Começa com medicação, sulfato de magnésio e normalmente a paciente fica na sala de emergência.”

TE6- “Quando diagnosticada a parturiente e encaminhada para cesárea de emergência.”

TE8 - “Na pré eclâmpsia a gente começa a sulfatar, ver os sinais vitais em 15 em 15, começamos a sulfatar a paciente, orientamos certinho, pra ver se ela tem dor de cabeça, se não resolver, a gente realiza exame tudo certinho e a gente vê o resultado e daí faz uma cesárea”

Segundo Kahhale et al. (2018) o diagnóstico é caracterizado pela tríade sintomática: Edema, hipertensão e proteinúria. A hipertensão arterial é a condição mais importante e deverá estar acompanhada de edema e proteinúria ou ambas. O aparecimento dessas manifestações, principalmente em primigestas, ou o agravamento de quadro hipertensivo, após a vigésima semana, sugerem o diagnóstico.

O edema é um dos sinais mais pontuados e que é procurado pelo enfermeiro durante os casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, salienta-se que esse achado é resultado da retenção exagerada de sal e água. A proteinúria é identificada

por meio da realização de exames laboratoriais, para a sua avaliação é necessário realizar uma coleta de urina em 24h, para analisar a perda total. Considera-se pré-eclâmpsia quando o resultado mostra 2+ / valor $\geq 0,3\text{g}$ ou mais de proteínas, associado à pressão 140x90 mmHg ou mais (SOUSA et al., 2021).

Uma vez diagnosticada a pré-eclâmpsia, a gestante deve ser internada e permanecer em repouso relativo, em decúbito lateral esquerdo, a fim de favorecer o retorno venoso, aumento do débito cardíaco e do fluxo plasmático renal com intensificação da natriurese, com consequente melhora da hipertensão e da perfusão uteroplacentária. É essencial a dieta hipossódica contendo 2 a 3 gramas de sal e rica em proteínas (KAHHALE et al., 2018).

Nos casos de pré-eclâmpsia grave e quando a primeira manifestação hipertensiva aparece numa gestante de termo ou próximo a ele, especialmente com colo favorável para indução do parto, a conduta é clara e executada sem dificuldades. Há, entretanto, um contingente de mulheres em que a hipertensão se instala de forma grave e precoce na gestação, exigindo a antecipação do parto o que aumentará o risco do recém-nascido em decorrência da prematuridade, podendo requerer uma prolongada internação em unidade de terapia intensiva neonatal (KAHHALE et al., 2018).

A cura da PE ocorre apenas com a retirada da placenta, por isso a conduta clínica baseia-se na gravidade do quadro e da idade gestacional. A existência de um feto maduro é suficiente para realizar seu nascimento e consequentemente o tratamento para a enfermidade (SOUSA et al., 2021).

Portanto, gestantes com fetos termo e PE devem ser internadas em centros obstétricos, iniciar o tratamento dos episódios de HAS aguda, prevenção de convulsões com MgSO_4 (Sulfato de Magnésio), este reduz 57% o risco de ocorrência de quadros de eclâmpsia e diminui riscos de morte materna. O sulfato de magnésio (MgSO_4) deve ser utilizado por 24 horas pós-parto. e nas formas graves, avaliação dos parâmetros maternos fetais e interrupção da gravidez preferencialmente por indução (SOUSA et al., 2021).

Em relação aos cuidados com a vitalidade fetal, muitas vezes se prioriza apenas a monitorização da gestante, evidenciando um déficit na conduta de enfermagem prestada ao binômio gestante-feto. É importante salientar que quando a gestante se encontra hospitalizada, o feto deve ser auscultado todos os dias, e a movimentação fetal também deve ser observada (CAFÉ et al., 2021).

Em casos de pré-eclâmpsia leve, o bem estar fetal deve ser avaliado uma vez por semana ou conforme alteração do estado materno. É importante sinalizar também que no momento do diagnóstico da PE, deve ser solicitada uma ecografia para monitorar o desenvolvimento fetal (CAFÉ et al., 2021).

A importância da ação da equipe de enfermagem diante da pré-eclâmpsia diante dos entrevistados foi vista como essencial, foi direcionado a importância sobre a agilidade, atenção aos sinais de alarme, e olhar clínico.

TE4 - “A ação tem que ser rápida, ter noção do que está fazendo, a equipe trabalha junto e melhor.”

TE6 - “É de suma importância, tem que estar um entrosamento bom com a equipe pois no momento cada minuto é crucial.”

TE7 - “Muito importante, principalmente a visão, às vezes tu não precisas nem examinar, se tu olhares para o paciente e ver a coloração, pois o médico não fica no setor direto, então a gente precisa avaliar.”

TE8 - “Na assistência e tudo né, estar sempre em equipe com o médico, com o enfermeiro, sempre estar ali para ajudar, sempre prestar os cuidados com o paciente com a gestante.”

Analisando este contexto e tendo em vista a inexistência de um tratamento curativo, a pré-eclâmpsia exige detecção antecipada, manejo clínico adequado e monitorização eficaz. Assim, a assistência de enfermagem durante o ciclo gravídico-puerperal desempenha importante papel no controle dos agravos da pré-eclâmpsia, pois o diagnóstico precoce e a assistência qualificada são fatores indispensáveis para um bom prognóstico (CAFÉ et al., 2021).

A assistência de enfermagem específica a mulher com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia é capaz de reduzir complicações e taxas de morbimortalidade pois a enfermagem tem papel importantíssimo no processo do cuidado, proporcionando assistência, orientação e educação em saúde e evitando assim possíveis agravos. Nessa perspectiva os importantes cuidados de enfermagem diante a pré eclâmpsia seriam a aferição da pressão arterial, detecção precoce, escuta qualificada, orientações adequadas e em tempo oportuno às gestantes sobre os sinais e sintomas, cumprimento da prescrição medicamentosa, e os cuidados com a vitalidade fetal (MAI et al., 2021).

O enfermeiro é o profissional que frequentemente encontra-se na linha de frente de atendimento das complicações obstétricas, sendo o primeiro a ter

contato com a parturiente. Desta forma, é necessário que a assistência prestada por ele seja pautada em evidências científicas fortes e atualizadas. A anamnese detalhada, o exame físico cuidadoso e o constante acompanhamento dos níveis pressóricos são exemplos de cuidados demandados inicialmente à gestante e facilitam a detecção precoce de casos de pré-eclâmpsia (SANTANA et al., 2019).

Partindo dessa prerrogativa, é fundamental a atuação do enfermeiro dentro da equipe multidisciplinar na prestação de assistência adequada e eficaz à gestante com essa complicação. A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar adversamente a gravidez.

Parto Prematuro

Referente ao parto prematuro dois participantes relataram que as ações realizadas pela equipe são:

TE4 - “Partos prematuros, algumas vezes conseguimos fazer aqui, porém as vezes complica e precisamos transferir a mãe e o bebe para o Santa Catarina ou aonde tiver lugar.”

E1 - “ Normalmente a gente só faz a transferência. Entramos no SISREG para tentar conseguir um leito de UTI neonatal e às vezes para a Mãe também.”

A realização de anamnese detalhada é o primeiro passo para se identificar a mulher com risco para o parto prematuro. A busca por indicadores clínicos deve ser instituída, de preferência, antes da concepção, para permitir o controle dos riscos e contribuir para uma evolução favorável da gestação. Apesar de, em cerca de metade dos casos, o parto prematuro ser considerado de etiologia desconhecida, ocorre com frequência à associação de fatores de risco maternos e fetais, que podem ser classificados em epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínicos cirúrgicos, genéticos, iatrogênicos e desconhecido (SOUZA et al., 2019).

O enfermeiro está habilitado a identificar um quadro de TPP, a medida que é capaz de reconhecer que a presença de contrações uterinas dolorosas (1-2/10 minutos), presença de dilatação cervical igual ou acima de 2 cm, apagamento cervical de 80% ou mais e idade gestacional maior ou igual a 20 semanas e menor que 37 semanas fundamentam-se como sinais clínicos dessa complicação gestacional

(OLIVERIA et al., 2022).

Na maioria das vezes não é preciso o diagnóstico clínico do TPP, devido a evolução para parto em 24 e 48 horas totalizando um terço. Diante do TPP o enfermeiro irá gerenciar a equipe de enfermagem para a realização da assistência que tem o objetivo de realizar cuidados integral e promover uma assistência à gestante e ao feto (SANTANA et al., 2022).

A equipe de Enfermagem dentro desse contexto necessita estar em vigilância e manter comunicação com outros setores, profissionais e unidade de saúde que possuam preparo estrutural para intercorrências, pois em determinadas situações os trabalhos de parto prematuro evoluem para uma cesaria devido o sofrimento fetal, e mesmo quando ocorrem de forma natural o bebê nasce necessitado de UTI-Neo (MENESES et al., 2022).

O hospital onde foi realizado a pesquisa é de porte médio, não possui UTIN e por isso como informado pelo profissional Enfermeiro os casos de prematuridade são encaminhados para o Hospital com o porte necessário para o atendimento eficaz para a parturiente e recém nascido.

A equipe de enfermagem se demonstra essencial na assistência e apoio à parturiente e família no parto prematuro, quando questionados sobre a importância das ações da equipe os profissionais relataram:

TE4 - “A ação tem que ser rápida, ter noção do que está fazendo, a equipe trabalha junto e melhor.”

E1 - “Acompanhar e dar assistência.”

Diante do TPP o enfermeiro irá gerenciar a equipe de enfermagem para a realização da assistência que tem o objetivo de realizar cuidados integral e promover uma assistência à gestante e ao feto, contribuindo com a redução da incidência de morbimortalidade perinatal. É de extrema relevância esse cuidado, pois permite organizar e direcionar a tomada de decisão do profissional frente às reais necessidades da paciente gestante, colaborando para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva. Além disso, o enfermeiro tem a possibilidade de fortalecer vínculos com a gestante, prestando um cuidado qualificado, acolhedor e holístico (SANTANA et al., 2022).

Contudo, uma enfermagem vigilante e qualificada é fundamental para

salvar a vida do binômio mãe-Bebê, a equipe de enfermagem e a multiprofissional deve ser preparada para todas as situações quando se trata de assistência ao trabalho de parto prematuro e aos cuidados à mãe e ao RN, e sempre pontuando a importância do pré-natal para a prevenção de possíveis complicações no parto (MENESES et al., 2022).

Portanto, mesmo não podendo ainda ser evitado o Trabalho de Parto Prematuro (TPP) existem várias formas de assistência para que o parto mesmo prematuro seja preparado de forma cautelosa e segura. É possível observar a importância da Enfermagem neste cenário, pois o cuidado e prevenção ao TPP inicia no pré-natal que é realizado por Enfermeiros, e toda avaliação e cuidado à parturiente no hospital é realizado pela Equipe de Enfermagem. Portanto, pode ser observado que a Enfermagem tem um papel importante no TPP tanto na prevenção quanto nas ações durante o parto, para manter a vida de mãe e feto.

Aspiração Meconial

Segundo TE4 a aspiração meconial também é uma das complicações que é assistenciada no centro obstétrico, e ao ser questionado sobre a ação realizada diante a esta complicação o mesmo relata que “em relação ao mecônio seguimos os protocolos médicos, realizamos as ações conforme a equipe médica relata”.

Para a confirmação do diagnóstico é necessário que o cálculo da idade gestacional seja realizado de forma exata através da ultrassonografia no primeiro trimestre, sendo que se verificando a altura uterina, menor que a esperada para o último trimestre, deve ser realizado ultrassonografia obstétrica para acompanhamento do crescimento fetal (BASTOS et al., 2018).

Sabe-se que no parto além da assistência de enfermagem já realizada, os cuidados de enfermagem voltado a aspiração meconial começam a partir do momento do nascimento, quando é identificado o SAM. O enfermeiro deve atuar junto com a pediatra, com aspiração ainda na mesa de observação da traquéia, boca, narinas e faringe, sob uma luz traqueal. Se o neonato apresentar apneia ou sinais de diminuição de frequência cardíaca ou respiratória, realizar aspiração hipofaríngea (SIMÕES et al., 2019).

Caso os RN's evoluam para um desconforto respiratório de forma moderada ou leve, devem ser colocados em incubadora, aquecido, utilizar oxigenação

de forma adequada, monitorando os padrões de O₂ de 90 a 100 mmHg para evitar hipoxia. Administrar os medicamentos conforme prescrição médica, monitorização de sinais vitais, realização de mudança de decúbito. Deve haver um controle de hidratação, para evitar encharcar o RN, provocando edemas (SIMÕES et al., 2019).

Quando encaminhado para a UTIN, esse RN deve ser mantido em berço aquecido para controle de temperatura, controle de frequência cardíaca (FC) e respiratória (FR), além de diurese e densidade urinária, muitos dos mesmos apresentam convulsões, sendo necessário utilizar fenobarbitúricos para o controle das crises. A utilização de antibióticos pode ocorrer nos casos em que a SAM evolui para um quadro de pneumonia química. A realização de fisioterapia respiratória é de grande valia para a saída do mecônio das vias respiratórias (BASTOS et al., 2018).

O enfermeiro diante desta situação deve estar apto a prestar os cuidados específicos necessários a este RN. Dentre eles, está a utilização de ventilação mecânica, a manutenção dos parâmetros de oxigenação dentro dos limites, e, em muitos casos, a administração de analgesia conforme prescrição médica. Durante todo o momento de assistência, o objetivo principal é prevenção da asfixia, a qual pode causar lesões neurológicas (BASTOS et al., 2018).

A enfermagem deve estar capacitada e preparada para implementar os cuidados necessários que proporcionam melhora do quadro clínico. Os procedimentos realizados pela equipe são de alto risco e com baixa tolerância a erros, exigindo habilidade técnica, conhecimentos científicos e decisões imediatas. Há também que ter uma capacitação no suporte e interação com os familiares do recém-nascido (GUIMARÃES et al., 2015).

Os profissionais devem incentivar a presença e participação dos pais no cuidado ao recém-nascido hospitalizado, pois aumenta o vínculo afetivo, auxilia na redução do estresse situacional e capacita para o cuidado domiciliar pós-alta. Entretanto, a presença dos pais na UTI é limitada, tendo como justificativa os procedimentos invasivos, espaço físico pequeno e horário de visita médica (GUIMARÃES et al., 2015).

Diante da assistência de enfermagem é necessário que o profissional seja um suporte na conduta gradativa e psicológica, caso seja preciso um encaminhamento especializado, bem como é fundamental que a equipe esteja apta nas habilidades técnicas e capacitada para a tomada de decisões imediatas e mediatas, evitando procedimentos desnecessários e que não possua eficácia no tratamento, e

por fim a sala de acolhimento deve estar devidamente apropriada para que possa promover uma interação indispensável na qualificação da sistematização da saúde neonatal (JESUS et al, 2017).

