FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

DESVENDANDO OS CRITÉRIOS E AS PRÁTICAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA A REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA

GERALDO BRAGA JUNIOR

ASSIS
DEZEMBRO/2009

GERALDO BRAGA JUNIOR

DESVENDANDO OS CRITÉRIOS E AS PRÁTICAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA A REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA

Monografia apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA, como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem

Área:
Saúde da Mulher e Comunicação

Orientadora:
Profª. Ms. Teresa Cristina Prochet

ASSIS
2009

Junior, Geraldo Braga
Desvendando os critérios e as práticas utilizadas pelos enfermeiros para realização do parto normal com episiotomia. Geraldo Braga Junior. - Assis, SP, 2009.
76p.

Monografia – Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA
Orientadora: Profª. Ms. Teresa Cristina Prochet

1. Enfermagem Obstétrica 2. Parto Normal 3. Episiotomia

CDD:610
Biblioteca FEMA

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS
INSTITUTO MUNICIPAL DE ENSINO SUPERIOR DE ASSIS

COORDENADORIA DE ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Geraldo Braga Junior
Título: Desvendando os critérios e as práticas utilizadas pelos enfermeiros para a realização do parto normal com episiotomia.

Monografia apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Defesa: 04/12/09

Banca Examinadora

1ª Examinadora: Orientadora Profª. Ms. Teresa Cristina Prochet — Instituição: FEMA

_____

2ª Examinadora: Profª. Isabel Cristina Guedes Mazalli — Instituição: FEMA

_____

3ª Examinadora: Profª. Drª Elizete Melo da Silva — Instituição: FEMA

_____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, alicerces da minha vida, que sempre me apoiaram, em todos os momentos da minha vida. Me constituíram... E me deram forças pra lutar, meus exemplos de perseverança. Amo muito vocês!

Em especial para minha mãe, Benedita, por ter vivido esse sonho comigo, por ter sido além de mãe, uma guerreira. Se venci, foi porque sempre a tive lutando do meu lado, me mostrando qual caminho a seguir. Qualquer palavra relatada aqui seria insuficiente para descrever todo amor que sinto por ela e para agradecer a Deus por ter contemplado minha vida com esse presente.

Aos meus afilhados, Pedro, Gustavo e Bianca, que sempre estiveram por perto me iluminando, me motivando e com um simples sorriso, me mostraram o verdadeiro sentido da felicidade.

A minha segunda mãe, Celina, que também amo muito, porém hoje não esta aqui pra comemorar comigo, mas sei que de onde ela estiver estará torcendo por mim.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter sustentado a minha fé e me fazer um ser melhor.

À minha orientadora Profª. Ms. Teresa Cristina, que fez parte do meu sonho, que nos diálogos e discussões me respeitou, estimulou, criticou, apoiou, elogiou, me fez refletir e ensinou muita coisa, principalmente o que é ser ENFERMEIRO.

À Profª. Isabel Mazalli, pelas contribuições necessárias pra minha qualificação.

Ao Profº Dr. Luciano Gatti, a Profª Rosângela, Profª Ivana, Profª Elizete por terem contribuído com excelência no meu aprendizado.

Às mulheres da minha vida, minhas amigas: Vanessa, Val e Sônia, meus escudos, meus apoios em vários momentos, Néia, um anjo por ter conseguido viver ao meu lado por 4 anos, Fabiane e Eloisa pelas constantes caronas, haja velocidade hein...

Aos meus amigos: Ademir, Diogo Venancio... que me irrita muito, mas é um irmão, Daniel (Solta o som Deeejay...), Jorge "Google Acadêmico" de orientações científicas, muito obrigado por tudo "JJ".

Aos colegas de trabalho, que entenderam minha situação e colaboraram.

Às Meninas do Grupo F: Ana, Anne, Christina, Eloisa, Néia, Fernanda, Inês, Nilsa

À administração da Santa Casa de Misericórdia de Assis e gerência de Enfermagem do Hospital Regional de Assis por terem aberto as portas para o meu estudo.

Aos amigos de curso pelos momentos vividos: Ana Paula "Tuty", Marcela, Iara, Maria do Carmo, Antonia "Toninha", Marcos Portela

E aqueles, que me fizeram optar, Graduação ou Emprego? Obrigado... Escolhi a Graduação.

EPÍGRAFE

“Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor...
Lembre-se: Se escolher o mundo, ficará sem o amor,
mas se escolher o amor, com ele você conquistará o mundo.”
(Albert Einstein)

RESUMO

O termo gestação expressa na sociedade, especialmente nas mulheres diversos sentimentos, desde a concepção, até a fase resolutiva. Esses sentimentos são cercados de mudanças às mulheres, não só físicas, mais mudanças que redefinem sua vida. Tendo em vista essa importância, a gravidez é um assunto de extrema importância para todas as esferas governamentais, pois para perpetuação da espécie é necessário que todas as mulheres e o fruto de sua concepção sejam adequadamente tratados. A justificativa para esse trabalho se deu ao fato de divergências nos discursos teóricos e práticos dos profissionais, observado em prática curricular e incentivo ao parto normal humanizado proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O principal objetivo desse trabalho foi desvendar os critérios adotados pelos enfermeiros obstetras para realização do parto normal com episiotomia. Para isso foram analisados alguns fatores, como: o histórico do parto no mundo, o cenários que eles ocorriam e os principais atores, as características da gestação no Brasil, englobando a política de atenção à saúde da mulher, o pré-natal, fisiologia do parto normal, tipos de partos e suas respectivas indicações, posicionamento durante o parto normal, episiotomia e sua aplicabilidade, assim como a assistência prestada aos diversos tipos de parto Para essa identificação foi aplicado um questionário à uma amostra de sete enfermeiros que atuam em obstetrícia em duas instituições da cidade de Assis, após aprovação de comitê de ética e assinatura de termo de consentimento pelos mesmos. Dados esses que possibilitaram analises, discussões e propostas para uma assistência diferenciada no campo de obstetrícia na cidade de Assis, confirmando evidências de mudanças para assim, atingir o ideal de parto natural proposto pelo SUS e Conselho de Enfermagem.

Palavras-Chave: Enfermagem Obstétrica, Parto Normal, Episiotomia

ABSTRACT

The term gestation expressed in society, especially in women different feelings, from conception, to the resolution stage. These feelings are full of changes for women, not only physical, but more changes that redefine your life. Given this importance, pregnancy is a matter of great importance to all levels of government, as for the perpetuation of the species is necessary for all women and the fruit of conception are adequately addressed. The justification for this work is a factor to the differences in theoretical and practical discourses of professionals, observed in practice curriculum and encouraging normal childbirth humanized proposed by the Unified Health System (SUS). The main objective of this study was to discover the criteria adopted by obstetric nurses to perform the normal delivery with episiotomy. For that analyzed factors such as: the history of childbirth in the world, the scenarios they occurred and the main actors, the characteristics of pregnancy in Brazil, covering policy attention to women's health, prenatal care, physiology normal delivery, types of deliveries and their indications, positioning during vaginal delivery, episiotomy and its applicability, as well as assistance to various types of birth to identify these was a questionnaire to a sample of seven nurses working in obstetrics in two institutions in the city of Assisi, after approval of the ethics committee and signed consent form for them. Given these that enabled analysis, discussion and proposals for a differentiated assistance in the field of obstetrics at the town of Assisi, confirming evidence for changes from attaining the ideal of natural childbirth and the SUS and Board of Nursing.

Keywords: Obstetric Nursing, Childbirth, Episiotomy

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da frequência relativa e percentual dos profissionais estudados conforme sexo - 2009	43
Tabela 2 -	Distribuição da frequência relativa e percentual dos fatores relatados pelos profissionais estudados como limitantes para sua atuação profissional - 2009	44
Tabela 3 -	Distribuição da frequência relativa e percentual dos critérios indicados pelos profissionais estudados para realização do parto normal com episiotomia - 2009	47
Tabela 4 -	Distribuição da frequência relativa e percentual do tipo de episiotomia adotado pelos profissionais estudados - 2009	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Taxa de idade dos profissionais estudados - 2009	42
Gráfico 2 -	Quantificação da percepção dos profissionais estudados, quanto ao conhecimento prévio das parturientes sobre a episiotomia - 2009	50
Gráfico 3 -	Quantificação das respostas dadas pelos profissionais estudados, quanto ao ato de realizar ou não orientações sobre a episiotomia durante a internação ou Trabalho de Parto - 2009	51

SUMÁRIO

	CAPÍTULO I.....	**12**
1	**INTRODUÇÃO.....**	**13**
1.1	A PROBLEMÁTICA.....	13
1.2	JUSTIFICATIVA.....	18
1.3	HIPÓTESE.....	19
1.4	OBJETIVOS.....	19
1.4.1	OBJETIVO GERAL.....	19
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
	CAPÍTULO II.....	**21**
2	**REVISÃO DA LITERATURA.....**	**22**
2.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DA GESTAÇÃO NO BRASIL.	22
2.2	PRÉ-NATAL.....	24
2.3	TIPOS DE PARTO (NORMAL X CESÁREO).....	25
2.4	FISIOLOGIA DO PARTO NORMAL.....	27
2.4.1	PERÍODOS CLÍNICOS DO PARTO.....	30
2.5	POSICIONAMENTO DA PARTURIENTE PARA O PARTO E APLICAÇÃO DA EPISIOTOMIA.....	31
2.6	PROTEÇÃO DO PERÍNEO.....	34
2.7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUANTO AO PARTO NORMAL E PARTO CESÁREO.....	35
	CAPÍTULO III.....	**37**
3	**METODOLOGIA.....**	**38**
3.1	TIPO E LOCAL DO ESTUDO.....	38
3.2	SUJEITOS DO ESTUDO.....	38
3.3	TAMANHO DA AMOSTRA.....	39
3.4	COLETA DE DADOS.....	39
3.5	TRATAMENTO DOS DADOS.....	40
	CAPÍTULO IV.....	**41**
4	**RESULTADOS E DISCUSSÕES.....**	**42**
5	**CONCLUSÃO.....**	**53**
6	**CONSIDERAÇÕES FINAIS.....**	**54**
	REFERÊNCIAS.....	**55**
	APÊNDICES.....	**58**
	APÊNDICE A.....	59
	APÊNDICE B.....	61
	APÊNDICE C.....	66
	ANEXOS.....	**72**
	ANEXO A.....	73
	ANEXO B.....	74

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problemática

O termo gestação expressa nas pessoas, especialmente nas mulheres diversos sentimentos, desde a descoberta da concepção, durante a fase evolutiva e ao decorrer da fase resolutiva, ou seja, o trabalho de parto e parto propriamente dito. Além disso, podemos afirmar que o parto não é apenas um ato realizado por um mecanismo fisiológico do corpo da mulher, é um momento que redefine sua vida, envolvem fatores socioculturais, muda as relações da mulher com a sociedade e confirma o significado de ser mulher (DINIZ, 2005).

A atenção à saúde da mulher é de fundamental importância em todas as esferas de governo, tendo em vista que para evolução humana é necessário que as mulheres sejam adequadamente tratadas, oferecendo a elas assistência adequada por diversos profissionais da área da saúde.