Sobre a importância da ação da equipe de enfermagem diante a aspiração meconial o profissional TE1 relata ser “Muito importante, a Enfermagem no hospital é o coração, eu penso que a Enfermagem tem de ser muito atuante, ter muito treinamento, humanização, união, a equipe tem que ser mais unida e ter mais confiança em si, ser capaz e mostrar o que sabe fazer, mostrar trabalho.”

A importância da Enfermagem é fortemente citada, desde os primeiros sinais e acompanhamentos na consulta do pré-natal até os primeiros atendimentos ao RN na sala de parto, uma consulta de pré natal bem descrita, utilizando a consulta de Enfermagem e contendo todos os dados de acompanhamento da gestante e do RN demonstram a diferença na hora do parto. O acompanhamento da equipe de Enfermagem e do enfermeiro no momento do parto para o acompanhamento da evolução e para prestar os primeiros cuidados ao RN é de extrema importância e resolutividade quando se trata da vida do RN.

É possível verificar a importância do trabalho da equipe multiprofissional, e como o enfermeiro deve possuir conhecimento técnico associado à prática para que forneça um atendimento de melhor qualidade possível, dentro das condições de trabalho que possua pois, o mesmo podemos está na linha de frente do atendimento, desde o pré-natal, na sala de parto e a UTIN, dando suporte ao RN até o momento da sua alta, ou acompanhando seu óbito, quando a resposta ao tratamento não for favorável (BASTOS et al., 2018).

É necessário que a equipe esteja atenta aos possíveis problemas que podem surgir durante o nascimento, assim como o risco que estes neonatos apresentam de evoluírem com quadros de asfixia neonatal e Síndrome de Aspiração Meconial. Observa-se a importância de conhecer o perfil destes neonatos para proporcionar um atendimento qualificado no momento de transição a vida extra-uterina, importante para o desfecho positivo deste momento (ARAUJO et al., 2021).

Distócia de Ombros

O participante TE6 da pesquisa relata que as ações realizadas na distocia de ombros seriam “Nas distocias nós temos que realizar as manobras para deslocar

o ombro do bebe e não ficar sob pressão.”

No momento em que foi diagnosticado a distócia de ombros não deve ser aplicada força excessiva na cabeça ou pescoço fetal, ordena-se à parturiente para parar os esforços expulsivos, pedir ajuda imediatamente a todos os profissionais disponíveis, onde se incluem enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, obstetras (um deles sênior), anestesista e neonatologista (ou pediatra com experiência em reanimação neonatal), e nunca fazer pressão no fundo uterino (COUTINHO et al., 2021).

Após o desprendimento do pólo cefálico teremos então sessenta segundos para a realização das manobras, que se iniciam em tracionar o pólo cefálico com as mãos espalmadas com tração leve, com cuidado e firmeza, preocupando-se para não exercer força maior. Sendo assim, esta trata-se da primeira manobra para distócia de ombro (PAGANI, 2022).

Outras manobras que podem ser realizadas na distocia de ombros citadas por Pagani (2022) são:

- Manobra de McRoberts: consiste na hiperextensão da coxa sobre o abdome quando a parturiente estiver deitada. Caso a parturiente esteja em posição vertical a mesma deverá aumentar o agachamento.
- Manobra de Rubini: consiste na pressão supra púbica por trinta segundos de forma contínua e diagonal, caso, não haja sucesso, deverá ser utilizada a posição de quatro apoios ou a Manobra de Gaskin. Estudos demonstram que no diagnóstico de distocia de ombro a Manobra de Gaskin deve ser a primeira opção.
- Manobras como RubinII, Woods, Jacquemiere Zavanelli: consiste em recolocar a cabeça fetal dentro do útero mediante a anestesia geral e proceder à cesariana.

Diante de falha dessa combinação de manobras, a remoção do ombro posterior (manobra de Jacquemier) pode ser considerada imediatamente. Sua associação às manobras de McRoberts e Rubin I resolve 95% das distócias de ombro dentro de 4 minutos após o início do quadro. A manobra de Gaskin também

tem sido considerada muito relevante, pois, além de facilitar a realização das manobras, auxilia a extração fetal (por poder aumentar a conjugata obstétrica e o diâmetro sagital da pelve). Várias sequências de manobras são propostas para correção da distócia de ombros. Contudo, é ponto de convergência e consensual que as manobras de McRobert e Rubin I devem ser as primeiras para desimpactação do ombro fetal nas pacientes em litotomia (SILVA et al., 2019).

É de muita importância a avaliação pós parto em que houve distocia de ombros pois pode ser identificado através da avaliação o risco para hemorragia pós-parto; Presença de lesões no recém-nascido: lesões de plexo braquial, fratura de clavícula, fratura de úmero, pneumotórax e hipóxia (FIGUEIREDO et al., 2020).

TE6 relata que as ações da equipe de enfermagem são “de suma importância, tem que estar um entrosamento bom com a equipe pois no momento cada minuto é crucial”.

Diante de tudo, a importância de um profissional preparado para lidar com situações de distócias, da mesma maneira que é plenamente possível à realização de um parto sem distócias, que deve ser realizado por uma enfermeira obstétrica, o parto distócico pode contar com equipe multidisciplinar que além de proporcionar a continuidade da assistência prestada previne os momentos de angústias vivenciados pela parturiente em se deparar com um profissional que muitas das vezes não esteve presente em sua assistência durante a gestação (DIAS et al., 2019).

Portanto, é de extrema importância que existam protocolos (algoritmos) de atuação e uma preparação prévia de todas as equipes da sala de partos, de forma a reconhecer e tratar esta emergência, visto que os exercícios de treino e simulação melhoram o desempenho dos profissionais de saúde (FELICANO et al., 2021).

Assim também reforça-se a importância da presença do enfermeiro obstetra, pois o mesmo se torna um intermediador de conflitos durante o trabalho de parto em empoderar a parturiente em seus medos e na autonomia do parto. A enfermagem obstetra deve avaliar durante o acompanhamento à gestante e estar preparada para todas as circunstâncias, respeitando a tradição e a arte de partejar, tornando o parto mais seguro e efetivo, minimizando as potenciais consequências para recém-nascido e para parturiente (DIAS et al., 2019).

3.5 Circular Cervical de Cordão

O profissional TE1 relata que a ação realizada frente a complicação de circular de cordão é “Na circular de cordão quando o bebe nasce ele nasce sem respirar, então naquele tempo que o parto é um choque temos que estimular ele para ele respirar. Em casos mais graves é necessário realizar a massagem, ambuzar, pegar um acesso venoso que é muito difícil e quando não conseguimos temos que partir para um método mais invasivo. “

A veia umbilical é mais suscetível de ser obstruída do que as artérias umbilicais, devido à fragilidade da sua estrutura. As circulares facilmente são comprimidas durante o trabalho de parto, reduzindo o volume de sangue e a hipóxia é provável que ocorra devido à oclusão do cordão umbilical. A prática de cortar e cortar o cordão umbilical antes do nascimento é perigosa, porque coloca o RN em risco de hipóxia e hipovolemia (NASCIMENTO, 2017).

A hipovolemia é a causa mais frequente no fracasso da reanimação, sendo que, um volume sanguíneo adequado desempenha um papel importante na transição neonatal proporcionando uma melhor perfusão de todos os órgãos. Deste modo, como forma de evitar o corte imediato do cordão umbilical, se a circular for larga, deve ser deslizada sobre a cabeça do RN, caso esteja apertada, deverá ser realizada a manobra de Somersault (NASCIMENTO, 2017). Por este motivo é importante, após a expulsão da cabeça da apresentação, realizar-se uma palpação suave que permita identificar a sua presença (GOUVEIA, 2018).

A Manobra de Somersauld foi descrita pela primeira vez em 1991 por Schorn e Branco e consiste em ajudar a nascer lentamente os ombros do RN, sem manusear o cordão e, simultaneamente, fletir a sua cabeça. Mantendo a cabeça do RN perto do peíneo, realizar uma flexão semelhante a uma “cambalhota”, mantendo os seus membros inferiores apontados para os membros inferiores da parturiente. Deste modo o cordão desenrola-se naturalmente do pescoço do RN, resolvendo a circular cervical (GOUVEIA, 2018).

No entanto, os modos de atuação perante a existência de circular do cordão umbilical são variados e existe pouca evidência sobre a gestão adequada das circulares cervicais. Deste modo, perante a sua presença, o enfermeiro obstetra que presta cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis, implementando

intervenções efetivas na preservação da integridade do cordão umbilical, sempre que possível (NASCIMENTO, 2017).

Como o TE1 já mencionou sobre a importância da ação da equipe de Enfermagem e o mesmo reforçou que a equipe é o “coração do hospital” e que teria que ser muito atuante, ter muito treinamento, união e trabalho em equipe.

A equipe de Enfermagem percebendo quais os impactos no processo fisiológico normal associado a gestão da circular de cordão umbilical se torna de grande importância, para proporcionar um parto seguro, minimizando as intervenções prejudiciais para o recém-nascido e parturiente. Uma gestão da circular cervical do cordão umbilical com base na melhor evidência disponível, assim como uma prática refletida e consciente sobre o impacto da gestão da circular do cordão umbilical na parturiente/recém-nascido, permitirá garantir um ambiente apropriado, assim como a implementação de estímulos contextuais adequados que garantam uma adaptação positiva (MARCOS, 2015).

Batimentos Cardíofetais

Conforme TE5 relatou que a complicação assistida pela equipe de Enfermagem é o BCF, quando questionado sobre a ação que é realizada conforme a complicação é diagnosticada o profissional relata que “BCF Informamos o médico e monitoramos até a cesárea de emergência.”

Um método utilizado para avaliar a situação do feto intraparto é a cardiotocografia (CTG), que consiste em um exame que monitora a frequência dos batimentos fetais e as contrações uterinas durante um dado intervalo de tempo, em geral de 10 a 20 minutos. Existem quatro métodos para realizar medições CTG: amagnetocardiografia (MCG) e afonocardiografia (PCG), utilizando o efeito Doppler através do ultrassom e o eletrocardiograma (ECG) (INOCÊNCIO et al., 2019).

Os métodos mais comumente utilizados para monitorização fetal intraparto são a ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais com sonar Doppler e cardiotocografia contínua. O estetoscópio Pinard não é adequado para ausculta dos batimentos cardíacos fetais durante as contrações uterinas; por isso ele não é indicado. A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) preconiza que, no primeiro período do parto, a ausculta seja realizada a cada 15 minutos, e, no segundo período (expulsivo), a cada 5 minutos (FERREIRA et al., 2022).

A monitorização fetal intraparto, por meio da avaliação da frequência cardíaca fetal, visa diferenciar os fetos bem-oxigenados, que não necessitam de intervenções, daqueles mal-oxigenados, que necessitam de intervenções rápidas para evitar lesão permanente do sistema nervoso central, especialmente paralisia cerebral e óbito fetal. A monitorização fetal intraparto pode ser realizada por ausculta intermitente dos batimentos cardíacos, cardiotocografia contínua (externa ou interna), ou intercalando os dois métodos periodicamente (SILVEIRA; JUNIOR, 2018).

Para pacientes de baixo risco durante o trabalho de parto a ausculta intermitente deverá ser feita durante 1 minuto, imediatamente após a contração, em intervalos de, pelo menos, 15 minutos e registrada como frequência única, com uma anotação sobre a presença de acelerações e desacelerações, se ouvidas (GIBB; ARULKUMARAN, 2018).

O pulso da gestante deverá ser verificado a cada 15 minutos, para diferenciação entre as duas frequências cardíacas. Se a ausculta intermitente detectar alguma anormalidade, isso deverá ser explicado à paciente, e a cardiotocografia deverá ser oferecida. O método de observação poderá ser revertido para ausculta intermitente se o traçado for tranquilizador após 20 minutos (GIBB; ARULKUMARAN, 2018).

Durante o segundo estágio, a ausculta intermitente da frequência cardíaca deverá ser mantida de modo similar, imediatamente após as contrações, recomendando-se a ausculta, pelo menos, a cada 5 minutos ou após toda contração. Como durante o primeiro estágio, se a ausculta indicar possíveis anormalidades na frequência cardíaca então será oferecida a cardiotocografia. O método de monitorização da frequência cardíaca poderá voltar para o modelo de ausculta intermitente, se o traçado for tranquilizador após 20 minutos (GIBB; ARULKUMARAN, 2018).

Para os pacientes de alto risco os benefícios da monitorização da frequência cardíaca por ausculta, comparados com os da monitorização contínua por CTG em gestações de alto risco ainda não foram comprovados cientificamente. Atualmente é utilizado a cardiotocografia nas gestantes de alto risco com complicações durante a gestação e no período intraparto. Deve ser verificado o aumento da frequência cardíaca fetal (ou seja, uma aceleração). Se necessário, essa ausculta deve ser repetida algumas vezes em um curto período, enquanto ocorrem movimentos fetais. Quando a gestante informar o início de uma contração, deve-se

fazer a palpação e o registro da frequência cardíaca fetal. Se ocorrer uma desaceleração, provavelmente será uma variável “atípica” ou desaceleração variável (GIBB; ARULKUMARAN, 2018).

Nos casos de desaceleração, a ausculta continua será valiosa para verificar o tempo de recuperação até a frequência basal, para observar se ocorre novamente durante as próximas contrações e para determinar a necessidade de transferência da paciente para monitorização contínua. A taquicardia fetal ou a presença de uma desaceleração súbita por um período prolongado podem ocorrer antes do óbito fetal. Se os movimentos fetais não forem palpados durante 90 minutos após a internação, será preciso avaliar os fatores de comprometimento fetal, crescimento intrauterino restrito (IUGR), infecção, sangramento, gestação prolongada e presença de mecônio na ruptura de membranas para instituir a vigilância adequada (GIBB; ARULKUMARAN, 2018).

O traçado cardiotocográfico deve ser interpretado de acordo com o quadro clínico e a fase do trabalho de parto. Mudanças na frequência cardíaca basal durante a evolução do trabalho de parto, especialmente diminuição da variabilidade e taquicardia, e presença de desacelerações com duração maior que 60 segundos e com recuperação lenta da linha de base, devem causar preocupação (SILVEIRA; JUNIOR, 2018).

A Taquicardia, isoladamente, tem pouco valor preditivo para acidose, mas pode estar presente nas fases iniciais da resposta ao estímulo hipóxico de instalação não aguda. Descartar outras causas, tais como febre (infecção materna e fetal, analgesia de parto), prematuridade, movimentação fetal excessiva, ansiedade materna, hipertireoidismo, anemia fetal, taquiarritmia fetal (geralmente acima de 200 bpm) e uso de medicamentos (b-adrenérgicos, bloqueadores parassimpáticos) e de cocaína (SILVEIRA; JUNIOR, 2018).

A Bradicardia quando associada à acidose, geralmente, é precedida por outras alterações, especialmente variabilidade mínima ou ausente e ausência de acelerações. Pode ocorrer devido a evento catastrófico (prolapso de cordão, ruptura uterina, descolamento prematuro de placenta) ou à hipotensão materna, à hipotermia, à hipoglicemia, ao pós-datismo, à bradiarritmia fetal, à descida rápida da apresentação, ao uso de medicamentos (b-bloqueadores, anestesia) e à taquissístolia (SILVEIRA; JUNIOR, 2018).

A aceleração é definida pelo aumento transitório da frequência cardíaca

igual ou acima de 15 bpm, com 15 segundos ou mais de duração. O registro de, pelo menos, duas acelerações em um período de 20 minutos é considerado um traçado reativo. A presença de acelerações é considerada um sinal de boa saúde fetal: O feto está respondendo a estímulo e exibindo a integridade dos mecanismos de controle cardíaco. As acelerações estão ausentes em situações nas quais os movimentos fetais não ocorrem como o período de sono fetal e pela influência de alguns fármacos, de infecção e de hemorragia intracerebral, sendo importante a correlação clínica com achados da CTG (GIBB; ARULKUMARAN, 2018).

A desaceleração é um episódio transitório de diminuição da frequência cardíaca fetal basal com amplitude superior a 15 bpm e com duração superior a 15 segundos. As desacelerações podem ser mais prolongadas, mas não são significativas quando os outros aspectos da frequência se encontram em um padrão de normalidade (GIBB; ARULKUMARAN, 2018).

Quando a variabilidade da linha de base está reduzida (menos de 5 bpm) em um traçado não reativo, a presença de desacelerações pode ser muito significativa, mesmo quando a amplitude da queda for inferior a 15 bpm. Uma desaceleração que ocorra imediatamente após uma aceleração e que apresente um retorno basal dentro de 30 segundos é considerada normal (GIBB; ARULKUMARAN, 2018).

A variabilidade basal é o grau de oscilação da linha base em um determinado período, excluindo-se as acelerações e as desacelerações (GIBB; ARULKUMARAN, 2018). Existem alguns tipos de variabilidade basal, seria a ausente que tem um padrão geralmente terminal; Mínima que pode estar associada à acidemia, especialmente, na ausência de acelerações transitórias e presença de desacelerações tardias e variáveis (SILVEIRA; JUNIOR, 2018).

E descartar período de sono fetal (duração de 20 a 60 minutos; reverte espontaneamente ou com emprego de estímulo vibroacústico ou do polo cefálico com o toque vaginal), uso de medicamentos (opióides, sulfato de magnésio, bloqueadores parassimpáticos), prematuridade extrema, infecção, má-formação do sistema nervoso central e coração, e dano neurológico prévio; A Moderada ou normal que geralmente, indica ausência de acidose, mesmo se associada à desaceleração e a Acentuada: significado indeterminado. Pode ser decorrente de movimentação fetal intensa ou de depressão do sistema nervoso central consequente a evento hipóxico de instalação rápida (SILVEIRA; JUNIOR, 2018).

Sobre a importância da ação da equipe de enfermagem TE5 relata que “Muita atenção e muita responsabilidade, não é um procedimento igual para todos, cada uma é diferente”.

A equipe de Enfermagem possui um papel importante na monitorização da vitalidade fetal durante o parto, pois a monitorização reflete nas condições que o feto está se apresentando em cada ação relacionada a parturiente, ambos tem que ser monitorados em todo o momento do parto, para que com a atenção qualificada seja realizado a assistência eficiente para as complicações que possam surgir.

Importante ressaltar sobre o conhecimento técnico e teórico além da experiência durante a monitorização fetal, pois é necessário reconhecer todo o resultado que o exame está detalhando, para verificar possíveis complicações que possam estar ocorrendo ou que vão ocorrer. A equipe de enfermagem estando juntamente com a parturiente desde a entrada no hospital é de extrema importância, desde a anamnese até os primeiros procedimentos realizados para monitorização da mãe e bebê.

Vale ressaltar a importância que o enfermeiro tem durante este processo, ele possui o papel coadjuvante durante a assistência ao parto, pois coloca em prática o seu conhecimento científico a serviço do bem-estar da parturiente. Com isso, o enfermeiro deve realizar orientações de todo o processo do trabalho de parto e reconhecer os momentos críticos em que suas intervenções serão importantes para assegurar a saúde do binômio mãe-filho (FREITAS et al., 2020).

Tais cuidados assistenciais favorecem a confiança da parturiente com a equipe de enfermagem, promovendo segurança, tranquilidade e tornando o trabalho de parto menos doloroso e mais satisfatório (FREITAS et al., 2020).

3.6 Rotura Prematura de Membranas

Segundo TE7 a bolsa rota é uma das complicações assistenciadas no período clínico do parto, quando questionado sobre a ação realizada nesta complicação o mesmo relatou que seria “ Realiza a entrada com antibiótico, conforme prescrição médica, e fazem a dose de ataque de 4 em 4 horas.”

O diagnóstico da rotura prematura de membrana, embora muitas vezes de forma clínica seja fácil de ser observado, alguns fatores podem dificultar esse diagnóstico, retardando, assim, as intervenções necessárias para a patogenia. Outra

questão importante nesses casos é a própria evolução comum para o trabalho de parto natural, isso irá ocorrer comumente na primeira semana da ruptura, podendo esse ser um fator confundido (PARANHOS, 2021).

Após o rompimento da membrana, o trabalho de parto inicia-se geralmente entre o 3º a 4º dia, podendo ocorrer na primeira semana. Um dos fatores confundidores para esse diagnóstico é o fato de a gestante apresentar-se à unidade de saúde com trabalho de parto ativo, e com histórico oculto que a membrana ovular teria se rompido anterior ao momento das contrações ativas e dilatação do colo uterino (PARANHOS, 2021).

Existem outros métodos para confirmar a RPM como, por exemplo, colher uma pequena parte da secreção vaginal e observar no microscópio, a imagem positiva costuma ser parecida com uma samambaia. Outro método consiste em medir o pH vaginal com papel de nitrazina, que se torna azul em resultados positivos (ANDERS et al., 2013).

O toque vaginal (realizado pelo médico ou enfermeiro obstetra) deve ser evitado no sentido de prevenir infecção, a não ser nas gestações a termo com parto iminente.

Anders et al. (2013) cita Itens importantes a serem observados no exame físico:

- Temperatura axilar e pulso materno.
- Dinâmica uterina.
- Altura uterina.
- Estado fetal (ausculta com Pinard, Sonar etc.).
- Exame especular (realizado pelo médico ou enfermeiro obstetra): A inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo.
- Propedêutica auxiliar.
- Hemograma completo.
- Urina rotina, grama de urina, urocultura.
- Pesquisa para estreptococo do grupo B em swab anal e vaginal.
- Ultrassonografia.

A recomendação das intervenções foca-se em avaliação constante dos sinais vitais (frequência cardíaca, temperatura, pressão arterial e pulso) e sinais fetais comuns como BCF (batimentos cardíofetais) e dinâmica uterina para avaliar a

possibilidade da instalação de processo infeccioso ou, até mesmo, sepse, ainda se os resultados da avaliação clínica ou de qualquer um dos testes não forem consistentes entre si, recomenda-se que a mulher continue a ser observada e deve-se considerar a repetição dos testes conforme protocolo (PARANHOS, 2021).

O primeiro ponto está na avaliação da idade gestacional e cada ponto em relação à vitalidade fetal e ao tempo de gestação deverá ser avaliado em relação à conduta que será tomada, bem como condutas expectantes, induções de parto e uso de corticoides e antibióticos levarão em consideração vários aspectos. (PARANHOS, 2021).

Assim, nos casos de IG inferior 11 às 24 semanas, indica-se o acompanhamento em ambulatório ou unidade de saúde da Atenção Básica, com realização de exames laboratoriais, como hemograma, sumário e cultura de urina, avaliando a gestante e os fatores que levaram à intercorrência, em especial, situações de infecção. Em gestações com IG entre 24 e 37 semanas, deve haver internamento da paciente, com realização de exame obstétrico e USG, monitoração de sinais vitais materno-fetais e exames laboratoriais. Já após as 37 semanas, a conduta deverá ser profilaxia com antibiótico para infecções e avaliação obstétrica de via para parto (PARANHOS, 2021).

Conforme TE7 relata sobre a importância da ação da equipe de Enfermagem diante da bolsa rota “Muito importante, principalmente a visão, às vezes tu não precisas nem examinar, se tu olhares para o paciente e ver a coloração, pois o médico não fica no setor direto, então a gente precisa avaliar.”

A assistência de enfermagem é de suma importância não só no processo de indução e assistência no parto, como também para a orientação sobre o processo de parto à gestante, a manutenção da avaliação contínua do bem-estar fetal e materno se estenderá por todo o parto e pós-parto imediato.

É importante salientar que, no âmbito das intervenções, o cuidado na avaliação da gestante e das intervenções é algo multidisciplinar. A enfermagem tem um papel muito relevante no âmbito da assistência, tanto de forma e intervenções individuais, como em conjunto com a equipe que estará envolvida no cuidado. A avaliação por parte da equipe de enfermagem das solicitações, coletas e interpretações dos exames, tanto a nível de atenção básica (diagnóstico) como em nível de atenção secundária (intervenção) é importante neste sentido (PARANHOS, 2021).

A equipe de enfermagem com seu olhar holístico, científico e técnico entra com um papel muito importante no auxílio de diagnóstico a bolsa rota e nas intervenções juntamente com a equipe multidisciplinar que atende a parturiente dentro do hospital. Como já reforçado diversas vezes a equipe de Enfermagem é a que primeiro atende e recebe a paciente dentro do setor, é através do atendimento de qualidade e eficaz, exame físico, anamnese, pré-natal que o enfermeiro consegue auxiliar durante todo o processo da internação da paciente.

Lacerações Vaginais

Conforme relatado pelo profissional TE3 sobre a assistência de Enfermagem nas lacerações vaginais pós parto. O mesmo quando questionado sobre as ações realizadas pela equipe não soube informar.

As condições que contribuem para a ocorrência de lacerações espontâneas são diversas e podem ser relacionadas a fatores maternos, neonatais e de intervenções durante o parto, como a primiparidade, utilização de ocitocina, macrossomia fetal, o parto tido como complicado (período expulsivo prolongado, parto instrumental, estado fetal não tranquilizador), a posição não vertical no parto, dentre outros (ALÍPIO et al., 2021).

Segundo Tavares et al (2022) o Ministério da Saúde adotou para a classificação do uso ou não de técnicas de proteção perineal no parto os termos Hands on (mãos sobre), que inclui a Manobra de Ritgen, massagem perineal no segundo período e uso de compressa morna no períneo; e Hands off (mãos prontas), que significa não utilizar técnicas de proteção no períneo, ambas com o objetivo de tentar reduzir a incidência de trauma perineal no parto.

A mobilidade da grávida durante o trabalho de parto, a sua mudança de posicionamento, tem sido alvo de estudo recentemente. Habitualmente a posição de litotomia é a posição de eleição para os profissionais de saúde, dado que permite uma observação direta do períneo, a manutenção das sondas de cardiotocografia (CTG), e um maior conforto para o próprio. Contudo, tem-se questionado a possibilidade desta posição não permitir uma mobilidade da bacia que facilite o parto, a possibilidade de a verticalidade da grávida permitir um período expulsivo mais rápido e o facto de diferentes posicionamentos permitirem à mulher uma postura mais ativa durante o seu trabalho de parto (FRANCO, 2022).

As posições verticalizadas no parto cada vez mais têm sido alvo dos estudos na área obstétrica, por constituírem uma das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, que contribui para a humanização da assistência e para o protagonismo da mulher no trabalho de parto e parto. A principal justificativa para apoiar a adoção de posições verticalizadas no parto é a ação gravitacional, a qual contribui na descida do feto pelo canal vaginal, além de modificar a angulação da pelve materna. Já, na posição litotômica, o canal vaginal apresenta uma curvatura para cima, dificultando a descida fetal no período expulsivo (ROCHA et al., 2020).

A adoção de posições verticalizadas, no parto normal, deve ser encorajada pelos profissionais, pois pode evitar traumas graves com necessidade de sutura, e, pode contribuir para a integridade perineal. A posição litotômica deve ser utilizada com cautela pelos profissionais, pois, pode aumentar o risco de lacerações perineais graves e intervenções obstétricas desnecessárias, tais como a episiotomia (ROCHA et al., 2020).

É premente afirmar a importância do papel das enfermeiras obstétricas e obstetizas na mudança de paradigma do modelo obstétrico, visto que, cada vez mais o setor saúde oportuniza uma formação diferenciada e ampliada. O conhecimento desses profissionais considera as evidências científicas como suporte para o cuidado e a tomada de decisão, possibilitando o protagonismo do parto à mulher, por meio do respeito aos seus direitos previstos em lei e pelo viés da humanização da assistência ao parto e nascimento (ROCHA et al., 2020).

Além do conhecimento científico, as enfermeiras obstétricas também possuem a sensibilidade de entender o processo de parto como um momento único e subjetivo da mulher, que deve respeitar a fisiologia do corpo feminino e utilização das práticas invasivas quando estritamente necessário (ROCHA et al., 2020).

Diante da importância da assistência de enfermagem no momento do parto vaginal, o profissional TE3 reforça que ação da equipe de Enfermagem é muito importante e relata que precisam de um treinamento a mais, pois estão lidando com a vida de uma pessoa.

TE13 - “Nossa eu acho muito importante, eu acho que a gente deveria ter um treinamento a mais , pois o nome já diz assistência ne, e a vida de uma pessoa ali.”

Durante o parto vaginal, conforme pode ser visto durante a descrição das complicações a presença do enfermeiro obstetra se mostra muito relevante no

momento do parto, justamente porque a maioria das lacerações vaginais mais graves são acarretadas por posição litotômica, episiotomia e intervenções desnecessárias durante o nascimento.

O enfermeiro obstetra como mostra as literaturas é importante para fortalecer o protagonismo da mulher durante o seu trabalho de parto, oferecer medidas de conforto, oferecer posições verticalizadas onde a mulher pode escolher a posição em que ela se sente mais confortável e até mesmo auxiliá-la para que evite lacerações mais graves, como também está ali para dar sua opinião nas intervenções que serão realizadas durante o parto.