Neme, 2000 afirma que durante a gestação, a mulher sofre diversas alterações que determinarão a instalação do parto, e esse mesmo parto pode ocorrer de duas formas: normal ou espontâneo: onde existe o equilíbrio entre os fatores de parto, bacia óssea e mole, feto e força que é determinada pelas contrações uterinas, e o parto distócito, ou seja, aquele que apresenta alterações significativas nos fatores que determinam o parto, necessitando estes de manobras específicas ou intervenções cirúrgicas, como por exemplo, o parto cesáreo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1996, p. 6, define como parto normal, evidenciando assim, suas principais características:

> Início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições.

Em se tratando de parto, evolutivamente a assistência prestada durante o processo de parturição passou por diversos momentos. Durante o século XII a prática masculina em partos era muito pequena, o que posteriormente levaria a um atraso no desenvolvimento da atividade médica ligada à mulher. Até então os partos eram realizados por outras mulheres,

ditas parteiras e os homens prestavam somente assistência ao parto de animais (SATO, 2004 apud SEIBERT et al., 2005). Na idade média, tem início a atuação do parteiro-sacerdote, que atuava apenas em casos complicados, após pedido de ajuda das parteiras (REZENDE, 1987 apud SEIBERT et al., 2005).

Shirmer et al., 2002 , p.203 afirmam sobre a evolução do cuidado à saúde da mulher:

> Nos escritos de Tschrak e Susruta, da medicina hindu, já se recomendava um cuidado especial às gestantes. A prática milenar, de prestar assistência à mulher no período gestacional e ao recém-nascido foi exercida até o final do século passado, basicamente por mulheres, salvo em algumas comunidades indígenas que os maridos as ajudavam.

Historicamente o parto que era realizado em domicílio por parteiras, essas na maioria das vezes eram mulheres leigas, porém pessoas que passavam extrema confiança para a parturiente e sua família, posteriormente aparecem profissionais formados em medicina, os cirurgiões, porém sem a mínima experiência na área que atuam para a realização do parto, os resultados acabavam por serem catastróficos e as técnicas dos mesmos eram tidas como mutiladoras, em 1806 surge à especialização em obstetrícia nos cursos de medicina (NEME, 2000).

Quando o parto realizado pela parteira apresentava alguma complicação à mesma recorria à outra parteira com maior experiência para tentar realizar o parto, caso ambas não conseguissem realizar o parto, em último caso elas recorriam ao auxílio de um cirurgião (MAMEDE et al., 2007).

Contudo segundo Maldonado, 2000 apud Carvalho, 2007 com o aparecimento dos cirurgiões, a parteira foi perdendo seu espaço para realização do parto e ao final do século XVIII a mesma passa a ficar em segundo plano para a realização do parto normal.

Durante muito tempo, durante várias décadas do século 20 e devido aos vários preceitos religiosos então tidos pela medicina que tratavam o ato de conceber, precisamente o fato de sentir dor como um castigo ao pecado original, a medicina obstétrica tenta resolver tal problema, passa a realizar partos sob sedação total na Europa e nos Estados Unidos em meados da década de 10. O procedimento englobava uma aplicação endovenosa de Morfina no início do parto e em seguida uma dose de um medicamento que provocaria amnésia, mas como o mesmo medicamento provocaria agitação, as mulheres eram mantidas amarradas nas mesas de parto, a partir disso o parto era induzido por ocitócitos, o colo dilatado por instrumentos específicos e o feto retirado com fórceps alto (DINIZ, 2005).

Durante esse período, houve um alto índice de mortalidade materna e infantil. Tal redução só ocorreu no início do século XX precisamente após a Segunda Guerra Mundial, onde se iniciou a institucionalização do parto, período em que houve a evolução de técnicas, como terapia antiinfecciosa, reposição sanguínea e na realização de procedimentos cesáreos nos partos com distócia diagnosticável (BRUGGEMANN et al., 2005).

Inicialmente esse tipo de tratamento era restrito apenas à elite e às indigentes que necessitavam de maternidades-escolas para conceber seus filhos. Em meados do século XX, esse tratamento passou a ser adotado por muitos países e a prática de obstetrícia não médica passou a ser proibida, assim como os partos realizados fora do ambiente hospitalar (DINIZ, 2005).

Com essa mudança no paradigma dos partos, que até então havia sido apenas mudado o cenário dos fatos e os profissionais que realizariam o mesmo, tal procedimento passa a conter outras características. A tecnologia até então vista como um meio de manter uma qualidade na assistência prestada à parturiente acaba por deixar outros aspectos importantes do parto de lado. Com a mudança do cenário encontramos um ambiente diferente do habitual da parturiente, onde a mesma encontra-se distante dos seus familiares, perde seu espaço, sua privacidade.

Nesse modelo hospitalar, nos países industrializados, as mulheres passam por uma série de procedimentos que a impedem de agir por si próprias e passam a se tornar um sujeito passivo da situação e essas intervenções acabam provocando uma má condição na saúde materno-infantil (MAMEDE et al., 2007).

Gualda, 1998, Osava, 1990 Maldonado, 1991 apud Mamede et al.,2007, p.333, referem-se à estadia da mulher no Hospital:

> Apesar de a gravidez não ser doença, no hospital a parturiente adquire a condição de paciente, perde o controle sobre seu próprio corpo, sua privacidade, individualidade e, muitas vezes, torna-se submissa à equipe. Com freqüência vê-se diante de instrumentos e equipamentos, de pessoas ao seu redor que não sabem o seu nome, referem-se a ela como a paciente do pré-parto, ou o oligoâmnio do leito tal, rotulando-a com números e patologias, mantendo-a presa no leito, o que leva à sua despersonalização enquanto mulher e pessoa. Neste ambiente frio e ameaçador em que se encontra, é afastada do apoio emocional da família, ficando aos cuidados de profissionais estranhos que nunca viu antes.

Para Faúndes, 1991 apud Carvalho, 2007 o uso do parto cesariano abusivo no Brasil acaba por propiciar uma desumanização da assistência prestada ao binômio mãe-feto além de ocasionar um desperdício dos escassos recursos do setor da saúde.

Diversas críticas aos modelos de assistência foram descritas por Gaskin, 2003 apud Diniz, 2005, segundo os mesmos em 1950 e ao decorrer dessa década, na Europa criou-se o movimento pelo Parto sem Dor, posteriormente por outros grupos surgiu o movimento pelo Parto sem Medo e Parto sem Violência, assim como o Parto Natural pelo movimento hippie da comunidade The Farm nos Estados Unidos.

No Brasil, seguindo a evolução mundial, o parto foi institucionalizado a partir de 1950, sendo acompanhado pelo aumento das atividades do setor público de saúde, que então aumentou seus recursos tecnológicos e recursos humanos para realização do parto. (SCHIRMER et al., 2002)

Com o passar dos anos e a consolidação da assistência institucionalizada e medicalizada houve uma grande mudança nos tipos de partos realizados, em 1970 os partos cesáreos chegava à marca de 40% dos partos realizados em Maternidades – Escolas e Instituições Públicas. Esse alto número de cesáreas pode ser explicado através de mudanças ocorridas no ensino da Tocoginecologia, o que levava os profissionais da área de Medicina com pouca experiência diante de um parto que não fosse espontâneo, praticar o parto por via alta, ou seja, parto cesáreo. Levando em conta tal afirmação presume-se que cada cesárea realizada pré- determina a realização de outra em uma situação futura. Vale ressaltar também que a mídia sempre salientou em filmes e/ou novelas que o parto normal é uma experiência que a mulher acaba passando por muito sofrimento, influenciando assim na cultura das gestantes (NEME, 2000)

Em meados da década de 80 os índices de cesárea no Brasil alcançaram a casa de 30% (Faundes, 1991 apud Hotimsky et al., 2002), mais tarde em 1997 essa taxa aumentou para 37,9%, sendo que esses dados excluíam convênios e hospitais privados. Uma taxa exorbitante, tendo em vista os 15% sugeridos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (HOTIMSKY et al., 2002).

Na mesma época, vários estudos avaliaram a eficiência da assistência prestada no parto e a partir disso criou-se um novo modelo para assistência ao parto, determinando que todas as ações realizadas no parto deveriam respeitar a fisiologia do corpo, portanto só deveriam ser realizadas caso as necessidades não fossem supridas pelos meios naturais ou que essas intervenções tenham efetividade comprovada. (DINIZ, 2005).

Com todo esse avanço no processo de desenvolvimento do Parto Mundial, a busca pela qualidade na assistência prestada a gestantes/parturientes nos países desenvolvidos, onde muitas vezes tais intervenções são questionáveis e nos países em desenvolvimento, onde também é buscada pelos serviços de obstetrícia a dita qualidade da assistência, e como conclusão muitas intervenções acabam por serem inoportunas, inadequadas e desnecessárias. Em 1996 a OMS desenvolve um documento, Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático, que foi elaborado com base em estudos feitos pelo World Health Organization (WHO) e após definidas algumas bases de trabalho e condutas a serem tomadas em partos hospitalares, com base em condutas que já são tomadas e suas respectivas avaliações (OMS, 1996): A- Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B- Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C- Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D- Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Porém, mesmo com essas propostas de trabalho proposta pela OMS, Diniz, 2001, p.7, afirma que:

> Na prática, no Brasil como em outros países, esta, como outras recomendações, vem sendo sistematicamente desconsideradas - isto quando são conhecidas. Este é o caso de condutas como o monitoramento de bem-estar físico e emocional da mulher, a oferta oral de fluidos durante o trabalho de parto e parto, as técnicas não-invasivas e não farmacológicas de alívio da dor (como a massagem, o banho e o relaxamento); a liberdade de posição no trabalho de parto e parto, o encorajamento a posturas verticais, entre outros. Os procedimentos reconhecidamente danosos, ineficazes, e que deveriam ser eliminados, continuam a fazer parte do dia a dia da maioria dos serviços.

Segundo Carvalho, 2007, outra sugestão proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de fundamental importância para a parturiente a presença do acompanhante na sala de parto, mas ainda o mesmo o fator agravante de tal sugestão é que o companheiro muitas vezes não se encontra preparado para o momento, ele expressa medo do desconhecido e dos riscos, assim como ansiedade.

Ainda segundo a mesma organização, Humanizar o parto significa adotar medidas que promovam o nascimento saudável, evitando assim condutas desnecessárias ou riscos para mãe e feto.

Gurgel, 1997 apud Carvalho, 2007, p.186, referem à conduta de enfermagem durante o processo de dor-comportamento da mulher:

> O enfermeiro deverá valorizar cada sentimento com vistas cuidar do outro de forma valorativa, respeitando as palavras e as lições que estas parturientes trazem de suas culturas e buscar um cuidar interativo. Comunicação, respeito pela individualidade, estabelecimento de relação empática no sentido de ajudar a compreender a dor tornam-se essenciais durante o cuidado prestado.

Recentemente é levantada a questão das diferenças entre o parto normal e parto natural, tendo em vista todas as situações que a parturiente é submetida desde sua admissão na unidade hospitalar até sua alta, já como puérpera. Condutas como: tricotomia, punção venosa e administração de ocitocina, enema ou clister, repouso no leito, jejum, posição litotômica para o parto, excesso de manuseio do períneo durante o período expulsivo, privação de um acompanhante, falta de informação, falta de privacidade acabam por caracterizar o que deveria ser "normal" como um momento regido por intervenções de profissionais e intervenções ambientais. O que caracterizaria um parto natural seria a aplicação de procedimentos apenas quando os mesmos se fizessem necessário, com indicação evidenciada por bases científicas, além de ambiente adequado que proporcione a parturiente segurança, conforto, liberdade de movimentos e privacidade (CRUZ, 2009).