As enfermeiras obstétricas mostram-se agentes importantes na substituição dessas práticas por cuidados que não interferem no desenvolvimento fisiológico do trabalho de parto e parto e que tornam a parturiente e seu acompanhante protagonistas desse processo (SOUZA et al., 2019). Vale ainda ressaltar que foi evidenciada uma razão de chances de 12,7 vezes maior dos partos vaginais ocorrerem com a mulher em posição verticalizada quando assistidos por enfermeiros obstetras (SANTOS et al., 2017).

Aborto Retido

O profissional TE8 relata que a ação realizada na complicação do aborto retido é “O aborto é curetagem, prestamos colhimento, e todo apoio.”

Os profissionais que estão inseridos nesse momento do abortamento devem estar preparados e sensibilizados para atender essa mulher de forma integral, com uma assistência acolhedora, também expondo respeito à dignidade e aos direitos da pessoa humana, sem nenhum tipo de discriminação (AQUINO, 2021).

O atendimento de enfermagem é atribuído ao acolhimento, informação e assistência no processo do aborto. No acolhimento, a enfermagem acolhe a mulher, desde sua chegada, ouvindo suas queixas, suas preocupações, buscando compreender os diversos significados do aborto para aquela mulher; realiza a consulta de enfermagem como histórico de enfermagem e exame físico; orienta e prepara a paciente para consulta médica e para o exame ginecológico; informa a equipe médica sobre os dados relevantes coletados durante a consulta de enfermagem; explica a conduta que será realizada e a necessidade de internação; apoia familiares e amigos, segundo suas necessidades (BARROS, 2019).

Após o acolhimento, em caso de abortamento retido o atendimento a mulher é baseado na orientação e preparação para o uso de dilatadores (misoprostol) por via vaginal ou infusão endovenosa de ocitocina, conforme prescrição médica (BARROS, 2019).

A escuta mais importante é do relato da mulher, como protagonista do processo, e a equipe de enfermagem deve assisti-la de forma integral, respeitando suas escolhas, desta forma quando a assistência é realizada de forma eficaz, através de procedimentos e ações de continuidade do serviço, técnicas, facilita o processo de trabalho, porém, o cuidado transmitido pela equipe, reflete em intervenções exatas e na qualidade da assistência da enfermagem (AQUINO, 2021).

Diante da importância da ação da equipe de Enfermagem em relação ao aborto retido TE8 relata que “Na assistência e tudo ne, estar sempre em equipe com o médico, com o enfermeiro, sempre estar ali para ajudar, sempre prestar os cuidados com o paciente com a gestante.”

A assistência em enfermagem à mulher no pós-abortamento tem como função educar e orientar. Os profissionais da saúde precisam estar cientes quanto aos procedimentos legais do aborto, tendo consciência e empatia para diagnosticar e orientar a paciente de forma ética e profissional. É preciso aconselhar a mulher no pós-abortamento de forma educativa por meio de uma atenção humanizada (RODRIGUES, 2021).

O cuidado humanizado é feito pelo profissional de enfermagem responsável pelo acompanhamento da paciente durante sua estadia no hospital, dando assistência tanto técnica quanto psicológica para a paciente, acolhendo-a sem descriminalização desde a sua entrada para o processo de abortamento até a sua recuperação e alta hospitalar (RODRIGUES, 2021).

É possível pontuar nesse momento a importância de uma abordagem centrada na pessoa contrapondo-se a uma abordagem focada somente no problema, onde a escuta qualificada é a chave para fortalecer a confiança e criar um vínculo capaz de romper barreiras profissionais ou pessoais e se acordar junto a paciente qual a melhor terapêutica a ser realizada, respeitando, assim, sua experiência de vida e sua autonomia (MELO et al., 2018).

Os demais profissionais reconhecem a importância da enfermagem como um elo entre a realização de cuidados e a mulher com abortamento. A enfermagem se caracteriza pela permanência constante no setor e próxima da mulher em

atendimento, vivenciando com mais frequência a postura da mulher (POSTINGHER, 2018).

É fundamental a importância de um atendimento humanizado, profissional e ético por parte da equipe de enfermagem no pós-abortamento, por meio do diálogo e da compreensão em um momento crítico na vida da paciente (RODRIGUES, 2021).

Melhoria na Assistência de Enfermagem

Diante de todas as ações prestadas pela equipe de Enfermagem nos períodos clínicos do parto, também foi questionado o que poderia ser melhorado na assistência, levando em consideração a experiência de cada profissional e sua singularidade.

Segundo os 15 participantes da pesquisa o que pode ser melhorado seria:

TE1 - “Não tem dificuldade.”

TE4 - “Vem muitos prematuros, isso é uma coisa que a unidade delas deveriam repassar para elas, pois aqui nós não temos UTI Neonatal.”

TE9 - “Eu acho que se a equipe está bem entrosada está tudo certo, mais se houvesse algum dificuldade seria a falta de materiais.”

TE2 - “Não possui dificuldade. Não evidenciou.”

TE10 - “Não temos, e tudo muito rápido, chamamos o médico as vezes antes da enfermeira.”

E1 - “Não vejo dificuldade.”

TE5 - “A dificuldade é não termos os materiais e medicamentos que não temos no setor.”

E2 - “Temos dificuldades com mulheres que não sabem o que é parto, elas vêm para cá sem saber o que é, acham que a gente é louca ou que a gente está fazendo sofrer, a maioria entende mais tem umas ou outras que não entender, e chega na hora do expulsivo elas não têm mais força. É muito ruim quando a mulher não está preparada para o parto natural, pois ela se desespera.”

TE6 - “Não temos dificuldades, todo mundo está bem preparado. (equipe). Estamos pegando pacientes com pré- natais bem ruins, pacientes com 9 meses de gestação diabéticas e não sabem.

TE11 - “Não temos, tudo certo.”

E3 - “Não sei dizer pois não participei da assistência de nenhuma complicação.”

TE7 - “Não ter uma Enfermeira do setor para o período da noite, o setor fica sobrecarregado, já aconteceu de chamarmos o médico e eles demorarem para vim e acabarmos realizando o parto sozinhas de múltiparas. Quando tem cesárea e parto ao mesmo tempo, a gente é sozinha, tem plantão que nasce três ou até cinco recém Nascidos.”

TE3 - “Não, eu acho que a gente devia estar mais preparado ainda, eu acho que deveria ter um curso alguma coisa sabe, que o hospital poderia oferecer.”

TE12 - “Não temos, eu nunca tive uma dificuldade. Diminui a dificuldade quando temos uma boa comunicação com a equipe, quando estamos juntos. Às vezes a dificuldade maior aqui na maternidade e que fica uma só, e às vezes quando elas não estão aqui aí a dificuldade e que a gente fica sozinha.”

TE8 - “ Não, tranquilo. Mais é rotina né, mais tranquilo.”

Segundo exposto por alguns profissionais, a capacitação em saúde é uma prática no qual o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores é fundamental para o aperfeiçoamento das habilidades e a construção do conhecimento. A educação continuada da enfermagem conta com desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que levam ao aperfeiçoamento da atividade do da equipe de Enfermagem e, por conseguinte, potencializa o cuidado à saúde na sociedade. A capacitação em saúde para profissionais enfermeiros obstétricos também é de extrema importância e urgência e devem ser planejados e executados de forma adequada, para não haver prejuízo no atendimento prestado às pacientes (FERREIRA et al., 2021).

Contudo especificamente no âmbito da enfermagem obstétrica aspectos como estrutura de qualificação profissional, avaliação de aprendizagem, didática, assistência ao parto, uso do partograma, condução da hemorragia pós-parto e reanimação neonatal são determinantes para estabelecer uma visão clínica bem embasada e contundente para que o parto seja atendido de forma satisfatória e para isso é imprescindível que os profissionais de saúde estejam qualificados e capacitados (FERREIRA et al, 2021).

A educação permanente em saúde (EPS) é um processo de aprendizagem que possibilita a construção de conhecimentos a partir de situações do trabalho, no

qual há a possibilidade de negociar as soluções para os problemas existentes, através do compartilhamento dos significados e sentidos dos objetos, tendo a Educação Permanente em Saúde como “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” através de legislação específica (LIMA; CASTRO, 2017).

A proposta de educação permanente assinala a importância do potencial educativo na transformação do processo de trabalho, visando a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores, instituições formadoras e o controle social. Nesse sentido, favorece a produção de saberes, a partir da valorização da experiência e da cultura do sujeito e das práticas de trabalho em saúde de acordo com normas curriculares (LIMA; CASTRO, 2017).

Assim, esses profissionais devem ter habilidades para o manejo da gravidez, parto, puerpério, bem como as situações de risco ou complicações com a mulher e o recém-nascido. As capacitações realizadas em serviço devem focar o binômio mãe-recém nascido, tornando importante frisar os cuidados imediatos e a ressuscitação neonatal (FERREIRA et al., 2021).

É importante reforçar a presença do Enfermeiro obstetra juntamente com a equipe de enfermagem e que ele esteja em constante processo de atualização e capacitação, bem como torna-se indispensável que as instituições de saúde ofereçam condições para que sua equipe de profissionais possa capacitar-se constantemente visando à melhoria da qualificação e da assistência (CARMO et al., 2022).

Visto que o Enfermeiro não é fundamental apenas na assistência no momento do parto, mas também na organização do fluxo de atendimento, nas capacitações, no acolhimento, e é de extrema importância que a equipe de Enfermagem possua um enfermeiro no setor dentro dos seus respectivos turnos, para que a assistência a parturiente seja qualificada e que seja seguida todas as normas direcionadas à assistência no momento do parto.

Cabe ressaltar que os serviços de atenção materna e neonatal precisam contar com uma estrutura física alinhada à missão assistencial, às atribuições, ao nível de complexidade, ao porte e ao grau de risco. Devem disponibilizar, também, ambientes e instalações necessários à prestação de cuidados e ao desenvolvimento de atividades de gerenciamento dos riscos à saúde inerentes à prática do trabalho (FRANCHI et al., 2019).

No Brasil, a preocupação com os recursos de estrutura merece destaque e atenção, devido à insuficiência da oferta de profissionais e ambientes adequados para a assistência à saúde da população e, também, pela dificuldade no acesso aos cuidados obstétricos e aos custos indiretos relacionados aos locais de nascimento (FRANCHI et al., 2019).

Fatores como estrutura física inadequada, leitos insuficientes, e uma demanda de pacientes superior às de profissionais funcionam como limitadores da humanização, dessa forma, para a efetiva implantação da assistência humanizada do parto é preciso resolver algumas problemáticas, em sua maioria estruturais e gerenciais. Dessa forma, faz-se necessário uma reorganização nas maternidades a fim de proporcionar às gestantes um ambiente acolhedor, empático e sobretudo respeitoso (SILVA et al., 2020).

As Melhorias nas condições de trabalho da equipe de enfermagem e na estrutura/ocupação das maternidades auxiliam na qualidade do cuidado prestado à mulher em processo de parto. Assim sabe-se que o cuidado praticado nas instituições de saúde com estrutura e ocupação adequada auxilia a liberdade de posição, respeito às escolhas e maior atenção às necessidades específicas de cada mulher (OLIVEIRA et al., 2021).

Categoria 4- Discussão de casos e mecanismo de prevenção

Nesta categoria foi questionado aos participantes duas perguntas abertas, uma delas relacionada a discussão dos casos entre a equipe, como forma de qualificação profissional, soluções de casos futuros, melhorias de atendimento e fluxo do setor, a pergunta estava voltada para reconhecer se a equipe de Enfermagem realizava ou realiza reuniões de equipe e discussões dos casos. A segunda pergunta está direcionada à prevenção, diante da experiência e opinião particular de cada profissional, qual seria a forma de prevenir as complicações citadas por eles.

Discussões de Casos

Ao Serem questionados sobre a realização de discussões de equipe sobre os casos assistenciados os participantes relataram:

TE1 - “Não costuma realizar, já tive muitos problemas por falar algo sobre algum atendimento, fui informada que era melhor não falar nada”

TE4 - “Conversamos entre nós.”

TE9 - “Entre a gente a gente costuma conversar.”

TE2 - “Estou a muito pouco tempo, então não sei te dizer.”

TE10 - “Não costuma realizar.”

E1 - “Alguns casos a gente comenta e discute.”

TE5 - “Sim costuma.”

E2 - “A gente conversa depois do parto o que poderíamos ter feito”TE6 - “De vez enquanto tem reunião.”

TE11 - “A gente conversa entre si.”

E3 - “Sim entre a gente mais nada formalizado.”

TE7 - “Conversamos mais não para debater para ficar mais evoluídos, apenas para comentar.”

TE3 - “Eu com o pediatra, às vezes acontece alguma coisa por exemplo criança com sífilis, hiv e daí a gente costuma discutir o que vamos fazer. Mais e tranquilo aqui, os médicos são bem abertos aqui, dá para sairmos sem dúvidas”

TE12 - “Não, aqui não.”

TE8 - “Sim sim, dependendo de como agir, mais sempre entre nós.”

Pode ser observado que as respostas diante a pergunta sobre discussões são variadas entre os profissionais, a maioria dos profissionais relatam que discutem sobre os casos, mais entre si. Ficou evidente que a equipe realiza apenas comentários sobre os casos após as assistências, porém não realiza reuniões ou discussões de casos para melhoria na assistência e enriquecimento de conhecimentos.

Sabe-se que as reuniões de equipe são comuns no contexto do trabalho em saúde, porém, o modo como são realizadas por equipes interdisciplinares poderá trazer um conteúdo de inovação, entendendo que um dos fatores que interfere nesse aspecto é a compreensão que os trabalhadores têm a respeito desse espaço (SANTOS et al., 2017).

A reunião de equipe tem como proposta reunir os trabalhadores, com vistas ao planejamento conjunto, à discussão e decisão de casos e situações, proporcionando que os envolvidos tenham maior clareza sobre os papéis que desempenham no processo de trabalho, tornando-se importante dispositivo para

(re)delinear o trabalho por meio das discussões interdisciplinares dos casos em saúde (SANTOS et al., 2017).

O enfermeiro como governante e gerenciador do setor além da assistência prestada realiza a parte gerencial da enfermagem, as atividades gerenciais, consistem na elaboração de escalas mensais e semanais, na organização do setor e da equipe, na distribuição e supervisão dos funcionários em suas respectivas atividades, nas evoluções de enfermagem, nos registros dos prontuários e dos números de parto, objetivando a organização do trabalho (OLIVEIRA et al., 2014).

Dessa forma, as atividades gerenciais dos enfermeiros visam à previsão e provisão de recursos, a delegação de funções, o planejamento e supervisão das ações, a educação permanente da equipe, o dimensionamento de pessoal, a avaliação de desempenho, a sistematização da assistência de enfermagem, entre outros aspectos (OLIVEIRA et al., 2014).