Um procedimento frequentemente usado na rotina hospitalar é a episiotomia, mesmo os profissionais sabendo que sua realização é questionável. Nas instituições hospitalares é como se houvesse uma escolha, ou se corta por cima ou se corta por baixo (DINIZ, 2001).

Malik, 2000 apud Carvalho, 2007 afirmam que é necessário ser solidário com o humano em que a assistência é prestada, tendo visão holística e empatia, só assim a humanização da assistência passará a ser efetivada.

1.2 Justificativa

Desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) vem qualificando enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal, através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do SUS.

Uma das finalidades de aplicar o parto normal é a redução dos índices de partos cesarianos. Em 1998 o Ministério da Saúde instituiu uma portaria a qual incluía na tabela do Sistema das Informações Hospitalares do SUS o procedimento "parto normal sem

distócia realizado por enfermeiro obstetra" e posteriormente criou limites técnicos para a realização dos partos cirúrgico nos ambientes hospitalares.

As Portarias MS/GM 569, 570, 571 e 572 de 01 de junho de 2000 instituem o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento visando olhar à assistência obstétrica de forma integral e afirmar os direitos das mulheres.

Segundo a Lei 7498/86 do Conselho Federal de Enfermagem no inciso II do Art. 6º incumbe ao enfermeiro obstetra: § 1º Assistência à parturiente e ao parto normal; § 2º Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; § 3º Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Mediante o exposto, surge o questionamento em saber até que ponto a episiotomia tem sido usada como um benefício para a parturiente e/ou feto. Muito se fala acerca dos mitos sobre fazer ou não fazer tal procedimento ou que o mesmo "deixa a mulher larga" ou que, poderá dificultar futuramente o ato sexual e trazer complicações decorrentes de lesão do assoalho pélvico. Foi também percebido durante a prática de estágio curricular realizado um discurso divergente entre contexto teórico e prático, estimulando a realização do presente estudo.

1.3 Hipótese

(H1) Confronto no discurso teórico e prático das Enfermeiras Obstetras quanto ao parto com episiotomia, provavelmente a decisão de realização da episiotomia não está ligada às condições obstétricas e fisiológicas da parturiente.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

— Identificar os critérios e as indicações que subsidiam na decisão da enfermeira obstetra em realizar um parto normal com episiotomia.

1.4.2 Objetivos Específicos

— Descrever a fisiologia do parto;

— Citar as indicações teóricas e os cuidados de enfermagem referentes ao parto normal e cesáreo;

— Apresentar perfil sócio-demográfico e de estudo das enfermeiras estudadas;

— Revelar as facilidades e as dificuldades que as enfermeiras possuem para acompanhar o trabalho de parto e realizá-lo;

— Identificar os critérios e as indicações que subsidiaram a prática da enfermeira na realização do parto normal com episiotomia.

CAPÍTULO II

2 REVISÃO DA LITERATURA

Em tal capítulo será abordado aspectos gerais da gestação no Brasil, pré-natal, fisiologia do parto normal, assim como os principais tipos de partos realizados e suas diferenças, posicionamento para o parto, posicionamento da parturiente, realização da episiotomia, proteção do períneo e cuidados de enfermagem, relacionados ao parto normal e parto cesáreo.

2.1 Características gerais da gestação e parto no Brasil

A gestação pode ser caracterizada por um ato sublime ocorrido com as mulheres em idade fértil e fisiologicamente saudáveis. Porém, também é um momento gerador de muitos sentimentos acerca dos acontecimentos que se decorrem ao longo do desenvolvimento do embrião e posterior feto na vida intra-uterina (PROGIANTI et al., 2006)

O fenômeno do parto existe desde o surgimento da humanidade e representa a finalização do processo pelo qual se garante a perpetuação da espécie (ALMEIDA et al., 2005). É nesse momento que o turbilhão de sentimentos gerados pela agora parturiente é mais evidenciado e pode ser descrito como um momento de maior emoção caracterizado por sentimentos de amor e alegria, mas também por sentimentos de medo e insegurança, principalmente em gestantes que irão conceber seu primeiro filho.

Segundo o PNDS (Pesquisa Nacional de Saúde da Mulher e da Criança) de 2006, vivemos num país onde existe um grande número de mulheres, segundo a pesquisa realizada, pelo mesmo 28 % dessas encontram-se em idade fértil, isto é, supostamente capazes de manter uma gestação no que se diz respeito aos aspectos fisiológicos. De acordo com o referido plano, a região sudeste é caracterizada como sendo uma das regiões que possui maior número de mulheres em idade fértil.

O mesmo documento afirma que a maioria das gestantes brasileiras tem assistência ao pré-natal, porém com diferenças importantes entre as regiões. Das gestantes pesquisadas da região sudeste cerca de 84,7% realizam no mínimo 6 consultas de pré-natal, cumprindo com o que é estipulado pelo Ministério da Saúde. Já as gestantes da região nordeste 61% atingem esse protocolo no que se refere ao pré-natal. Vale ressaltar que esses diferenciais, no acesso ao pré-natal, aumentam com a progressão da escolaridade da mulher e tende a diminuir com o aumento do número de filhos.

Hoje em dia todas as mulheres com acesso ao pré-natal de qualidade, passam por procedimentos universais como exames laboratoriais, sendo esses de sangue e urina, exames ultrassonográficos, avaliação dos níveis pressóricos, ganhos ponderais e vacinação antitetânica.

Com o avanço da sociedade, mudança de fatores demográficos, culturais a natureza interna do parir e do nascer humano sofreu transformações significativas a partir da racionalidade instaurada pela ciência moderna (PEREIRA et al., 2008). O que era visto como um procedimento simples, muitas vezes realizado na própria casa da mulher, hoje passa a ser um procedimento comumente realizado no âmbito hospitalar, por procedimentos cirúrgicos, realizados em locais específicos, em uma mesa especifica e em posição determinada pelas rotinas hospitalares, que acaba por gerar muito desconforto a tal mulher e a propiciar condutas cirúrgicas.

Com essa evolução da sociedade e principalmente nos fundamentos de manutenção a saúde, principalmente no que se diz respeito ao processo de parturição, muitos estudiosos tem questionado a importância de tal fato, tendo em vista que esse processo de modernidade viabiliza o cuidado, pois a utilização de recursos tecnológicos passa a ser maior e consequentemente a capacitação desses profissionais também, contudo isso acaba por não assegurar a qualidade da assistência prestada e da humanização proposta.

Dados da pesquisa referida anteriormente afirmam que 98% dos partos realizados no Brasil, são realizados no âmbito hospitalar e na maioria por profissionais médicos com formação em obstetrícia (PNDS 2006, 2008).

Para Freitas, 2005 apud Menta & Schirmer, 2006, p.6 em 1998 na cidade de São Paulo, a taxa de cesárea encontrava-se em torno de 35% entre as mulheres sem nenhuma escolaridade, e em torno de 73,0% nas de nível superior, isto é, aquelas com maior poder de negociação com os serviços de saúde.

Segundo Campana & Pelloso, 2007, p.2, nos últimos anos a taxa de cesárea no Brasil diminuiu discretamente de 40,3% em 1996 para 38,6% em 2002 e 26,4% em 2003. Para a Organização Mundial de Saúde a taxa de cesárea deve estar entre 10 a 15% do total de partos.

Hoje na cidade de Assis, possuímos dois hospitais credenciados pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para fazer partos (vaginais e cesáreas), sendo um deles mantidos pelo estado e outro com características filantrópicas. No Hospital Estadual citado, no ano de 2008 foram realizados 457 partos, sendo 250 partos cesáreos e 207 partos normais, sendo na quase totalidade esses partos realizados por médicos. Ambos os hospitais possuem no seu quadro de

pessoal, enfermeiras (os) especializadas (os) em obstetrícia, mas não sabemos qual de fato tem sido a atuação desses no campo relativo ao parto propriamente dito.

2.2 Pré-Natal

A assistência no pré-natal deverá ser realizada por supervisão médica e de enfermagem, desde a concepção até o trabalho de parto e tem como objetivos identificar, tratar ou controlar doenças, previnir complicações, assegurar boa saúde materna através de educação da mesma, promover bom desenvolvimento fetal e preparar a família para desenvolvimento de seus respectivos papéis (CARVALHO, 2007)

Segundo o Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério de 2006 do Ministério da Saúde, p.15, o atendimento inicial do pré-natal inicia-se pelo acolhimento e deverá ser:

> De aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada á unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Ainda segundo tal manual é de fundamental importância a participação do pai no pré-natal, para assim preparo do casal para o parto.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), 2006 o mínimo desejável de consultas para cada gestante é de 6 consultas durante o pré-natal, sendo essas: uma no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo trimestre e três no terceiro, Carvalho, 2007 sugere que esse calendário obedeça à seguinte sequência: até a 32ª semana, 1 consulta/mês, até a 36ª semana de 15/15 dias, até a 40ª semana consultas semanais e de 40 a 42 semanas as consultas deverão ser feitas 2 vezes/semana.

O mesmo MS ressalta a importância de ações educativas, dentre elas as discussões em grupo, dramatizações e dinâmicas que facilitem a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Durante essas ações educativas são sugerido os temas: Importância do Pré-Natal, cuidados de higiene, realização de atividade física de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, nutrição, modificações corporais e emocionais, medos, atividade sexual, sinais de alerta e o que fazer nessas situações, preparo para o parto, orientações e incentivo ao parto normal, incentivo a sua capacidade de dar à luz, importância do planejamento familiar, sinais do trabalho de parto, benefícios legais que a mulher tem direito, importância do pai durante o pré-natal, direito de acompanhante durante o trabalho de parto, etc.

2.3 Tipos de Parto (normal x cesárea)

O parto normal ocorre entre a 39ª e 42ª semana de gestação e é caracterizado inicialmente por queixas de dor ou cólica coincidente com o surgimento de contrações uterinas, saída da Rolha de Schoroeder, rompimento de membranas e alterações do colo uterino. A primeira fase do trabalho de parto é caracterizada pelo início do trabalho de parto até a dilatação completa do colo uterino, essa fase pode durar de 1 a 12 horas. A duração dessa fase depende de vários fatores como: grau de paridade, diâmetros fetais e pélvicos, contrações, tamanho fetal e capacidade do colo dilatar-se. Ainda nessa fase podemos notar as subfases: Latente, onde se nota ate 6 cm de dilatação cervical e Ativa, após 6 cm de dilatação. A segunda fase do trabalho de parto vai da dilatação completa até a expulsão do feto que dura em média 45 minutos e a terceira e última fase vai da expulsão do feto até a dequitação da placenta (NEME, 2000).

Durante a segunda fase do trabalho de parto pode ser realizada a episiotomia que é questionada por vários profissionais e autores, tendo em vista a formação profissional, bibliografia de aprendizado e rotinas hospitalares.

O parto cesáreo é um procedimento cirúrgico, realizado através de uma incisão cirúrgica na parede abdominal para a extração fetal e pode ser classificado como: Fúndica (Microcesárea), Clássica (corporal – incisão vertical), Segmento Corporal, Segmentar – incisão transversal e Segmentar Baixa (Transversal) que é a técnica mais utilizada por propiciar menos manipulação dos intestinos, propicia evolução mais rápida no pós-operatório, pelo útero possuir menor atividade nesse segmento, região menos vascularizada e menos delgada (CARVALHO, 2007)

CARVALHO, 2007, p.172-173, descreve a técnica do parto cesáreo realizado por profissional médico com os seguintes passos:

> Posicionar a paciente sentada para analgesia, que poderá ser raquidiana ou peridural; após posicionar a paciente em decúbito dorsal horizontal; cateterismo vesical (opcional); realização de anti-sepsia com povedine; colocação de campos cirúrgicos prendendo-os com pinças Backhaus; incisão transversal segundo Pfannestiel ou longitudinal mediana; hemostasia do tecido subcutâneo com categute 3.0 simples; colocação do afastador Gosset e válvula suprapúbica; incisão em forma de arco no peritôneo visceral; realização de botoeira no miométrio com bisturi e posterior divulsão digital, em casos de cicatrizes anteriores, abrir com tesouras a partir da botoeira; aspiração do líquido amniótico se necessário; extração do feto utilizando a mão como alavanca, procurando orientar o occipcio fetal para a incisão; aspirar cuidadosamente a orofaringe do feto; laqueadura do cordão umbilical após primeiros movimentos respiratórios; revisão digital da cavidade sem traumatizá-la; dequitação espontânea ; após dequitação fornecer ocitocina diluída em soro glicosado (SG); sutura

> do miométrio com pontos separados de categute 3.0 cromado, os primeiros pontos deverão ser feitos através do ângulo da incisão ; sutura do peritôneo visceral de forma contínua com categute 3.0 simples; revisão dos anexos e limpeza da cavidade peritoneal, aproximação dos músculos retos com categute 3.0 simples; revisão da hemostasia, sutura da aponeurose com pontos separados de categute 0 cromado ou fio de algodão ou Vycril 0; aproximação opcional do tecido subcutâneo com pontos separados de categute simples 3.0; aproximação da pele com Nylon 3.0, Nylon 4.0 ou Algodão 3.0 sendo esses pontos simples ou pontos contínuos (sutura intradérmica); curativo oclusivo compressivo e antibioticoterapia profilática.

Quanto à indicação ao parto cesáreo, podemos citar: desproporção fetal, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, inércia uterina, tumores pélvicos, rotura uterina, cesárea prévia, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), sofrimento fetal, prolapso de cordão, herpes vaginal, condilomatose. (CARVALHO, 2007)

Muitas vezes esse procedimento é eletivo, ou seja, com data pré estabelecida pelo médico a fim de adequar seus horários e sua produção. É realizada sob anestesia, em local apropriado, com técnicas assépticas e como qualquer outra cirurgia envolve riscos, esses riscos podem acometer a mãe, o bebê ou ambos. Dentre os principais riscos vale ressaltar: para a mãe, lacerações acidentais, infecções puerperais, embolia pulmonar, hemorragias e íleo paralitico; para o feto, maior probabilidade de desenvolvimento de síndrome da angústia respiratória e para ambos, pode interferir no vínculo entre as partes citadas e dificultar a amamentação (CARVALHO, 2007)

Muitas vezes tal parto é imposto à gestante, mesmo sem a mesma saber quais os benefícios e complicações que o mesmo trará ou por falta de informações sobre o parto normal.

Em um trabalho desenvolvido por Hotimsky et al., 2002, os mesmos relacionam o aumento dos partos cesáreos devido a formação dos médicos obstetras e à pedido da parturiente. Esse pedido segundo a mesma pode ter dois motivos, o primeiro a parturiente não é questionada sobre seus conhecimentos com relação a cada tipo de parto antes de formalizar sua decisão. E como segunda hipótese deve-se ao medo que ela sente da dor, mutilação da região genital e posterior comprometimento no coito (FAÚNDES e CECATTI, 1991 apud HOTIMSKY et al.,2002).

Ainda nesse mesmo estudo a mesma pesquisadora conclui que as entrevistadas que eram primíparas preferiam o parto normal, pois alegavam medo das consequências do parto cesáreo, enquanto que as multíparas relataram preferir o parto normal porque tiveram boas experiências com relação ao parto anterior e assistência prestada. Porém, quando o questionamento feito pela mesma foi o parto cesáreo foi constatado que as pacientes não

tinham informações corretas sobre o que realmente era o parto cesáreo, assim como qual era a evolução de um trabalho de parto normal e que as mesmas preferiam esse tipo de parto, pois alegavam facilidade para realização do mesmo concomitante à laqueadura tubária.

Nota-se com esse estudo que as gestantes não recebem informações gerais, incluindo informações sobre planejamento familiar durante o pré-natal.

Segundo o Sistema Nacional de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) em 2000 a taxa de cesáreas no estado de São Paulo era de 48,4% (NOMURA, ALVES, ZUGAIB, 2004).

Em uma pesquisa realizada em um Hospital Universitário foi detectado uma alta taxa de cesáreas em tal instituição, porém as mesmas apresentavam intercorrências clínicas e/ou obstétricas justificáveis, sendo que a maioria das pacientes submetidas a cesáreas já tinham em seu histórico uma cesárea prévia (NOMURA, ALVES, ZUGAIB, 2004).

Para Whitsel, 2004 apud Nomura, Alvez, Zugaib, 2004 o alto índice de cesáreas em hospitais universitários que atendem gestação de alto risco, é esperado.

Chiaravalloti & Goldenberg, 1998 apud Diniz, 2001 os profissionais médicos realizam cesáreas porque é mais rentável, tendo em vista que eles realizam procedimentos em série, tendo em vista horários marcados para a realização dos mesmos

2.4 Fisiologia do Parto Normal

Segundo Cruz, 2006 o parto normal depende de três fatores que interferem e atuam na dinâmica do parto, são eles: bacia óssea, feto e contração

A bacia óssea tem uma grande importância para o nascimento adequado do feto. Ela é formada lateralmente e anteriormente por dois ossos pélvicos e posteriormente pelas vértebras sacrais e coccígeanas. Seus diâmetros são de fundamental importância para a travessia do feto.

Esse mesmo órgão denominado Bacia, é composto por três estreitos:

— Estreito Superior: que é formado lateralmente pela articulação sacroilíaca, posteriormente pelo promuntório e anteriormente pela borda superior da sínfise púbica, nesse estreito verificam-se três diâmetros, o diâmetro ântero-posterior, transverso médio e oblíquo que deverão medir respectivamente 11 cm, 12 cm e 12 cm, para a realização do parto sem prováveis distócias. O diâmetro ântero-posterior é verificado através da distância entre o promuntório e a face interna da sínfise púbica, já o diâmetro transverso médio corta o primeiro diâmetro descrito anteriormente, enquanto o diâmetro oblíquo mede-se da articulação sacroilíaca de um lado à linha pectínea do lado oposto.

— Estreito Médio: é formado pela borda inferior da sínfise púbica e lateralmente pelas espinhas ciáticas. As espinhas biciáticas podem ser percebidas durante a realização do toque vaginal tocando as paredes laterais da vagina, também nessa região se localiza os nervos pudendos que são anestesiados quando houver a necessidade real de episiotomia. Nesse estreito são verificados dois diâmetros: Sacro Médio, que está localizado entre a terceira vértebra sacral ate a borda inferior da sínfise púbica e o Biciático, que é transverso às espinhas biciáticas, esses deverão medir respectivamente 12cm e 10,5 cm para realização do parto normal.

Vale ressaltar que através da espinha biciática é que se verifica o plano de Lee, que avalia a altura em que a cabeça fetal encontra-se encaixada na bacia materna. Ao realizar o toque vaginal e se notar a cabeça fetal acima da linha das espinhas, o plano de Lee tem o valor -1, -2 e -3 e quando se nota através do mesmo procedimento a posição fetal abaixo da linha referida, o feto encontra-se no estreito inferior e nesse ponto o plano de Lee tem o valor: +1, +2 e +3, ou seja, o feto está se insinuando. Ao chegar no valor de Lee +4 ocorre o nascimento.

— Estreito Inferior: é o estreito que o feto atravessa durante a fase final do parto, tem como limites a borda inferior da sínfise púbica e atrás a borda do cóccix. Nessa mesma região são encontrados os músculos sacrociáticos e músculos isquiococcígeos. Durante o parto o feto impulsiona o cóccix para trás, aumentando em 2 cm seu diâmetro.

Para a autora existem segundo Caldwey & Molloy quatro tipos básicos de bacias:

— Andróide: diâmetro transverso reduzido, enquanto o diâmetro ântero-posterior é maior. Esse tipo de pelve é característico dos homens.

— Antropóide: é uma pelve tida como estreita tendo em vista que seus diâmetros são reduzidos.

— Ginecóide: possui diâmetros grandes.

— Platipelóide: possui diâmetro ântero-posterior menor do que o diâmetro transverso, sendo considerada uma pelve achatada.

A bacia mole é constituída por músculos que junto com a pelve óssea formam o trajeto do parto. A mesma é formada pelo diafragma pélvico e diafragma urogenital, esse último diafragma possui músculos que podem ser cortados para realização da episiotomia.

Em se tratando do Feto é de fundamental importância que o enfermeiro conheça as características fetais, para então cruzar as informações com as obtidas através da bacia materna, para que sendo assim o parto normal ocorra.

A cabeça fetal é constituída por 2 ossos frontais, 2 ossos parietais, 2 ossos temporais, 1 osso occiptal e ossos do esfenóide. No feto esses ossos encontram-se separados por suturas e fontanelas, dessas últimas podemos citar a bregma (anterior) e lambda (posterior) que possuem uma maior importância para identificação da atitude fetal.

Os principais diâmetros da cabeça fetal podem ser avaliados através dos métodos diagnósticos por imagem e são de grande importância para o parto normal. São esses diâmetros: ântero-posteriores, occiptomentoeiro, occiptofrontal e subocciotibregmático; Transversais: biparietal, bitemporal e bimalar; Verticais: submento-bregmático.

No que diz respeito às contrações pode-se afirmar que as mesmas são encontradas em toda a gestação, porém com intensidades reduzidas e localizadas, subentende-se que as mesmas ajudam massageando o feto e assim estimulando sua circulação. A partir da 30ª semana essas contrações são denominadas Braxton-Hicks.

Na fase latente do trabalho de parto ocorrem cerca de duas contrações a cada 10 minutos, sendo essas de baixa duração e baixa intensidade reduzida, com o entrar da fase ativa do trabalho de parto essas contrações se transformam e passam a ser mais frequentes, mais intensas e com duração maior, podem ser notadas nesse período cerca de 3-4 contrações em 10 minutos com duração de 30-45 segundos cada. Nesse período é notado que as parturientes passam a se queixar de dores constantes, tendo em vista o estado psíquico e tolerância a dor de cada parturiente.

As contrações devem ser avaliadas constantemente pelo enfermeiro, que também deve orientar a parturiente quanto sua posição no leito se houver a necessidade do mesmo. É de grande importância que a cliente mantenha decúbito lateral esquerdo (DLE), evitando assim a compressão da veia cava inferior e consequentemente a diminuição da circulação fetal. Além disso, é de grande importância o estimulo à deambulação, que pode vir a diminuir o tempo do trabalho de parto

Durante o trabalho de parto essas contrações referidas anteriormente, aumentam de intensidade e ritmo, devido a vários fatores dentre eles, o desequilíbrio de sódio e potássio causado pela diminuição da produção de progesterona pela placenta no último trimestre da gestação, com isso o potássio acaba por se acumular internamente à célula enquanto o sódio acumula-se no espaço extracelular causando maior excitabilidade das células miometriais. Além disso, nessa mesma época ocorre uma grande entrada de cálcio nas células miometriais, ativando assim as a contratilidade das proteínas Miosina e Actina. Para o desencadeamento e manutenção da contração é necessário a ativação do reflexo Fergusson-Harris, que ocorre

devido ao aumento da pressão da apresentação fetal sobre o colo uterino, o que acaba por estimular o hipotálamo, que libera através da hipófise a ocitocina. (CARVALHO, 2007).