Para gerenciar o cuidado e obter a governança sobre a prática profissional de enfermagem na maternidade, uma estratégia utilizada pelos enfermeiros é a busca pelo conhecimento científico, tanto para si, quanto para compartilhá-lo com a equipe de enfermagem. A busca do conhecimento por meio de capacitações e atualizações profissionais potencializa as competências e habilidades do enfermeiro, o que repercute em maior reconhecimento e autonomia no exercício laboral (COPELLI et al., 2017).

Além de buscarem o próprio desenvolvimento profissional, os enfermeiros também promovem atividades de capacitação visando a melhores práticas no cuidado obstétrico. Para isso, os enfermeiros utilizam-se principalmente de casos clínicos que ocorrem no cotidiano de trabalho para discutir e conversar com a equipe de enfermagem. Também socializam com os colegas de trabalho as novidades aprendidas por meio da participação em congressos e eventos científicos (COPELLI et al., 2017).

A comunicação é uma habilidade humana para que torne possível a manifestação do que se passa interiormente, sendo assim é fundamental para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem junto a equipe de saúde, para que possa ser transmitido informações universais, influenciando diretamente sobre os indivíduos, o silêncio organizacional (retenção de opiniões e de problemas organizacionais por parte dos empregados) juntamente com a dificuldade dos profissionais se expressarem para com seus colegas de trabalho é considerado uma barreira para a

comunicação e o trabalho em equipe, sabendo que um canal de comunicação eficaz é uma exigência para uma assistência de qualidade, é necessário que haja a transmissão de informações de forma clara e correta (VICTOR, 2017).

As reuniões em equipe favorecem as relações interpessoais e a gerência dos conflitos. Assim, pode-se considerar as reuniões como condições facilitadoras para a governança e importantes instrumentos para a tomada de decisão. O relacionamento interpessoal é fortalecido pelas reuniões, com a troca de conhecimentos, discussões das dificuldades vivenciadas e busca pela resolução dos problemas apresentados. A comunicação, portanto, é essencial nas relações interpessoais visto que propicia a troca de informações, ideias, fatos e ordens, reduzindo as diferenças e aproximando as pessoas em virtude dos mesmos objetivos (OLIVEIRA et al., 2014).

Portanto, a comunicação entre a equipe e as relações interpessoais resultam em uma assistência qualificada, pois é em reuniões de equipe onde os profissionais vão expor suas dificuldades, as complicações que foram assistenciadas, o que pode ser melhorado tanto no hábito de trabalho quanto na assistência, e para o Enfermeiro que realiza a gerência de um setor e da equipe é de extrema importância a comunicação e reuniões com a equipe, para que o mesmo conheça a dificuldade de cada um e como está funcionando todo o processo assistencial no setor em que ele está gerenciando.

Como reforça Copelli et al. (2017) para o planejamento da assistência, os enfermeiros realizam o diagnóstico e a análise das características da unidade e equipe de enfermagem. Procuram traçar o perfil dos atendimentos realizados, conhecer os procedimentos mais frequentes e identificar as potencialidades e dificuldades dos profissionais no desempenho do seu trabalho, de modo a contribuir com a organização da assistência.

Salienta-se que, na maternidade, o planejamento apresenta particularidades em relação ao seu fortalecimento por meio de reuniões com as equipes de trabalho, já que são empoderadoras dos enfermeiros envolvidos na dinâmica de trabalho. Nesse sentido, vale ressaltar a importância do enfermeiro conduzir as reuniões de forma a facilitar o entendimento e a sinergia da equipe de trabalho, de modo que esses momentos de discussão coletiva contribuam para o desenvolvimento social do grupo de planejamento da prática profissional de enfermagem (COPELLI et al., 2017).

Hemorragia Pós Parto

Ao questionar sobre o que poderia ser feito para evitar as complicações relatadas pelos participantes, foi dividido as falas para cada complicação.

Segundo os 8 participantes que mencionaram a hemorragia pós parto como uma das complicações assistenciadas pela equipe de Enfermagem o que poderia ser feito para evitar seria:

TE9 – “Ficar atento ao paciente, prestar atenção no desenvolvimento da paciente, monitorar a paciente.”

TE2 - “Pré natal que já vem avisando que houve um pré natal complicado, algumas que eu já atendi já tinham informado que tiveram aborto, pré eclampsia. Um pré natal bem informado.”

TE10 - “Informação.”

TE5 - “Não tem o que ser feito, nós exigimos delas o pré natal e hoje em dia é bem difícil quem não realiza.”

E2 - “Um pré natal bem qualificado, e no momento do trabalho de parto você oferecer a bola para a parturiente ficar em cima que é a acima de 6 cm, então seria tu ter conhecimento daquilo que você está fazendo, orientando a parturiente. O nosso conhecimento na instrução para parturiente.”

TE6 - “Pré natal bem acompanhado. Um acompanhamento melhor nas unidades ou em particular.”

TE11 - “Olhar clínico, e olhar clínico, porque hemorragia não tem como prevenir.”

TE12 - “Olha eu acho que não dá para evitar, é uma coisa fisiológica, eu não sei te responder. A gente não sabe quando vai acontecer, eu acho que não tem o que fazer.”

São necessária estratégias para prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) que reduz de modo considerável o risco de perdas sanguíneas no puerpério imediato, sendo elas a conduta ativa no terceiro período do trabalho de parto que inclui profilaxia medicativa com ocitocina, clampar o cordão umbilical em momento oportuno e tração controlada do cordão umbilical associada a Manobra de Brandt Andrews; e a massagem uterina periódica a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas do pós-parto

(MAIA et al., 2020).

Contudo, deve-se ressaltar que o sangramento pode ocorrer em gestantes sem fatores de risco, assim condutas devem ser preconizadas em todas as gestações a fim de prevenir a hemorragia. Dentre as condutas, a melhor estratégia profilática é a conduta ativa na terceira fase do trabalho de parto, com destaque para a administração de ocitocina (MARINHO et al., 2020).

De acordo com Bomfim et al. (2022) todas as gestantes ou puérperas internadas no hospital por sinais de sangramento vaginal ou instabilidade hemodinâmica devem ser encaminhadas imediatamente ao pronto-socorro e consideradas parte do grupo de alto risco de choque hipovolêmico. É necessário monitorar de perto e abordar ativamente esses pacientes para controlar os focos de sangramento o mais rápido possível.

Segundo Pinto et al. (2022) administrar o fármaco ocitocina no terceiro período do parto diminui 40% do risco de obter uma intercorrência de HPP. Reafirmando que além da comprovada ação da ocitocina nas ações prévias contra a HPP, outros medicamentos podem ser ministrados para a esperada prevenção: o misoprostol (600 ug via retal ou sublingual) e ergometrina 0,5 mg), esses são elementos que podem trazer resultados bons e esperados.

Na indisponibilidade de ocitocina, podem ser realizados outros uterotônicos como a ergometrina, ou a combinação fixa de ocitocina e ergometrina ou ainda o misoprostol oral (600mcg). O uso deste continua ainda controverso. Um estudo demonstrou que o misoprostol sublingual, como medida profilática, foi mais eficaz que a ocitocina intramuscular. Vários estudos, no entanto, não observaram diferença de eficácia, sendo a ocitocina preferida, visto que o misoprostol, bem como a ergometrina, apresentaram maior incidência de efeitos colaterais, tais como náuseas, vômitos e aumento de pressão arterial (MACEDO; LOPES, 2018).

O clameamento oportuno do cordão umbilical também é uma ação que pode ser usada na prevenção da hemorragia pós parto, enquanto é realizado os primeiros cuidados ao recém-nascido e tração controlada do cordão durante a dequitação (por profissional habilitado), tanto em partos vaginais como em cesarianas. Um estudo mostrou que a tração controlada do cordão tem pouco efeito na redução do risco da hemorragia pós-parto severa e, uma vez que necessita de profissional habilitado para a sua realização, os centros de assistência com poucos recursos podem focar no uso da ocitocina como forma de prevenção (MACEDO; LOPES, 2018).

Segundo Bomfim et al. (2022) as principais estratégias que o Ministério da Saúde propõe atualmente para se prevenir uma HPP é o manejo ativo do 3º estágio do trabalho de parto e massagem uterina periódica: a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas após o parto.

Macedo e Lopes (2018) relatam que a massagem uterina sustentada não é mais recomendada nas mulheres que receberam ocitocina profilática. No entanto, a verificação do tônus uterino através da palpação abdominal após expulsão do feto é importante para a identificação precoce de atonia uterina .

É importante enfatizar que a prevenção começa com a avaliação no pré-natal da gestante, incluindo pesquisas sobre fatores de risco, tais como: suspeita de placenta prévia, placenta acreta, percreta, história pregressa de HPP, parto prolífico, pré-eclâmpsia, índice de massa corporal (IMC) > 40, coagulopatia clinicamente significativa e outros riscos cirúrgicos. Essa avaliação visa reduzir a morbimortalidade associada à hemorragia pós-parto (BOMFIM et al., 2022).

Pré Eclâmpsia

Como prevenção da pré-eclâmpsia quatro participantes da pesquisa relataram:

TE4 - “Pré natal, informações melhores. Antes da mulher engravidar a mulher se preparar, ter informações.”

TE6 - "Pré natal bem acompanhado. Um acompanhamento melhor nas unidades ou em particular.”

TE7 - “Um bom Pré Natal.”

TE8 - “Ah e uma boa equipe, ver todas as medicações, assistência com o paciente, deixar o paciente bem tranquilo, orientar.”

A prevenção das complicações induzidas pela hipertensão na gravidez exige da equipe de enfermagem o uso de habilidades de avaliação, defesa da paciente e orientação. A avaliação começa com a determinação precisa da pressão arterial da cliente. Além disso, a equipe de enfermagem precisa avaliar as queixas subjetivas que possam indicar evolução da doença, alterações visuais, cefaléia intensa, sangramento incomum ou hematomas, ou dor epigástrica (MASNEI, 2014).

Entre os diversos profissionais que realizam a assistência à gestante, o profissional de enfermagem se destaca, visto que tem como foco o cuidado. Sendo assim, deve sempre realizar as consultas de pré-natal de forma humanizada compreendendo a gestante e orientando quanto aos cuidados necessários diante de cada patologia, além disso, se preciso o profissional deverá encaminhar para a equipe multiprofissional para assim garantir uma assistência contínua e qualificada (OLIVEIRA et al., 2020).

Torna-se fundamental o processo de vigilância, pois o (a) enfermeiro (a) deve estar atento às alterações como no caso da pré-eclâmpsia, pressão arterial elevada, proteínas na urina e outras alterações que podem indicar complicações no caso clínico necessitando de intervenções (OLIVEIRA et al., 2020).

Tem sido proposto como ação terapêutica o uso do ácido acetilsalicílico (AAS) em baixa dose inibe a produção de tromboxano, reduzindo a vaso-constricção e a hipercoagulabilidade da placenta, hipótese que motivou a realização de vários ensaios clínicos a avaliar o uso de agentes antiplaquetários, como o AAS na prevenção da pré-eclâmpsia (FERREIRA et al., 2017).

Adicionalmente tem sido sugerido que a eficácia do AAS pode estar relacionada com a idade gestacional em que é iniciada a terapêutica. A normal formação e estruturação da placenta compreende a invasão das artérias espirais do endométrio pelas células do trofoblasto, processo que ocorre a partir da oitava semana de gestação, acreditando-se estar completa entre as 16 e as 20 semanas de gestação. Pelo exposto, alguns autores defendem haver maior benefício na introdução do AAS numa fase precoce da gravidez (FERREIRA et al., 2017).

As gestantes com hipertensão grave também usam como método de controle e prevenção fármacos anti-hipertensivos: (hidralazina, metildopa, nifedipina). A via de administração destes fármacos deve ser baseada na experiência médica na prescrição, e seus custos e disponibilidade na instituição (SOUSA et al., 2021).

Junto com os fármacos também está associado a prevenção o uso da suplementação com Cálcio: O uso do cálcio tem como base o fato de que a dieta pobre em cálcio se relaciona com o aumento da incidência de eclâmpsia, como também, em populações de baixa renda, porém com dieta rica em cálcio o índice de PE diminui.(SOUSA et al., 2021).

4.3 Parto Prematuro

Conforme dois participantes que relataram a prematuridade como as complicações os mesmos relataram que a prevenção pode ser:

TE5 - "Pré natal, informações melhores. Antes da mulher engravidar a mulher se preparar, ter informações."

E1 - "Um acompanhamento mais aprofundado, um pré natal com as 06 consultas certas."

A realização do pré-natal colabora para redução das complicações causadas pelo TPP. A consulta de pré-natal tem importância fundamental no rastreamento e diagnóstico das pacientes que podem desenvolver o trabalho de parto prematuro para que haja possibilidade de se tomar medidas que tentem impedi-lo ou que ao menos garantem sobrevida do concepto com a menor morbidade possível (ALVES, 2019).

A assistência pré-natal possui instrumentos que possibilitam avaliações do processo tornando assim imprescindível que a gestação seja acompanhada desde a concepção até o puerpério. Nesse contexto que em que se insere o pré-natal na atenção básica, é importante ressaltar que uma assistência pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (SOUZA et al., 2019).

Apesar do parto prematuro ser desencadeado por uma diversidade de fatores, é possível tentar reduzir o número de casos e das possíveis complicações, por meio de medidas de prevenção. O profissional de saúde pode atuar na prevenção primária, secundária e terciária (CARVALHO, 2018).

A prevenção primária do parto prematuro ocorre por intermédio da identificação de fatores clínicos associados a riscos que podem ser controlados e incentivam a evolução favorável da gravidez. A prevenção do parto prematuro começa antes mesmo da gravidez. Já existem evidências científicas de que os cuidados pré

concepção, com redução dos riscos, contribuíram para a redução do parto prematuro. A prevenção secundária da prematuridade tem seu foco na identificação de gestantes de risco para parto prematuro. Um exemplo de prevenção secundária é a detecção de alterações do colo uterino, por ultrassonografia transvaginal, métodos bioquímicos e as medidas preventivas adotadas podem ser repouso, cerclagem do colo uterino e uso da progesterona (CARVALHO, 2018).

Na prevenção terciária, são realizadas intervenções com o intuito de reduzir complicações para o neonato, após o início do parto prematuro. Exemplos de prevenção terciária são a utilização de uterolíticos para inibir as contrações, a corticoterapia antenatal, a antibioticoterapia profilática para o estreptococo do Grupo B (prevenção da sepse neonatal), a transferência da gestante para unidade de referência e o uso de sulfato de magnésio (neuroproteção do concepto) para diminuir os índices de mortalidade neonatal e melhorar os resultados de saúde. (CARVALHO, 2018).

O enfermeiro possui um papel importante na prevenção do nascimento prematuro, através da realização de um pré-natal de qualidade e através de uma assistência hospitalar efetiva (SANTANA et al., 2022).