As contrações iniciam-se em marca-passos localizados na região fúndica do útero e propagam-se para as outras partes do órgão. As contrações possuem intensidade e duração maiores na região superior do útero, onde se originam, e durante a propagação descendente, esses valores são caem gradativamente e ao chegar à porção inferior do útero elas encontram-se menores e com intensidade reduzida (CARVALHO, 2007)

2.4.1 Períodos Clínicos do Parto

O momento inicial do trabalho de parto é dado pelo período de dilatação, momento esse que se conclui com a dilatação completa. Nesse período ocorre o esvaecimento, amolecimento e anteriorização do colo uterino. Podendo durar nas primigestas de dez a dezesseis horas, enquanto que nas multíparas pode durar de seis a dez horas. O segundo momento é inicia-se a partir da dilatação completa e termina com a expulsão total do feto. É caracterizado por contrações uterinas intensas, cinco contrações a cada 10 minutos com duração entre 60 e 90 segundos. Notam-se então nessa fase os puxos maternos, distensão perineal, coroamento e expulsão (LEVENTHAL, 2006).

Durante essa evolução ocorrem também outros períodos clínicos separados didaticamente por Carvalho, 2007:

Insinuação ou encaixamento: é dada pela passagem do maior diâmetro do pólo cefálico fetal através do estreito superior da bacia materna. A insinuação pode ocorrer gradativamente nas últimas semanas de gestação, particularmente nas primíparas, onde se pode notar uma queda do ventre das mesmas (CRUZ,2006).

Descida e Progressão: para Cruz, 2006 esse momento se dá através da passagem do pólo cefálico fetal do estreito superior para o estreito inferior. Enquanto que, Carvalho, 2007 afirma também que esse período inicia-se desde o começo do trabalho de parto até o término da expulsão fetal.

Rotação Interna da Cabeça: esse movimento inicia-se na direção das espinhas ciáticas e termina na pelve interior (CRUZ, 2006). E tem como finalidade posicionar a sutura sagital do pólo cefálico dentro do maior diâmetro do estreito inferior, momento esse causado após o impulsionamento para trás do cóccix. Esse movimento pode ser visível através da vulva (CARVALHO, 2007).

Desprendimento da Cabeça: ocorre quando a cabeça fetal atinge o assoalho pélvico, realizando deflexão para após exteriorizar-se (CRUZ, 2006).

Rotação Externa da Cabeça: é caracterizado pelo movimento do pólo cefálico fetal, voltando assim para a posição inicial (CRUZ, 2006). Juntamente com esse momento, ocorre a rotação interna das espáduas, onde o ombro anterior fetal se coloca sob a arcada púbica e o posterior em direção ao cóccix (CARVALHO, 2007).

Desprendimento do tronco: caracteriza o momento final do nascimento. Nesse momento deverá ser realizado o movimento de abaixamento, e posteriormente o de elevação para liberar as espáduas, contudo o desprendimento do pólo pélvico e membros inferiores acabam por não oferecer resistência para o termino da expulsão (CARVALHO, 2007).

Conclui-se a expulsão, com um terceiro momento que é caracterizado pelo descolamento, descida e expulsão da placenta. Momento esse em que a mãe deverá estar em contato com seu filho para início da amamentação. Deve-se avaliar atentamente a placenta, membranas e cordão umbilical a fim de se concluir que a mesma foi expelida por completo, evitando assim retenção de restos e complicações maternas (LEVENTHAL, 2006).

2.5 Posicionamento da parturiente para o parto e a aplicação da episiotomia

Desde o século XVIII através do médico francês François Mauriceau, a posição horizontal passou a ser largamente difundida nos partos normais, ele acreditava que a mesma posição traria conforto para paciente e auxiliaria no trabalho do profissional da saúde envolvido em tal procedimento (SABATINO, DUN, CALDEYRO, 2000 apud MAMEDE, MAMEDE, DOLTO, 2007)

As discussões sobre a posição no parto normal têm sido largamente discutidas nos últimos 30 anos. Estudos têm revelado que ao estimular a parturiente a deambular ou mantê-la movimento ajuda o útero a se contrair mais eficazmente, aumenta o fluxo de sangue para mãe e feto e o parto acaba se tornando menos longo (OSAVA, 1997, KITZINGER, 1978, BLOOM et al., apud MAMEDE, MAMEDE, DOLTO, 2007)

Além disso, com a paciente em pé e o auxílio da gravidade o feto tem uma descida mais rápida, aumenta-se o diâmetro do parto e aumenta a ventilação pulmonar (SABATINO, 2000 apud MAMEDE, MAMEDE, DOLTO, 2007)

Segundo Grupta, 2005 apud Cecatti & Calderón, 2005 a posição mais comumente utilizada para o parto é a posição litotômica, com o dorso na horizontal, pernas fletidas,

abduzidas e sustentadas por perneiras. Estudos recentes mostram a importância da quebra dessa rotina, indicando que mudanças relacionadas à tradicionalidade dessa posição torna o procedimento do parto mais cansativo para a parturiente, mais constrangedor, e ainda, traz redução da necessidade de partos assistidos, episiotomia, sensação dolorosa durante o período explusivo e alterações na frequência cardíaca fetal, por outro lado essa mesma posição leva a grandes chances de laceração do períneo e de perca sanguínea significativa.

Para Diniz, 1998 apud Oliveira & Miquilini, 2005, p.292, na posição horizontal, há pressão da veia cava inferior, que diminui o fluxo sanguíneo de oxigênio para o feto. Como é mais desconfortável ficar deitada, a tendência é o aumento da dor.

O uso da prática de decúbito dorsal é influenciado pelo uso constante de monitorização fetal, infusão de medicamentos e analgesia, porém sociedades não orientais é descrito que as parturientes usam o parto de cócoras, sentadas ou agachadas (SHAMBERLAN, STEWART, 1998 apud MAMEDE, MAMEDE, DOLTO, 2007)

Vários autores indicam não usar a posição litotômica para o parto normal, mas sim a posição verticalizada, ou lateralizada porque a mesma acaba por diminuir a sensação de dor durante o puxo no período expulsivo e reduz os índices de realização de episiotomia durante o procedimento natural e consequentemente a diminuição dos riscos de infecção da incisão cirúrgica. Outro fator importante seria o aumento dos índices de APGAR em recém-nascidos (GRUPTA, 2005 apud CECATTI & CALDERÓN, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), 1996 orienta que as pacientes mantenham a posição que lhes forem mais confortáveis e que se evite tempo prolongado em decúbito dorsal.

Ainda em relação ao trabalho de parto, hoje o que é visto durante esse período é que as parturientes são mantidas em salas denominadas pré-parto. Lá elas permanecem, muitas vezes, deitadas e não são estimuladas a deambular ou mesmo movimentar-se. Além disso, são mantidas em jejum tentando prever por parte dos profissionais uma possível cesárea, sem ao menos uma avaliação precisa. O fato de movimentar-se colaboraria eficazmente para o aumento das contrações e posterior dilatação cervical, assim como o fato de alimentar-se diminuiria a ansiedade e a sensação de desconforto.

Para Mamede, Mamede, Dolto, 2007 não se deve deixar a paciente em posição dorsal durante o trabalho de parto e parto, cada mulher deve ser encorajada a andar e escolher a posição quando se esta parindo.

Fatos da história do parto no mundo descrevem o uso da episiotomia no início do século XX como sendo apenas um procedimento preventivo às possíveis complicações

maternas e fetais, diminuindo assim a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, como os traumas perineais, cistocele, retocele e relaxamento da musculatura pélvica (GRAHAM, 1997 apud OLIVEIRA & MIQUILINI, 2005).

Apesar desse questionamento levantado sobre a prevenção do trauma perineal severo, de danos do assoalho pélvico, do prolapso e de incontinência urinária, não existem evidências científicas que confirmem essas hipóteses. (KLEIN, 1994 apud OLIVEIRA & MIQUILINI, 2005).

Toda essa afirmação de alguns profissionais sobre a possibilidade de um enfraquecimento do assoalho pélvico devido ao parto normal acabou por instituir a episiotomia como procedimento rotineiro nos ambientes hospitalares do Brasil. Esse fato também pode ter contribuído para as mulheres acreditarem, quando orientadas, na crença de que a episiotomia teria como consequência um alargamento da vagina ou uma "bexiga caída", ou até mesmo causar danos emocionais à essa parturiente caso fosse optado pela não realização desse procedimento (PROGIANTI et. al., 2006).

De acordo com a OMS, 1996 lacerações de 1º grau na maioria das vezes não necessitam "rrafia", apenas nas lacerações de 2º grau seriam necessárias as suturas.

Para Lessa, 2003; Penna, 2003 apud Progianti et.al., 2006 p. 7 as orientações no pré-natal são essenciais para que a mulher conheça os procedimentos que podem ser realizados de modo a evitar a episiotomia, como exercícios físicos envolvidos em práticas facilitadoras de conhecimento do corpo.

Segundo Goldman, 2002 a episiotomia para a mãe passa a evitar lacerações de terceiro grau, prevenção do relaxamento do assoalho pélvico e períneo, assim fazendo com que não haja comprometimento na função sexual e incontinência urinária e para o feto diminui os riscos de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental.

Progianti et al., 2006 afirmam em sua pesquisa que muitas gestantes são orientadas quanto ao uso da episiotomia no parto normal e que as mesmas não notaram diferença alguma se não fora realizado o procedimento na mesma. Também relata que imergir a parturiente em uma banheira, à deixa quase sem peso, não tendo que lutar contra-seu próprio peso durante as contrações e que a sensação de calor reduz a adrenalina e relaxa os músculos e mais ainda, reduz ondas cerebrais alfa gerando um estado de relaxamento mental satisfatório para a evolução do parto.

Porém Previatti & Souza, 2009 afirmam que a maioria das mulheres não havia recebido informações sobre o procedimento, em momento algum antes do parto. As mulheres

segundo a pesquisa que ressaltaram receber algum tipo de informação apontaram familiares e pessoas próximas.

Nos relatos das puérperas após pesquisa é percebido que as mesmas compreenderam a episiotomia como uma forma de alívio da dor, como uma possibilidade de diminuir o tempo de expulsão do feto, contudo as mesmas não sabem qual é a real indicação desse procedimento, tendo em vista que o parto é algo tecnicamente mecânico nas instituições hospitalares e que as mesmas não tem direito a decisões durante o trabalho de parto e parto.

Sendo assim afirma-se que mais uma vez as posições verticais auxiliam na expulsão do feto no ponto físico da lei da gravidade.

Em pesquisa realizada em São Paulo com mulheres, a respeito de suas expectativas em relação ao tipo de parto, foi detectado que a maneira pelas quais as informações sobre o parto são disponibilizadas pode interferir na expectativa das gestantes quanto ao tipo de parto. (OLIVEIRA apud CAMPANA et al. 2007).

Ainda segundo tais autores o parto normal era esperado por 74,7% das mulheres estudadas, tendo como justificativa a recuperação rápida; por outro lado, a justificativa de 61 mulheres para a realização de cesáreas discordou em 47,5% quando comparadas com a indicação médica (OLIVEIRA apud CAMPANA et al. 2007).