A realização do pré natal é fundamental, pois durante as consultas deve ser orientado sobre a prevenção dos fatores associados ao TPP, como quadros infecciosos e até mesmo o baixo nível socioeconômico, e esclarecer os riscos que podem envolver essa gravidez e problemas futuros com a criança especialmente no período neonatal e lactente, assim como a longo prazo (SANTANA et al., 2022).

Segundo Souza et al. (2019) apesar dos avanços no que diz respeito à predição como prevenção do TPP, pouco tem sido estabelecido para a prevenção do parto prematuro. Talvez por este apresentar diversas etiologias diferentes, ainda não foi demonstrado pela literatura um método eficaz para sua prevenção. Existem dois tipos de progesterona que podem ser utilizados, porém nem a melhor formulação nem a dose ideal para cada uma foram estabelecidas. Estão disponíveis, portanto, a progesterona natural administrada via vaginal e a sintética (17- α -hidroxiprogesterona), intramuscular.

No miométrio, a progesterona bloqueia o efeito estimulante da ocitocina e das prostaglandinas e aumenta a resposta α -adrenérgica, que é tocolítica. Em mulheres com história compatível com incompetência istmo cervical, a cerclagem em geral é fortemente recomendada. Contudo, atualmente, acredita-se que a

incompetência cervical frequentemente não se mostra como uma entidade clínica bem definida, podendo fazer parte de uma complexa síndrome que leva ao parto prematuro (SOUZA et al., 2019).

Aspiração Meconial

Para o participante TE1 que citou a aspiração meconial como complicação relatou que para evitar a complicação “Um bom pré natal, planejamento familiar” auxiliaria no caso.

Na prevenção da SAM é fundamental o controle das doenças maternas, que podem causar a hipóxia o RN, levando o mesmo a deglutir líquido amniótico impregnado com mecônio, por esse motivo a realização de um pré-natal, com a quantidade de consultas necessárias e um atendimento de qualidade, é uma das melhores formas de diminuir os agravos sofridos pelo RN (BASTOS et al., 2018).

Tendo em vista as consequências graves que a SAM pode trazer ao neonato, faz se necessário que a equipe de enfermagem esteja apta a reconhecer seus sinais e sintomas, desde o momento do pré-natal até os cuidados realizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). As primeiras suspeitas de SAM podem ser levantadas ainda durante a consulta de rotina, quando ao realizar a ausculta do feto, percebe-se a irregularidade dos batimentos cardíacos do neonato (BASTOS et al., 2018).

Portanto o acompanhamento de Enfermagem desde o pré natal até o momento do parto é crucial para controle de comorbidades da gestante, e monitoramento da parturiente e feto.

Distócia de Ombros

TE6 relata que o que pode ser feito para evitar a distócia de ombros seria “Pré natal bem acompanhado, um acompanhamento melhor nas unidades ou em particular.”

A maioria dos casos é imprevisível e não passível de prevenção, reforçando a necessidade de que todos os obstetras e as equipes assistenciais sejam capazes de identificar e realizar manobras de correção da impaction do ombro fetal (SILVA et al., 2019).

Dentro das literaturas e artigos não foram encontrados métodos de prevenir

a distocia de ombros, todos os estudos focam na assistência de enfermagem frente a complicação no auxílio da expulsão do bebê. Todas as gestantes devem realizar o pré natal e possuir suas 6 consultas, onde deve ser monitorado a gestante e o feto até o momento do parto, um pré natal bem realizado e informado auxilia nas ações realizadas perante esta complicação.

Circular Cervical de Cordão

TE1 que falou da circular de cordão relatou pode ser evitado com “Um bom pré natal, planejamento familiar.”

Como as circulares do cordão umbilical estão presentes em aproximadamente 25% dos partos. A gestão da circular do cordão umbilical com treino e aprendizagem do profissional tem sido a opção mais relevante dentro da situação, pois existe falta de uma gestão com base em evidência científica. A maioria dos fetos são capazes de compensar a redução do fluxo de sangue durante a compressão do cordão, nascendo sem intercorrências (MARCOS, 2015).

Dentro dos estudos obtidos a realização de ecografia pré -natal para o diagnóstico precoce da circular cervical do cordão umbilical não evidencia qualquer vantagem para o trabalho de parto, os estudos analisados recomendam o parto eutócico mesmo na evidência de circular do cordão umbilical (MARCOS, 2015).

Batimentos Cardíofetais

TE5 diz que “Não tem o que ser feito, nós exigimos delas o pré natal e hoje em dia é bem difícil quem não realiza” sobre a prevenção de complicações no BCF.

As mudanças na frequência cardíaca fetal estão associadas com o risco de complicações na gravidez que o feto está correndo, sendo um dos fatores que determina o momento de intervenção da equipe. A importância da determinação dos batimentos fetais durante o trabalho de parto é justificada em função da possibilidade do feto entrar em sofrimento por um déficit de oxigênio. Neste caso, é de extrema importância a ausculta dos batimentos fetais a cada meia hora para identificar e assim diminuir as chances de o feto ter complicações (INOCÊNCIO et al., 2019).

Rotura Prematura de Membranas

TE7 diz que “Um bom Pré Natal” poderia ser uma das ações para evitar a

bolsa rota citada como complicação pelo mesmo.

É importante salientar que, no âmbito das intervenções, o cuidado na avaliação da gestante e das intervenções é algo multidisciplinar. A enfermagem tem um papel muito relevante no âmbito da assistência, tanto de forma e intervenções individuais, como em conjunto com a equipe que estará envolvida no cuidado (PARANHOS, 2021).

Ao se fechar o diagnóstico da RPM, uma série de exames clínicos e laboratoriais deverão ser solicitados e realizados no intuito de avaliar a incidência de infecção, visto que essa é uma problemática comum na RPM, sendo tanto um fator causal, como consequente. A avaliação por parte da equipe de enfermagem das solicitações, coletas e interpretações dos exames, tanto a nível de atenção básica (diagnóstico) como em nível de atenção secundária (intervenção) é importante neste sentido (PARANHOS, 2021).

Portanto a enfermagem diante da complicação da ruptura de membranas (bolsa rota) participa ativamente no cuidado, assistência e suporte. Não foi encontrado dentro dos artigos prevenções que podem ser realizadas, porém visto em toda a literatura e artigo sobre a ruptura de membranas o pré natal realizado por enfermeiros é de grande eficácia diante as complicações que possam ocorrer diante da gravidez e parto. A assistência científica e holística da enfermagem diante a complicação se mostra decisiva e eficiente para o tratamento e processo de parto das gestantes acometidas com a ruptura das membranas.

Lacerações Vaginais

TE3 diz que “Acho que desde o trabalho de parto o obstetra tem que pensar na mae” diante da prevenção de lacerações no momento do parto.

Segundo Franco (2022) a OMS recomenda a utilização de técnicas de prevenção de lesões perineais no segundo estadio do trabalho de parto, tais como massagem perineal, a técnica de “hands off/hands on” no período expulsivo de forma a amparar o períneo e compressas mornas, por exemplo. A utilização da episiotomia de forma liberal e/ou rotineira também não é recomendada.

Após reflexão sobre as estratégias para prevenir lesões durante o parto, surgiram vários estudos que defendem a importância de uma atitude profilática ainda no período pré-natal. Impôs-se então, neste percurso, perceber quais são as atitudes

que apresentam melhores resultados. Neste sentido emergiram a realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico ao longo da gravidez, a realização da massagem perineal e a utilização de um dispositivo de distensibilidade das paredes da vagina e do períneo (FRANCO, 2022).

Entre 2010 e 2011 foi realizado um estudo por Leon-Larios, Corrales-Gutierrez, Casado Meija e Suarez-Serrano (2017) com uma amostra de 466 mulheres grávidas, às quais foi proposta a realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico e massagem perineal, a partir das 32 semanas de gravidez até ao momento do parto. Os resultados demonstraram que as mulheres que cumpriram o programa tendem a ter uma maior probabilidade de conseguir um períneo intacto, reduzir a taxa de episiotomias e de traumas perineais severos e dor perineal pós-parto (FRANCO, 2022).

Muito importante a ação da Enfermeira obstetra dentro do Centro Obstétrico no momento em que está sendo realizado o parto vaginal, para fornecer posições verticalizadas, fortalecer a autonomia da mulher e seu protagonismo no parto e para discutir sobre intervenções que possam surgir durante o parto.

Aborto Retido

TE8 relata que “uma boa equipe, ver todas as medicações, assistência com o paciente, deixar o paciente bem tranquilo, orientar.” Quando questionada sobre quais ações poderiam ser feitas para evitar o aborto retido.

A causa do abortamento nem sempre é conhecida, porém estima-se que cerca de 60% dos abortos esporádicos no primeiro trimestre sejam por alterações cromossômicas. Entretanto, doenças maternas, traumas, intoxicações, infecções, tabagismo, etilismo, drogadição e incompetência istmo-cervical, podem levar ao abortamento (MATOS, 2020).

O atendimento de enfermagem é atribuído ao acolhimento, informação e assistência no processo do aborto. No acolhimento, a enfermagem acolhe a mulher, desde sua chegada, ouvindo suas queixas, suas preocupações, buscando compreender os diversos significados do aborto para aquela mulher; realiza a consulta de enfermagem como histórico de enfermagem e exame físico; orienta e prepara a paciente para consulta médica e para o exame ginecológico; informa a equipe médica sobre os dados relevantes coletados durante a consulta de enfermagem; explica a

conduta que será realizada e a necessidade de internação; apoia familiares e amigos, segundo suas necessidades (BARROS, 2019).

A assistência de boa qualidade no planejamento reprodutivo, pré-natal, durante o parto e nascimento resultará na prevenção de abortos, mortes fetal, materna e neonatal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa trouxe uma quantidade de complicações assistenciadas pela equipe de enfermagem que caminharam juntamente com a literatura, as complicações mais assistenciadas pelos participantes são complicações que ocorrem durante os períodos clínicos do parto e que a enfermagem presta cuidados essenciais para a vitalidade e bem estar tanto da parturiente quanto do recém nascido.

Foi possível identificar durante a pesquisa a falta de capacitações da equipe de enfermagem para a assistência em obstetrícia diante os relatos sobre as ações que a equipe realizava durante a complicação, portanto segure-se que as equipes de enfermagem que atuam nos setores da maternidade tenham capacitações e treinamentos em relação às complicações que possam estar ocorrendo durante o parto. Por mais que tenham médicos na assistência à equipe de Enfermagem faz parte da equipe de assistência à parturiente e o recém nascido e precisa ter embasamento científico e prático nas suas condutas.

Sugere-se também protocolos assistenciais diante das complicações nos partos, para uma sistematização de atendimento, segurança ao prestar os cuidados e para que sejam discutidos melhorias conforme a equipe for colocando em prática.

É importante ressaltar que a rotatividade de funcionários do setor e a necessidade da experiência diante da assistência ao parto, é um desafio constante. Sugere-se que mantenham a equipe que dá assistência às mulheres no setor da Maternidade, por que esta equipe bem capacitada, organizada e bem coordenada poderá gerar resultados satisfatórios relacionado a assistência às parturientes.

Sugere-se a inclusão de enfemeiros(as) gerais e obstétricos (as) para a coordenação do setor da maternidade, auxiliando tanto na assistência quanto na organização do setor, na capacitação da equipe e diminuindo a sobrecarga de trabalho que é resultante de uma equipe que está desfalcada. A inserção de enfermeiros (as) na assistência a parturiente gera a potencialização do protagonismo da mulher, diminuição de intervenções desnecessárias, orientações e manejos eficazes no momento do parto, treinamentos de complicações que possam ocorrer durante o parto e melhora a dinâmica do setordo Hospital.

A pesquisa foi realizada para identificar as ações que a equipe de Enfermagem realiza nos Períodos Clínicos do Parto, ações essas que conforme a literatura relata auxiliam para a diminuição dos danos e morbimortalidade materna e neonatal. Durante a evolução da pesquisa foi identificado uma grande importância

das ações da equipe, tanto no diagnóstico quanto no manejo das complicações, ficou evidenciado como as ações da enfermagem refletem na diminuição dos danos e morbimortalidade materna e neonatal.

Evidenciou-se também dificuldades específicas da equipe de enfermagem perante a assistência nas complicações nos períodos clínicos do parto, como organização do setor, falta de profissional Enfermeiro, capacitações, discussões em equipe para criar opiniões construtivas e melhorias no atendimento.

Com a pesquisa foi possível identificar as ações e a importância que a equipe de Enfermagem tem frente a assistência nas complicações nos Períodos Clínicos do parto. E juntamente com o questionamento da importância de enfermagem foi possível discutir sobre o que pode ser melhorado nessas ações e qual a maior dificuldade da equipe em relação as ações, gerando uma discussão construtiva e um resultado significativo em relação a assistência da equipe de Enfermagem agregando no conhecimento da assistência a parturiente e ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ALÍPIO, L. M. et al. Integridade perineal em partos vaginais: fatores maternos, neonatais e relacionados à assistência. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, p. 739-745, 31 dez. 2021.

- ALMEIDA, L. P. D. **Enfermagem na Prática Materno-neonatal**. Grupo GEN, 2021.
- ALVARES, C. S.. **HEMORRAGIA PÓS-PARTO PRIMÁRIA: CONTRIBUIÇÕES DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**. 2019. 44 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes, 2019.
- ALVES, D. R. F. et al. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM ÓBITO FETAL INTRAUTERINO. Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais**, Pernambuco, v. 5, n. 1, p. 19-28, jul. 2022.
- ALVES, I. S. G. **Trabalho de parto prematuro: fatores de risco maternos e condições clínicas associadas**. 2019. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Curso em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2019.
- ANDERS, J. C. et al. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Saúde materna, neonatal e do lactente**. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- ANDRADE, et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Rev. enferm UFPE online.**, Recife, 11(Supl. 6):2576-85, jun., 2017.
- AQUINO, C. M. et al. **ASSISTÊNCIA DA (O) ENFERMEIRA (O) À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO: REVISÃO DE LITERATURA**. 2021. 42 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2021.
- ARAÚJO, C. C. C. **Protocolo para o manejo da hemorragia pós-parto**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2019.
- ARAÚJO, Lilia Cristina Pantoja de et al. Recém-nascidos em líquido amniótico meconial: variáveis e intervenções. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, [S.L.], v. 11, n. 33, p. 128-138, 29 mar. 2021. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2021.11.33.128-138>.
- ARAÚJO, L. C. .; NASCIMENTO PARENTE, A. do .; SILVA DE FREITAS, R. M. .; TAVARES PARENTE, A. T. P.; SANTANA MORAES, R.; ARAÚJO ROSÁRIO, A. R. .; SILVA, C. L. da . **RECÉM-NASCIDOS EM LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL: VARIÁVEIS E INTERVENÇÕES: NEONATES BORN THROUGH MECONIUM STAINED AMNIOTIC FLUID: VARIABLES AND INTERVENTIONS**. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, [S. l.], v. 11, n. 33, p. 128–138, 2021. DOI: 10.24276/rrecien2021.11.33.128-138.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Presses Univcrsitaires de France.1977.
- BARIZON, S. **Cuidados de enfermagem aos pacientes submetidos à raquianestesia na sala de recuperação pós-anestésica**. Assis-SP: Fundação Educacional do Município de Assis, 2014.
- BARROS, B. L. V. et al. **PROTOSCOLOS TERAPÉUTICOS NO CUIDADO DE**

ENFERMAGEM EM MULHERES QUE VIVENCIARAM UMA PERDA FETAL: REVISÃO INTEGRATIVA. 2019. 37 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

BASTOS, F. S. et al. A síndrome da aspiração de mecônio e os cuidados de enfermagem. **Revista de trabalhos acadêmicos universo salvador**, v. 1, n. 3, 2018.

BEZERRA, Amanda et al. **PERCEPÇÃO DA MULHER ACERCA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO PELA ENFERMEIRA OBSTETRA.** *Enfermagem em Foco, Pernambuco*, v. 4, n. 9, p. 1-6, jan. 2018.

BOMFIM, V. V. B. da S. et al. Care of puerperal women with postpartum hemorrhage: prevention and management. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. e250111133529, 2022.

BRANGA, L. et al. Cuidados de enfermeiros frente às hemorragias puerperais: revisão integrativa . **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 12, p. 45, 2022.

BRASIL. **Atenção Materna e Neonatal: ANS disponibiliza dados importantes na saúde suplementar.** [Internet] Ministério da Saúde, 11 ago. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/atencao-materna-e-neonatal-ans-disponibiliza-dados-importantes-na-saude>. Acesso em: 30 out. 2022.

BRASIL, Gisely do; NEVES, Débora Costa; MACIEL, Daniela Maristane Vieira Lopes; FIGUEREDO, Rogério Carvalho de. Parto no Brasil: **intervenção médica ou protagonismo da mulher?**. *Scire Salutis, [S.L.]*, v. 8, n. 2, p. 9-23, 25 set. 2018. Companhia Brasileira de Producao Cientifica. <http://dx.doi.org/10.6008/cbpc2236-9600.2018.002.0002>.

BRASIL, **Lei n 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e de outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498. Acesso em 09 de setembro de 2022.

BRASIL. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Lei nº 11.108**, de 7 de setembro de 2005. Lei do Acompanhante. Brasília,DF.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet: Nascidos vivos** – Brasil. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis**: Painel de Monitoramento da mortalidade materna. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - **a Rede Cegonha**. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 121, 27 jun. 2011. Seção 1, p. 109

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2012. 318 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Saúde Brasil 2017 : uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. –Brasília : Ministério da Saúde, 2018.426 p.

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

Brasília; 2016. 6. **Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)**. Resolução COFEN-516/2016.

CABRAL, R. W. L. et al. **Atuação do enfermeiro nas intercorrências e complicações obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento**. In: 7º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL - Belo Horizonte, 2018.

CAFÉ, M. C. V. et al. Assistência de enfermagem às alterações hemodinâmicas no período gravídico em pacientes com pré-eclâmpsia. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 64, p. 5640-5649, 10 maio 2021.

CAMPOS, C. P. C. **PATOLOGIA DO CORDÃO UMBILICAL**. 2017. 32 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto., Carla Patrícia Costa Campos, 2017.

CARMO, Aline Lima do et al. A importância do conhecimento da enfermagem obstétrica na prevenção de hemorragia pós-parto. **Conjecturas**, v. 22, n. 5, p. 888-901, 30 maio 2022.

CARVALHO, R.; BIANCHI, E. R. F. **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. 2.ed. Barueri-SP: Manole, 2016.

CARVALHO, S. S.; SILVA, C. S. **Revisão Integrativa: promoção de boas práticas na atenção ao parto normal**. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 18, n. 63, p. 110-119, 2019.

CARVALHO, V. F.. **CONTRIBUIÇÕES DO CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA PARTO PREMATURO À ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**. 2018. 153 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande (Furg), Rio Grande, 2018.

CASTREGUINI, M. **FATORES DE RISCO DE INFECÇÃO NEONATAL RELACIONADO À BOLSA ROTA**. 2021. 26 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Sagrado Coração. Bauru, 2021.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COPELLI, F. H. S. et al. Care management and nursing governance in a maternity ward: grounded theory. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1277-1283, dez. 2017.

COSTA, R. O. **Hemorragia puerperal: estudo de protocolo assistencial na prevenção e tratamento da hemorragia puerperal**. 2020.

COUTINHO, E. et al. **Promoção de Saúde da Mulher: Desafios e Tendências**, p. 113-133, nov. 2021.

CRUZ, A. et al. **Infecção de ferida operatória após cesariana em um hospital público de Fortaleza**. Enfermagem Global, n.29, p.118-129, 2013.

CUNNINGHAM, F. G. et al (orgs.). **Obstetrícia de Williams**. 5ª ed. Madrid: Mc Gram Education, 2021.

DANTAS, Raylla Maria de Oliveira et al. **HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO NATURAL**. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2., 2017, Campina Grande. [S.I.]. [S.L.]:

Conbracis, 2017. p. 1-10.

DESLAURIERS, J. **O delineamento de pesquisa qualitativa. Enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1991.

DI GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação.** 2013. 98 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2013.

DIAS, Nilcéia Alves Pedrosa et al. Participação do enfermeiro obstetra no trabalho de parto com distócias: revisão de literatura. **Revista Cuidado em Enfermagem - Cesuca**, Cachoeirinha, v. 5, n. 6, p. 82-90, fev. 2019.

DIAS, S. et al HEMORRAGIA PÓS-PARTO IMEDIATO: **ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.** Temas em Saúde. João Pessoa, p. 64-77. jan. 2019.

DODOU, Hilana Dayana et al. Sala de parto: Condições de trabalho e humanização da assistência. *Cadernos Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 332-338, 9 out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700030082>

DUARTE, M.R. et al. **Atuação do enfermeiro no controle da infecção puerperal: revisão integrativa.** *Revista de Enfermagem*, v.8, n.2, p.433-441, 2014.

ELEUTÉRIO. COSTA. JOSÉ. FRANCISCO; [et al.] **Protocolos de obstetrícia da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.** (org). --Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2014.536 p., il.ISBN: 978-85-98693-52-1

EXPERT MATERNITY GROUP. **Changing Childbirth.** London: HMSO, 1993.

FERNANDES L. A. Relatório de pesquisa nas Ciências Sociais: Características e modalidades de investigação. **ConTexto**, Porto Alegre, v. 3, n. 4, 2009.

FERNANDES, C. E. **Febrasgo - Tratado de Obstetrícia.** Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788595154858.

FERNANDES, C. R. F. et al. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia para Segurança em Anestesia Regional.** *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v.61, n.5, 2011.

FERREIRA, E. C. S. et al. Capacitação em saúde para equipe de enfermagem sobre assistência ao parto: relato de experiência em nampula / health training for nursing staff on childbirth care. **Brazilian Journal Of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 15291-15301, 14 jul. 2021.

FERREIRA, et al. Assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto: a percepção da mulher. **Rev. Cubana de enfermagem.** 2017.

FERREIRA, J. C. L. et al. Cuidados Humanizados no pós-operatório de cesárea: revisão integrativa. **Revista Faculdades do Saber**, v.6, n.13, p.952-962, 2021

FERREIRA, S. S. et al. Ácido acetilsalicílico na prevenção da pré-eclâmpsia: uma revisão baseada na evidência. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Família**, Sem, v. 33, n. 2, p. 118-132, jan. 2017.

FERREIRA, Jennifer Cristina Lopes et al. **Cuidados Humanizados no pós-operatório de cesárea: revisão integrativa**. Revista Faculdades do Saber, v.6, n.13, p.952-962, 2021.

FERREIRA, Rui Gilberto et al. **ÉTICA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**. Brasília: Biblioteca do Cfm, 2022. 172 p.

FIGUEIREDO, T. F. et al. **Sistema de Gestão de Qualidade, Distócias**, Universidade Federal do Ceará; P. 1-14. Abril de 2020.

FIGUEIROA, M. N. et al. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica. *Rev. Esc Anna Nery*, Recife, v.4, n.21, p.1-7, 2017.

FRAGA, T. F. et al. **PROCESSO DE ENFERMAGEM EM CENTRO OBSTÉTRICO: PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS**. 2018. 10 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

FRANCO, S. F. G. C. **Preparação do períneo para o trabalho de parto: Prevenção da ocorrência de episiotomia/lacerações perineais**. 2022. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Evora, 2022.

FRANCHI, Juliana Vicente de Oliveira; PELLOSO, Sandra Marisa; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta; CARDELLI, Alexandrina Aparecida Maciel. **A estrutura de maternidades como indicador de segurança materna/The maternity structure as a maternal safety indicator**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, [S.L.], v. 18, n. 4, p. 1-8, 12 ago. 2019. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v18i4.45049>.

FREITAS, M. M. L. et al. Atuação de enfermeiras(os) obstetras durante o trabalho de parto/parto: relato de experiência. **Tópicos em Ciências da Saúde** – Volume 21, v. 21, n. 1, p. 41-47, jan. 2020.

FRIEDMAN E. A. **Labor: clinical evaluation and management**. 2.ed. New York: Appleton-Century-Crofts; 1978.

GIBB, Donald et al. **Monitoramento Fetal: manual prático**. 4. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda, 2018. 258 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GOUVEIA, L. H. S. **Prevenção do Trauma Perineal na Mulher da Gravidez ao Puerpério: Intervenção do Enfermeiro Obstetra**. 2018. 181 f. Dissertação (Mestrado)

- Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2018.

GUIMARÃES, L. M. et al. **Síndrome da Aspiração Meconial em Pós-Datismo: A Visão do Enfermeiro sob o Cuidado**. IESP, Fac. Promove. V. 1; N.1; Brasília-DF, 2015.

HOFFMANN, Ananda Schmidt; PETTENON, Marinez Koller; ROMAN, Arlete Regina. **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA**. In: XX JORNADA DE EXTENSÃO, 20., 2019, Sem. Salão do Conhecimento. Sem: Sem, 2019. p. 1-4.

HUDA, A. U. I. **Complicações Após Anestesia Neuraxial em Pacientes Obstétricas. Anaesthesia**, 2019.

INOCÊNCIO, Ana Vitória M. et al. **Sistema para Monitoração de Batimentos Fetais para Aplicação em Hospitais Públicos**. Revista de Engenharia e Pesquisa Aplicada, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 1-10, 01 out. 2019.

JESUS, S. P. et al. Neonatologia: síndrome de aspiração de mecônio. **Anais VI CONGREFIP**. Campina Grande: Realize Editora, 2017.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. Pré-eclampsia. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 226-234, 2018.

KAPPAUN, ANELINE. A institucionalizacao do Parto e suas Contribuicoes na Violencia Obstetrica The Institutionalization of Labor and sts Contributions in Obstetric Violence. **Revista Paradigma**, Ribeirao Preto- SP, v.29, n 1, p. 71-86, jan/abr, 2020.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.1, 2014.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LIMA, Andréa Maria de; CASTRO, José Flávio de Lima. **Educação permanente em saúde: uma estratégia para a melhoria das práticas obstétricas**. Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, v. 4, n. 56, p. 1-4, 27 abr. 2017.

LIMA, N. B. A. et al. **Evidências científicas da assistência de enfermagem à mulher com pré-eclâmpsia**. 2019.

MACEDO, P. C.; LOPES, H.H. HEMORRAGIA PÓS-PARTO. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 3, p. 59-64, 9 set. 2018.

MAI, C. M. et al. NURSING CARE FOR WOMEN WITH PRE-ECLAMPSIA AND/OR ECLAMPSIA: an integrative literature review. **Zenodo**, v. 8, n. 23, p. 1-14, 1 nov. 2021.

MAIA, C. J. F. S. et al. PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO PUERPÉRIO. **Revista das Ciências da Saúde e Ciências Aplicadas**, Sem, v. 1, n. 5, p. 1-12, jan. 2020.

MARCOS, S. R. **Intervenções do EEESMO perante uma circular cervical do cordão umbilical- promoção da adaptação saudável à vida extra-uterina**. 2015. 133

f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2015.

MARINHO, J. P. M. et al. O USO DE OCITÓCICOS NA PROFILAXIA DA HEMORRAGIA PÓSPARTO PRIMÁRIA. **Revista Cadernos de Medicina**, Sem, v. 2, n. 3, p. 1-10, jan. 2020.

MARTINS, Aline de Carvalho; BARROS, Geiza Martins. **Parirás com dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras**. *Rev. dor*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 215-218, Sept. 2017

MARTINS-COSTA, S. H. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MARTINS, Gilberto Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 9 ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MASNEI, L. T. A. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS A PACIENTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA EM UM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO: proposta de intervenção**. 2014. 23 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Curitiba, 2014.

MATOS, M. P. et al. **VALIDAÇÃO DE UM CENÁRIO PARA SIMULAÇÃO CLÍNICA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO RETIDO NO PRONTO SOCORRO**. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2020.

MAYAN, S. M. G. et al. **A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA PREVENÇÃO DE ÓBITOS POR ATONIA UTERINA: UMA DISCUSSÃO SOBRE AS CONDUTAS DA ENFERMAGEM**. 2018. 23 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2018.

MEDEIROS JÚNIOR, Giovani de. **SISTEMA PARA AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DO SINAL DE ECG FETAL**. 2022. 58 f. TCC (Graduação) - Curso de Engenharia Eletrônica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2022.

MELO, C. S. F. S. et al. **A ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM PRESTADA A MULHERES EM SITUAÇÕES DE PERDAS GESTACIONAIS**. 2018. 13 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Tramboso de Almeida, Sem, 2018.

MENESES, L. S. L. et al. O papel da enfermagem no manejo do trabalho de parto normal prematuro de urgência: relato de experiência. **Research, Society And Development**, v. 11, n. 7, p. 1-7, 21 maio 2022.

MOLDENHAUER, J. S. **Cesariana. MANUAL MSD**, 2022.

MONTENEGRO, C. A. B. REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia**. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

MOREIRA, M. S. **Dosagem mais baixa de misoprostol para preparo cervical no aborto espontâneo no primeiro trimestre (MISO200):** um ensaio clínico randomizado. 2022. 36 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

NASCIMENTO, C. M. B. **Promoção da clampagem tardia do cordão umbilical -** contributos do enfermeiro obstetra. 2017. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2017.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, uso e possibilidades. **Cadernos de pesquisa em administração**, São Paulo. V. 1. 1996.