Para Mamede, Mamede, Dolto, 2007 um dos maiores desafios da obstetrícia moderna é promover uma assistência humanizada à parturiente, onde o ambiente deverá ser propício, o parto seja natural e sem intervenções ou procedimentos que alterem sua evolução natural.

2.6. Proteção do Períneo

Segundo documento da OMS, 1996 usar os dedos de uma das mãos apoiando o períneo enquanto a outra faz uma leve pressão sobre a cabeça para tentar controlar a velocidade do coroamento pode reduzir o risco de danos aos tecidos perineais, contudo tal manobra pode vir a dificultar ao movimento de extensão da cabeça fetal, causando assim riscos de lesão perineal, no entanto esse mesmo só poderá ser realizado se a paciente estiver em decúbito dorsal. Outra possibilidade descrita, porém não avaliada corretamente seria a massagem dos tecidos perineais, com benefícios questionáveis levando em conta que os tecidos encontram-se altamente edemaciados e vascularizados. Várias outras manobras de desprendimentos de ombros e abdômen foram realizadas por profissionais, porém, sem resultados científicos comprovados.

Para Saito, Riesco, Oliveira, 2006 o desprendimento do pólo cefálico lentamente ajudaria a previnir complicações no períneo, assim como o uso de posições não supinas, eliminação de puxo dirigido e restrição do uso de ocitocina.

2.7. Cuidados de Enfermagem quanto ao Parto Normal e Parto Cesáreo

Para Carvalho, 2007 os cuidados de Enfermagem se classificam em cuidados pré-operatórios e cuidados pós-operatórios que englobam: acompanhar toda evolução do trabalho de parto, verificar dinâmica uterina, estado da bolsa amniótica, altura e posição fetal, verificação de dilatação e esvaecimento cervical, ausculta de batimentos cardiofetais (BCF), cardiotocografia fetal, identificar sinais de distócia obstétrica, estabelecer cateterismo venoso em veia calibrosa, posicionar paciente em decúbito correto conforme indicação do parto, circular sala, administrar medicações à critério médico, se presença de cateterismo vesical, observar volume e aspecto e em caso de parto cirúrgico observar sinais de hemorragia, orientar cliente quanto a não abertura dos pontos ao se movimentar.

Além de tais cuidados Carvalho, 2007 em sua bibliografia refere a cuidados sugeridos pela OMS, 2000:

— Monitorar o estado emocional da paciente durante todo o processo de atendimento ao parto;

— Permitir a mulher que deambule durante o trabalho de parto e sempre adote a posição que quiser durante o parto;

— Ofertar métodos não-farmacológicos de alívio a dor como: massagens, banhos mornos e técnicas de relaxamento;

— Responder as informações sempre que solicitado;

— Promover contato pele a pele imediatamente após o parto e iniciar o aleitamento materno;

— Conhecer a identidade do profissional que a atende;

— Informar a parturiente sobre quais procedimentos a mesma irá passar, assim como seu filho;

— Ser chamada pelo nome;

Para Goldman, 2002 deve-se oferecer líquidos a parturiente assim como dietas leves, tendo em vista o risco de desidratação e alto gasto energético, estimular a mesma a andar, realizar toque vaginal para identificar dilatação cervico-uterina, sendo este realizado o menor

número de vezes possíveis e sempre informando a paciente sobre a realização de tal procedimento.

CAPÍTULO III

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e local do estudo

Tratou-se de uma pesquisa de campo e transversal que foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) parecer nº 201/2009, no período de junho de 2009 A outubro de 2009, em dois Hospitais de cidade de Assis que possuem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS):

O primeiro foi um Hospital Regional, denominado "Dr. Joelson Leal Lisboa", classificado como Instituição de Grande Porte, mantido com recursos estaduais que atende diversas especialidades (Clínica Médica, Cirúrgica, Especialidades, Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria, Ambulatório, Centro Cirúrgico, UTI Adulto, UTI Neonatal e UTI Pediátrica) além de diversos programas, dentre eles o programa de atenção à mulher vítima de violência sexual com equipe especializada para tal. O referido atende municípios da região gerenciados pela Direção Regional de Saúde (DRS) IX – Marília. Possui cento trinta e dois leitos operantes, sendo doze destinados ao atendimento em Obstetrícia. É o hospital de referência ao atendimento de gravidez de alto risco e gravidez na adolescência.

O segundo tratou-se de um hospital filantrópico de Médio Porte, mantido com recursos municipais e de convênios que atende a cidade de Assis e algumas cidades vizinhas conforme pactuações vigentes. Possui Maternidade para atendimento Obstétrico com leitos para convênios particulares e oito leitos para atendimento de usuárias do SUS sem riscos eminentes para distócias e/ou complicações obstétricas ou perinatais.

3.2 Sujeitos do estudo

Enfermeiras (os) obstetras que trabalham em ambos os hospitais citados desde que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- Profissional independente de sexo, idade, tempo de serviço, tempo de formação, tempo de exercício como obstetriz;
- Profissional com algum tipo vínculo empregatício (excluídos os estagiários existentes);

– Profissional que após a explicação de metodologia e objetivos de trabalho aceitaram participar da pesquisa firmando assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A);

3.3 Tamanho da amostra

Considerando que em ambos os hospitais possuem treze enfermeiros, a amostra constou de 50% deles, o que totalizou sete enfermeiros obstetras, quatro no primeiro hospital e três no segundo.

3.4 Coleta dos dados

Este estudo foi realizado mediante a aplicação dos seguintes instrumentos de coleta de dados:

– Questionário contendo vinte três perguntas tanto para caracterização do profissional quanto para traçar o perfil de conduta do enfermeiro frente ao parto normal com ou sem episiotomia (APÊNDICE B).

– Roteiro de observação direta não participativa do enfermeiro na sala de pré-parto e parto contendo vinte sete questões que serão monitorizadas e devidamente registradas em diário de forma a garantir a fidedignidade dos fatos observados (APÊNDICE C).

Vale ressaltar que o instrumento foi aplicado mediante a disponibilidade do pesquisador visto que, os horários de aplicação do questionário foram adaptados, respeitando assim, os horários de estudo e trabalho do referido pesquisador. Sendo assim, a pesquisa foi realizada aos finais de semana com os enfermeiros das referidas Instituições.

Os profissionais foram abordados, conforme a disponibilidade e rotina do setor, houve uma apresentação prévia do pesquisador onde foi devidamente explicado os objetivos da pesquisa, assim como a metodologia de trabalho, e posteriormente foi assinado pelos mesmos o Termo de Consentimento e eles tiveram privacidade de responder, isto é, puderam proceder com a escolha de responder na presença ou não do pesquisador. O tempo de duração para responder os questionários foi em média de vinte minutos.

Já o registro de observação não foi concluído, levando em conta que nos horários de disponibilidade do pesquisador não havia parturientes nas Unidades de pesquisa.

Devido à demanda das Instituições, foi escolhido para aplicação do roteiro de observação, o segundo hospital descrito anteriormente.

De comum acordo com os profissionais da Instituição, foi adotado o esquema de plantão presencial e plantão à distância, nesse último era feito contato via telefone, durante as horas do plantão que foram feitos aos finais de semana, para ser comunicado a admissão de parturientes. Foram realizados quatro plantões presenciais de oito horas e quatro plantões a distância, também com a referida carga horária, durante os meses de julho e agosto de 2009. Porém não foi conseguido realizar a observação.

Durante os plantões realizados, houve abordagem de duas clientes para aplicação do roteiro de observação, porém ambas recusaram a entrada do pesquisador no pré-parto e centro obstétrico.

3.5 Tratamento dos dados

Os dados dos questionários foram codificados e digitados em planilha do Excel versão 2003, e posteriormente, foram tabulados de modo a permitir a caracterização dos enfermeiros estudados. As variáveis quantitativas sofrerão análise descritiva, onde foram calculadas média, mediana e desvios. Já as variáveis nominais ou ordinais foram tratadas utilizando a distribuição de frequência e de percentual.

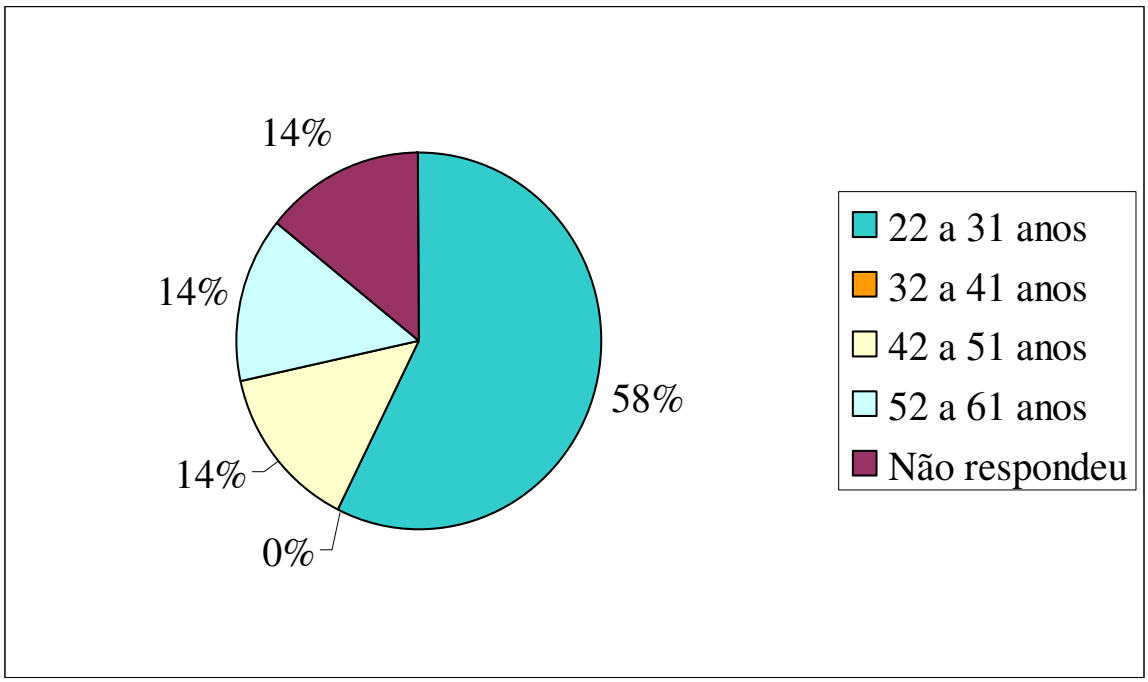
CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentados, os resultados do questionário aplicado aos profissionais entrevistados.

4.1. Perfil sociodemográfico

Gráfico 1 – Taxa de idade dos profissionais estudados



No **Gráfico 1**, podemos observar que 58% dos profissionais estudados, mais da metade, são profissionais adultos-jovens e possuem entre 22 e 31 anos, 14% de 42 a 51 anos e 14% entre 52 e 61anos, e 14% (1) se recusou a responder a idade. Quanto ao estado civil 57,14% (4) são solteiros, 28,57% (2) são casados e 14,28% (1) relatou ser amasiado.

Dentre os profissionais estudados, 42,86% (3) relaram ter 2 vínculos empregatícios, totalizando 70 horas semanais de trabalho, 28,57% (2) trabalham 40 horas semanais e 14,57 (1) respondeu ter apenas 1 emprego com carga horária semanal de trabalho de 30 horas.

Tabela 1 - Distribuição da frequência relativa e percentual dos profissionais estudados conforme sexo – 2009

Sexo	Fi	F%
Masculino	1	14,28
Feminino	6	85,72
Total	**7**	**100,00**

Dentre os profissionais estudados, é constatado que 85,72% (6) são do sexo feminino e 14,28% (1) é do sexo masculino, esses dados confirmam o que Oguisso, 1990, Almeida, 2004 apud Martins et. al., 2006 dizem sobre a predominância do sexo feminino na enfermagem, desde o início da profissão.

Dos profissionais entrevistados, 14,28% (1) é formado como enfermeiro há 15 anos, 14,28 (1) é formado há 6 anos, o restante, ou seja, 71,44 (5) possuem formação em nível superior de enfermagem entre 0 e 5 anos.

4.2. Atuação em Enfermagem Obstétrica

Quanto ao tempo de formação como enfermeiro obstetra, os profissionais apresentam pouco tempo de formação e atuação, 14,28% (1) afirmou ser formado como especialista à 5 anos, 42,85% (3) à 3 anos, 14,28% (1) à 1 ano e 14,28% (1) profissional relatou ser formado a menos de 1 ano.

Com relação ao motivo de escolha da especialização, 100% (7) profissionais referiram afinidade pela área, 42,85(3) relataram que o curso era anexo à graduação, 42,85 (3) responderam que possuíam experiência na área antes de ser formados como enfermeiros e 42,85% (3) professaram que tal especialidade favorece a autonomia profissional. Santos et. al., 2006 confirmou em sua pesquisa que 22,2% dos enfermeiros entrevistados, relataram afinidade pela área, provavelmente relacionadas ao exercício anterior, à formação de nível superior e especialização, assim como a autonomia dada pela Lei do Exercício Profissional, que determina a atuação do Enfermeiro em partos normais sem distócia.

Como fatores limitantes para atuação em obstetrícia, foram mencionados vários, como demonstra a **Tabela 2**. Ressalta-se que uma resposta completa poderia fornecer mais de um fator limitante, daí o somatório não perfazer 100%.

Tabela 2 - Distribuição da frequência relativa e percentual dos fatores relatados pelos profissionais estudados como limitantes para sua atuação profissional - 2009

Fatores Limitantes	Fi	F%
Deficiência no preparo emocional da gestante/parturiente	5	71,4
Condições dos equipamentos da unidade	1	14,28
Deficiência da gestante/parturiente quanto ao conhecimento sobre o trabalho de parto	4	57,14
Deficiência da gestante/parturiente quanto ao conhecimento sobre as vantagens e desvantagens do parto normal	5	71,4
Deficiência da gestante/parturiente quanto ao conhecimento sobre das vantagens e desvantagens do parto cesáreo	4	57,14
Recursos Humanos de Enfermagem escassos	2	28,57
Relacionamento e influência da família-cliente	2	28,57
Relacionamento médico-enfermeiro	1	14,28
Relacionamento e influência da família-profissional	1	14,28

Podemos destacar que, 71,4% (5) profissionais relataram haver despreparo emocional das gestantes parturientes, assim como deficiência no conhecimento das gestantes sobre o trabalho de parto e parto e vantagens e desvantagens do parto normal, respectivamente 57,14% (4) e 71,4% (5). Dados esses que se comparam com, dados detectados por Previatti, 2007, que ao abordar as gestantes sobre fatos ocorridos durante o trabalho de parto e parto, as mesmas relatavam saber dos poucas coisas sobre o assunto, e o que elas sabiam não tinha sido passado por algum profissional da saúde. Hotimsky et al, 2002 também relata em sua pesquisa que as gestantes não possuem informações corretas sobre, indicações dos tipos de parto, contrações e dilatação.

4.3. Indicação do Parto Normal e Atuação Obstétrica

Quando questionados sobre a indicação do parto normal, os enfermeiros responderam:

— *“ Gestação de Baixo Risco.”*

— *“Quando não é observado distócia.”*

— *“Sempre que a paciente apresentar condições favoráveis, levando em conta paridade, partos anteriores, bacia, quadro clínico, colo uterino.”*

— *“Gestação a termo, bacia favorável, boa vitalidade fetal, ausência de complicações maternas, boa evolução do trabalho de parto”.*

— *“Bacia adequada, boa vitalidade fetal intraparto, boa evolução do trabalho de parto”.*

— *“Quando a mulher apresenta bom passado obstétrico, pré-natal adequado, feto em posição cefálica, dinâmica uterina eficaz, apagamento e dilatação do colo do útero, condições hemodinâmicas estáveis e quando nenhuma distócia foi identificada”.*

Dados esses que confirmam o que é determinado pela Lei 7498/86 do Conselho Federal de Enfermagem no inciso II do Art. 6º incumbe ao enfermeiro obstetra: § 1º Assistência à parturiente e ao parto normal; § 2º Identificação das distócias obstétricas e tomadas de providências até a chegada do médico.

Quando abordados sobre quais critérios adotam para contra–indicar o parto normal, os enfermeiros responderam:

— *“História de trabalho de parto com distócia anterior, promuntório atingível durante o toque vaginal, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, feto acima de 4kg ou quando feto está em sofrimento.”*

— *“02 partos cesáreos anteriores, distócias e sofrimento fetal.”*

— *“Primigesta idosa, gestante com duas cesáreas anteriores ou feto macrossômico”.*

— *“Em situação de apresentação pélvica (parto com distócia), em casos de mais de 1 cesárea anterior, em situação de urgência, onde há necessidade eminente de antecipação do parto”.*

— *"Comprometimento materno-fetal, feto macrossômico, liquido amniótico (bolsa integra ou rota) com mecônio dependendo da evolução do TP."*

— *"Cesárea de repetição. Líquido meconial e distócia na progressão e evolução do trabalho de parto. Comprometimento materno-fetal, apresentação pélvica a termo."*

— *"Quando a paciente apresenta possíveis distócias de parto, como feto pélvico, prolapso de cordão, cesárea anterior com intervalo menor de dois anos, sofrimento fetal, trabalho de parto prolongado, entre outras".*

Para Cruz, 2006 o parto normal deverá ser realizado na ausência de distócia, onde haverá um equilíbrio entre os fatores de parto, objeto (feto) adequado, trajeto proporcional (bacia) e motor funcionante (contrações). Quaisquer alterações nesses fatores contra-indicam o parto normal, já que essas alterações podem colocar em risco a vida materna e fetal.

O momento citado pelos enfermeiros entrevistados, para levar a paciente ao centro obstétrico para realização do parto normal, foi "durante o período expulsivo".

Com relação à autonomia, ou condições para realização do parto, 71,44% dos profissionais relataram que após a sua avaliação e detecção de fatores predisponentes, o mesmo realiza o parto, enquanto 57,14 (4) também relataram que realizam o parto apenas após a avaliação sistematizada do médico. Dados que se entrelaçam com a pesquisa realizada por Merighi, 2003, onde a pesquisadora refere que 92% das enfermeiras que participaram de uma determinada pesquisa referem ter autonomia profissional, enquanto 8% referiam ter pouca autonomia profissional.

4.4 Episiotomia

Para Mattar, Aquino & Mesquita, 2007, o uso da episiotomia durante o parto normal, não previne trauma perineal severo, não evita traumas no pólo cefálico, além de causar maior perda sanguínea, dor durante o ato sexual e não reduz o risco de incontinência urinaria de esforço. Ainda segundo a mesma autora, ainda não esta estabelecido as taxas ideais de episiotomia, o MS recomenda o seu uso seletivo, porem estima-se que essa taxa deveria variar de 10 a 30% dos partos vaginais realizados. Uso seletivo da episiotomia também é indicado por Menta & Schirmer, 2006.

Porém Previatti, 2007 afirma que a justificativa da realização do procedimento enfoca a prevenção de traumas perineais, redução de incontinência urinária e preservação da função sexual, teorias aprendidas em cursos de especialização.

Relacionado ao assunto episiotomia, os enfermeiros elencaram os seguintes critérios: Rigidez perineal 85,71% (6), Primiparidade 28,57% (2), Eminência de rotura 57,14 (4), Episiotomia Anterior 28,57% (2), Macrossomia Fetal 100% (7), Períneo Curto 42,85 (3), como demonstra a **Tabela 3**. Para Mattar, Aquino & Mesquita, 2007, Oliveira & Miquillini, 2005 as indicações de episiotomia seriam eminência de rotura perineal de 3º grau, progressão insuficiente do parto e apresentação pélvica, além de Primiparidade e parturientes com episiotomia anterior, porém essas primíparas devem ser estimuladas a deambular, a fim de se evitar tal procedimento.

Porém é valido destacar que lacerações perineais de 1º grau, segundo OMS, 1996 apud Oliveira & Miquilini, 2005 não necessitam de sutura, apenas lacerações de 2º e 3º grau necessitariam de sutura, sendo que essa última exige avaliação médica, devido a possibilidade de complicações relacionadas. Ainda segundo a mesma autora, a prematuridade citada por alguns profissionais, como método para aliviar a compressão ao pólo cefálico fetal, não possui comprovação científica de sua aplicabilidade e eficiência.

Tabela 3 - Distribuição da frequência relativa e percentual dos critérios indicados pelos profissionais estudados para realização do parto normal com episiotomia - 2009

Critério	Fi	F%
Rigidez Perineal	6	85,71
Primiparidade	2	28,57
Prematuridade	2	28,57
Macrossomia Fetal	7	100
Períneo Curto	3	42,85
Episiotomia anterior	2	28,57
Eminência de Rotura	4	57,14

Já quando questionados sobre as vantagens do parto normal, com episiotomia os profissionais alegaram: evitar lacerações, ampliação do canal do parto, menos doloroso, facilidade na sutura. Segundo Oliveira & Miquilini, 2005 o uso da episiotomia como rotineiro não possui nenhum efeito positivo e sim evidências claras de danos, por isso a mesma deve ser usada de modo seletivo.

Mediante a episiotomia, os sujeitos da pesquisas, foram questionados se propõe alguma intervenção para não submeter à parturiente ao parto normal com episiotomia. Os resultados foram que 100%(7) dos entrevistados referiram proteção do períneo e evitar desprendimento abrupto do pólo cefálico, sendo ainda que 42,85% (3) orientam a parturiente a moderar a força expulsiva e massageiam o períneo. Porém, para OMS, não há evidências suficientes para afirmar que a proteção do períneo causaria algum beneficio, enquanto a massagem perineal, poderá reduzir a incidência de traumas. Oliveira & Miquilini, 2005 afirmam o que a OMS diz, ainda ressaltando que protegendo o períneo com os dedos e com outros controlando a velocidade da expulsão do pólo cefálico, pode-se impedir o movimento de extensão da cabeça, direcionando o arco púbico ao períneo, o que acabaria por causar danos.

Segundo a autora sugere-se que o desprendimento seja lento, forçando a flexão da cabeça cefálica, reduzindo sua circunferência para o desprendimento e também deverá orientar a parturiente a fazer esforços expulsivos com a boca aberta, para assim moderar sua força e o profissional controlar o desprendimento.

Para Mamede, Mamede, Dolto, 2007 a deambulação durante o trabalho de parto aumenta a eficiência das contrações alem de melhorar o fluxo sanguíneo para o feto. Em uma pesquisa citada em um de seus trabalhos, esses mesmos autores relatam que esse estudo mostrou que a cada 100 metros deambulados na primeira hora da fase ativa do trabalho de parto,reduz em 22 minutos o parto, 100 metros percorridos na segunda hora da fase ativa, diminuem em 10 minutos o parto e mais 100 metros durante a terceira hora reduzirá em 6 minutos o trabalho de parto.