OLIVEIRA, A. L. G. et al. ESTUDO DE CASO CLÍNICO: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PREVENTIVA A PUÉRPERA COM HISTÓRICO DE PRÉ-ECL MPSIA. **Única Cadernos Acadêmicos**, v. 3, n. 1, p. 1-16, jan. 2020.

OLIVEIRA, G. S. et al. Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico. **Rev Cuid**, v. 8, n. 2, p. 1561-72, 2020.

OLIVEIRA, M. **Avaliação do paciente no ambiente pré-hospitalar.** 2019.

OLIVEIRA, M. N. J. et al. **Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 20, n. 20, p. 1-8, 3 fev. 2019.

OLIVEIRA, P. S. et al. Obstetric nurse and the factors that influence care in the delivery process. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. , p. 1-23, 2021.

OLIVEIRA, R. C.; DAVIM, R. M. B.. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA HEMORRAGIA PÓS-PARTO. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 1, n. 13, p. 1-13, jan. 2019.

OLIVEIRA, R. J. T. et al. Intervening conditions on governance of the nursing practice at an obstetrics centre. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 1, p. 47-54, mar. 2014.

OLIVEIRA, T. C. G. et al. **Construção de diretrizes para o ensino do processo de enfermagem na formação do profissional de enfermagem de nível técnico.** 2021. 75 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Estadual Paulista " Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2021.

OLIVEIRA, V. C. et al. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE EM TRABALHO DE PARTO PREMATURO. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 37, p. 1-11, 9 fev. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica.** OPAS, 2018.

PADILHA, B. C. et al. **Hemorragia Puerperal.** Enfermagem Brasil, v.18, n.6, p.816-826, 2020.

PAGANI, R. C. C. et al. **QUALIFICAÇÃO TÉCNICA PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM OBSTÉTRICIA E NEONATOLOGIA.** 2022. 79 f. Dissertação

(Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2022.

PANASSOL, M. R. C.; RAVELLI, A. P. X.; SKUPIEN, S. V. **Revista Extensão em Foco Palotina**, n. 21, p. 71-82, ago/dez 2020.

PARANHOS, L. M.. **INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS: bolsa rota e riscos à gestante e ao feto**. 2021. 58 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Ages, Pirapiranga, 2022.

PARO, H. B. M. S. **Indicações de cesárea: Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia**. Uberlândia: EDUFU, 2019.

PATRIOTA, A. F.; GUERRA, G. V. Q. Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; v.36, n.7, p.296-302, 2014.

PINTO, D. C. et al. Cuidados de enfermagem na hemorragia pós-parto / **Nursing care in postpartum hemorrhage**. Brazilian Journal Of Development, v. 8, n. 5, p. 40919-40934, 26 maio 2022.

POSSATI, Andrêssa Batista et al. **Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses**. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1-6, 7 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.

POSTINGHER, Mariana. **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO**. 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2018.

ROCHA, B. D. et al. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 54, n. 03610, p. 1-11, jan. 2020.

RODRIGUES, F. B. **O CUIDAR HUMANIZADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO**. Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso, 2021.

SANTANA, R. S. et al. Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré-eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 15, p. 1-6, 7 out. 2019.

SANTANA, Y. S. et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO PREMATURO. **Phd Scientific Review**, v. 2, n. 4, p. 19-33, abr. 2022.

SANTOS, E. O. et al. Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho team meeting. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 606-613, 11 jul. 2017.

SANTOS, J. M. J. et al. **Posição da parturiente durante o parto vaginal: divergência entre a prática médica e da enfermagem**. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 4, n. 19, p. 58-64, dez. 2017.

SILVA, C. H. M.; LARANJEIRA, C. L. S.; OSANAN, G. C. Manual SOGIMIG -

Assistência ao parto e puerpério. MedBook Editora, 2019.

SILVA, et al. "Parto ideal": medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX1. **Saude Soc**, Sao Paulo, v. 28, n.3, p 171-184, 2019.

SILVA, J. K. A. et al. Nursing assistance to women at imminent risk of abortion or effective abortion. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12. 2020.

SIMÕES, D. R. et al. "Síndrome de aspiração meconial: fatores de risco e a assistência de enfermagem." **ANAIS ELETRÔNICO CIC 17.1.** 2019.

Silveira SK, Trapani Júnior A. **Monitorização fetal intraparto.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo –Obstetrícia,nº 100/Comissão NacionalEspecializada em Assistência ao abortamento, Parto e Puerpério).

SOUSA, R. S. R et al. Atuação da enfermagem no atendimento às emergências obstétricas: eclâmpsia e pré-eclâmpsia/ nursing performance in serving obstetric emergencies. **Brazilian Journal Of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1022-1032, jan. 2021.

SOUZA, L. V. Fontes para a história da ginecologia e obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1129-1146.

SOUZA, M. A. C. de .; SILVA, M. A. X. M. da . **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA GESTANTES COM PRÉ ECLÂMPسيا E/OU ECLÂMPسيا: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 7, n. 10, p. 3228–3261, 2021. DOI: 10.51891/rease.v7i10.3035.

SOUZA, M. A. C. de; SILVA, M. A. X. M. da . **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA GESTANTES COM PRÉ ECL ÂMPسيا E/OU ECLÂMPسيا: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.** **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 3228–3261, 2021.

SOUZA, M. F. de; VIANA, V. C.; SILVA, M. C.; GUIMARÃES, C. C. V.; CRUZ, V. O. O. da; AGUIAR, B. G. C.; FELIPE, L. A. de F.; SILVA, G. R. S.; ARAÚJO, L. S.; NUNES, S. **Sistematização da Assistência de Enfermagem ao trabalho de parto prematuro: Um estudo de caso / Systematization of Nursing Care for Preterm Labor: A Case Study.** **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 5, n. 12, p. 32974–32983, 2019. DOI: 10.34117/bjdv5n12-353.

SOUZA, M. C. M. R. De. **Enfermagem Materno-Neonatal E Saúde Da Mulher.** 3 ed. São Paulo: Ed. Guanabara Koogan, 2019.

SOUZA, M. D. M; BOSQUETTI, M. A; SILVA, M. L. B. Política Nacional de Humanização (PNH) como Ferramenta de Gestão: uma análise bibliográfica. **Coleção Gestão da Saúde Pública**, São Paulo, v. 10, 2018.

SOUZA, M. F. et al.. **Sistematização da Assistência de Enfermagem ao trabalho de parto prematuro: um estudo de caso.** **Brazilian Journal Of Development**, v. 5, n. 12, p. 32974-32983, dez. 2019.

SOUZA.R. A. G. de de; SilvaT. de S. A. da; BritoT. B. A.; NascimentoC. da S.; SantosL. M. A. dos; NeryM. T. R.; AlcântaraJ. E. P.; SouzaE. A. de; PinheiroB. E. B.; SousaJ. G. da S. O processo de construção da enfermagem obstétrica: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 15, n. 2, p. e9743, 16 fev. 2022.

STEIBEL J. A. P.; TRAPANI A. J. **Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.

TAVARES, N. V. S. et al. Fatores que influenciam a ocorrência de laceração perineal no parto. **Research, Society And Development**, v. 11, n. 4, p. 1-14, 20 mar. 2022.

TOLEDO, V. P. et al. Segurança do paciente psiquiátrico: percepção da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.13, 2019.

VICENTE, et al. Parto Cesario e Parto Normal: Uma abordagem acerca de riscos e benefícios Debt and Nomal Birth: An Approach to Risks and Benefits. **Revista Temas em Saude**, Jao Pessoa, v.17, n. 4, p. 4-10, 2017.

VICTOR, C. B.. **COMUNICAÇÃO, COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL E SATISFAÇÃO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA**. 2017. 50 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

WAKSMAN, R. D. et al. **ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**. 21. ed. Paraiba: Manole, 2017. 274 p.

WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O.M.. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev. bras. enferm.** 2010.

XAVIER, S. P. L. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco**. São Paulo: Ed. Novas Edições Acadêmicas, 2019.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA**. *Psicologia & Sociedade* [online]. 2017, v. 29 [Acessado 17 Novembro 2022] , e155043. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>>. Epub 10 Jul 2017. ISSN 1807-0310.
<https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.

ZIMMERMANN, J. B. et al. Infecção em cicatriz de cesariana: revisão da literatura e relato de caso. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v.20, n.3, p.178-183, 2020.

ZUGAIB, M, FRANCISCO, R. P. V. **Zugaib obstetrícia**. 4a ed. Baureri SP: Editora Manole, 2020.

APÊNDICES

10-Teria algo que você gostaria de acrescentar sobre o assunto?

11- Deixe suas sugestões.

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EQUIPE DE ENFERMAGEM: COMPLICAÇÕES NOS PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO.

Pesquisador: CECILIA MARLY SPIAZZI DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59886422.4.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.502.267

Apresentação do Projeto:

Os dados foram extraídos dos documentos postados na PB PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1970050.pdf e PROJETOenviadoplataforma.docx

Na sala de parto, vários profissionais desempenham um papel vital na saúde e segurança da mulher e seu recém nascido. A equipe de Enfermagem é essencial para o cuidado no parto e no cuidado do recém nascido, e é a equipe que presta o

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.502.267

acolhimento assim que a mulher chega ao hospital. A equipe de Enfermagem deve prestar assistência com seus conhecimentos científicos, humanizados e com sua visão holística, com consultas eficientes de enfermagem, agir com segurança, antes durante e depois do parto. O presente estudo tem como objetivo identificar as ações da equipe de Enfermagem nas complicações durante os Períodos Clínicos do Parto. Tendo como abordagem metodológica a pesquisa qualitativa descritiva e de campo, para coleta de dados será utilizado um entrevista estruturada contendo 11 perguntas abertas com os profissionais que compõem a equipe de Enfermagem no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto do Hospital São Donato em Içara, esta entrevista será registrada utilizando o recurso de áudio (gravador portátil), após a gravação o discurso dos participantes serão transcrito para análise e interpretação dos dados coletados. A análise e interpretação dos dados qualitativos serão realizadas pela categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Com esse estudo pretende-se contribuir para a reflexão sobre a importância destes profissionais, como elemento essencial, executor e promotor de uma assistência segura para a saúde da mulher.

1.3. PRESSUPOSTOS

P1- Acredita-se que as ações que a equipe de Enfermagem realiza nos Períodos Clínicos do Parto auxiliam para a diminuição dos danos e morbimortalidade materna e neonatal.

P2- Acredita-se que a equipe de Enfermagem ainda possa ter dificuldades específicas na assistência aos períodos Clínicos do Parto.

P3- Acredita-se que a discussão sobre as ações da equipe durante os períodos clínicos do parto, geram opiniões construtivas sobre a assistência, auxiliando nas futuras ações da equipe.

Objetivo da Pesquisa:

2.1. OBJETIVO GERAL

Identificar as ações da equipe de Enfermagem nas Complicações durante os Períodos Clínicos do

Endereço: Avenida Universitária, 1.105	CEP: 88.806-000
Bairro: Universitário	
UF: SC	Município: CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606	E-mail: cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 5.502.267

Parto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a importância da assistência da equipe de Enfermagem no caso de complicações nos Períodos Clínicos do parto.
- Identificar qual é a assistência realizada pela a equipe de Enfermagem nos Períodos Clínicos do Parto.
- Identificar as maiores dificuldade da equipe de Enfermagem na assistência aos Períodos Clínicos do Parto;
- Identificar com a equipe quais ações no período clínico de parto que podem ser melhoradas;
- Identificar pontos positivos e negativos que a equipe de Enfermagem obteve após a pesquisa.

TIPO DE ESTUDO

A pesquisa será do tipo descritivas e de campo na qual visa detalhar as características de uma população, eventos ou o estabelecimento de relações entre variáveis. No meio das pesquisas descritivas, se destacam aquelas que têm o objetivo de estudar as características de uma população, bem como sua distribuição por idade, sexo, escolaridade, entre outros (GIL, 2008).

No presente trabalho será utilizado o método da pesquisa de campo para coleta de dados. A pesquisa de campo se concentra no estudo de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e outras pessoas. É um procedimento reflexivo e crítico, buscando observar e discutir as ações da equipe de Enfermagem nos Períodos Clínicos do Parto. Envolve observação, perguntando como se chega aos fatos, seguindo uma visão analítica, seguindo uma estratégia.

LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto no Hospital São Donato, na Cidade de Içara.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-mail:** cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 5.502.267

A população alvo deste estudo serão os 15 profissionais que compõem a equipe de Enfermagem e que atuam no Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto no Hospital São Donato na cidade de Içara.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa apresenta como risco a perda de confidencialidade dos dados obtidos e para amenizar este risco será mantida a privacidade do participante, não serão divulgados nenhum tipo de dado pessoal do participante. Devido ao surgimento de novos casos pandêmicos do Covid-19 as entrevistas serão feitas de acordo com as medidas preventivas estabelecidas pela OMS (Organização Mundial Da Saúde).

Benefícios:

Com esse estudo pretende-se contribuir para a reflexão sobre a importância destes profissionais, como elemento essencial, executor e promotor de uma assistência segura para a saúde da mulher, O presente estudo beneficiará a equipe de Enfermagem e mulheres nos períodos clínicos do parto, aprimorando o conhecimento e aperfeiçoando os existentes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito importante para melhorias na prestação de uma assistência qualificada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos devidamente postados na PB

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-mail:** cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.502.267

em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997.

Lembre-se que:

. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.

2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto. 3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicação dos resultados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1970050.pdf	21/06/2022 22:11:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPLATA.docx	21/06/2022 22:10:09	CECILIA MARLY SPIAZZI DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOenviadoplataforma.docx	21/06/2022 22:09:45	CECILIA MARLY SPIAZZI DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAPLATA.docx	21/06/2022 22:09:18	CECILIA MARLY SPIAZZI DOS	Aceito

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-mail:** cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 5.502.267

Cronograma	CRONOGRAMAPLATA.docx	21/06/2022 22:09:18	SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTOASSINADA.pdf	21/06/2022 22:08:18	CECILIA MARLY SPIAZZI DOS SANTOS	Aceito
Outros	ENTREVISTA.docx	20/06/2022 20:49:47	CECILIA MARLY SPIAZZI DOS SANTOS	Aceito
Outros	CARTEACEITE.docx	20/06/2022 20:49:06	CECILIA MARLY SPIAZZI DOS SANTOS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	20/06/2022 20:45:51	CECILIA MARLY SPIAZZI DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 30 de Junho de 2022

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário **CEP:** 88.806-000
UF: SC **Município:** CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2606 **E-mail:** cetica@unesc.net