Para Mattar, Aquino & Mesquita, 2007, é difícil mudar um hábito, mesmo ele sendo considerado inadequado, porém mediante os estudos de comprovação faz-se necessário, tal mudança visando à humanização adequada ao parto

Quando os mesmos optam pela episiotomia, 100% (7) dos profissionais utilizam a episiotomia médio-lateral direita (EMLD) (Tabela IV), dados esses que confirma o que Oliveira & Miquilini, 2005 dizem sobre a incidência de episiotomia médio-lateral, essa envolve a ruptura da pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo, fibras do músculo bulbocavernoso, transverso superficial do períneo e algumas vezes fibras internas do elevador do ânus. Ymayo et al., 1999 apud Oliveira & Miquilini, 2005 dizem que a EMLD está associada ao menor índice de laceração de 3º e 4º grau do que a episiotomia mediana, porém, é uma técnica de difícil reparação, causa maior dor no puerpério e perda significativa de sangue durante o procedimento, por isso a mesma deverá ser realizada quando a cabeça estiver suficientemente baixa.

Para Neme, 2000 apud Oliveira & Miquilini, 2005 a episiotomia mediana respeita mais a anatomia do corpo feminino, pois atinge pele, mucosa vaginal, fáscias superficiais e profundas do períneo. A **Tabela 4** quantifica o tipo de episiotomia adotada pelos profissionais.

Tabela 4 - Distribuição da frequência relativa e percentual do tipo de episiotomia adotado pelos profissionais estudados - 2009

Tipo de Episiotomia	Fi	F%
Médio-lateral direita	7	100
Médio-lateral esquerda	0	0
Mediana	0	0
Total	**7**	**100,00**

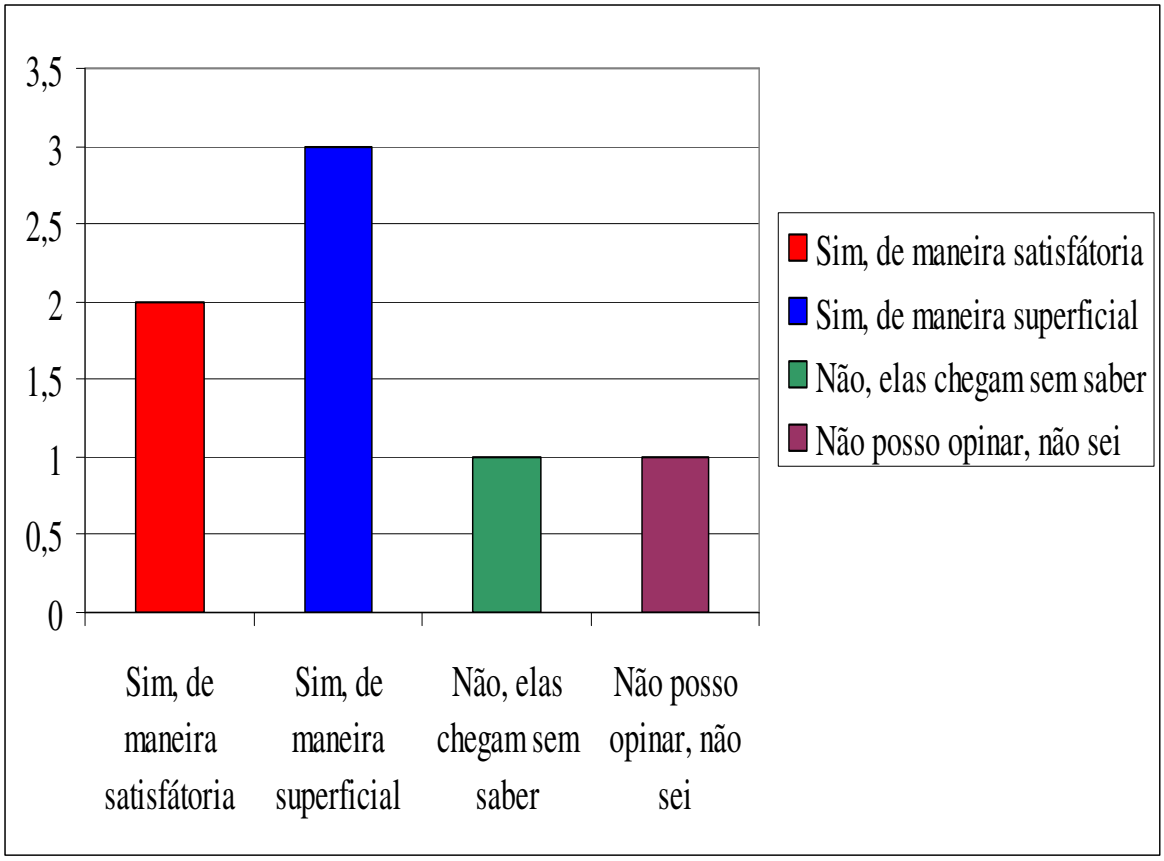
Para Previatti & Souza, 2007 a maioria das gestantes não conhecem a episiotomia satisfatoriamente, quando conhecem é por informações de leigos, que indicam que ela serve para ampliar o canal de parto pro bebê nascer, porque ele é pequeno demais pra isso ou ligam o fato de realizar a episiotomia ao poder que no momento os profissionais de saúde tem sobre seu corpo.

Hotimsky, 2002 em sua pesquisa constatou que as mulheres quando questionadas sobre o pré-natal oferecido a elas durante a gestação, reclamavam que o mesmo não atendia suas reais necessidades, não era adequado e que muitas vezes as informações passadas pelos

profissionais não esclareciam suas dúvidas ou elas não conseguiam assimilar o que era proposto.

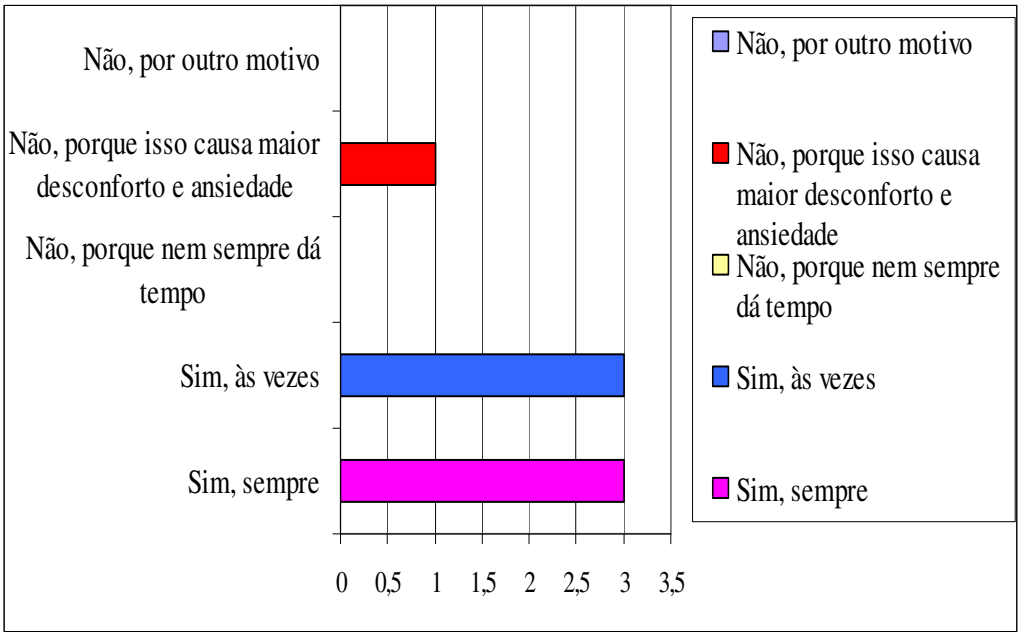
Achados na pesquisa refletem essa situação, 42,85% (3) dos profissionais alegam que as parturientes conhecem a episiotomia de maneira superficial, enquanto 28,57% (2) dizem que elas conhecem de maneira satisfatória, 14,28%(1) profissionais alegam que as parturientes não conhecem a episiotomia e 14,28% (1) não opinaram (**Gráfico 2**).

Gráfico 2 – Quantificação da percepção dos profissionais estudados, quanto ao conhecimento prévio das parturientes sobre a episiotomia - 2009



Em se tratando de orientações dadas à parturiente, durante a internação ou trabalho de parto, 42,85% (3) referiram abordar sobre o assunto com a paciente sempre, 42,85% (3) relataram abordar às vezes e apenas 14,28 (1) afirmou não orientar a paciente sobre o procedimento, porque isso causaria mais ansiedade e preocupação (**Gráfico 3**).

Gráfico 3 – Quantificação das respostas dadas pelos profissionais estudados, quanto ao ato de realizar ou não orientações sobre a episiotomia durante a internação ou Trabalho de Parto - 2009



Por último os profissionais foram questionados, se abordam às clientes propondo que elas escolham a posição para o parto normal. Os resultados revelaram que 42,85% (3) afirmaram dizer sim, sempre, 42,85% (3) afirmaram que propõe às vezes e 14,28 (1) relataram que não propõe, porém houve a liberdade de não escolha do motivo.

Seibert et al., 2005 afirma em sua pesquisa que o modelo assistencial proposto, deixa a paciente sem autonomia sobre seu próprio corpo, separada dos familiares, deixando assim o profissional seguir a conduta que julgar melhor.

4.4 Presença de Acompanhantes

Para a maioria dos enfermeiros entrevistados, a parturiente poderá estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha, durante o trabalho de parto e parto, essa pessoa deverá *"passar segurança"* e que *"tenha condições emocionais, após ter recebido orientações necessárias pela equipe"*. Tal percepção afirma o que Hotimsky & Alvarenga, 2002 diz sobre a presença do acompanhante e o apoio emocional a parturiente, depende da vontade da mesma.

Quanto à presença do acompanhante, um profissional citou: *"... poderá ser uma pessoa de sua confiança, ou uma doula."* Para Bruggemann et. al, 2005 a atuação da doula é de grande importância e essas mulheres que podem ocupar esse cargo de voluntariado, deveriam ser selecionadas, expressar empatia para proporcionar diálogo de incentivo e auxiliar no conforto da parturiente

Porém, pode-se destacar a resposta de alguns profissionais com relação à não permitir a presença do acompanhante:

— *"Em função da rotina institucional não são permitidos acompanhantes no trabalho de parto e pré-parto, isso porque a sala é coletiva, assim se pretende preservar o pudor e a intimidade das pacientes".*

— *"... quando temos mais de 1 trabalho de parto, devido a nossa estrutura..."*

Segundo a Lei 11.108 de 7/04/2005 citada por Bruggemann et. al, 2005 as instituições de saúde devem deixar as parturientes acompanhadas durante todo trabalho de parto, parto e puerpério. Para essa autora o acompanhante necessariamente não precisa ser um familiar, mas sim uma pessoa que passe confiança a parturiente e a deixe a vontade.

5 CONCLUSÃO

Evidenciou-se que a hipótese levantada, foi parcialmente alcançada, pois os enfermeiros estudados seguem critérios para indicação da episiotomia, que não são justificados cientificamente nesse trabalho e critérios justificáveis. Sendo assim os critérios utilizados por eles acabaram por serem desvendados. Um dos critérios adotados pelos profissionais seria a rigidez perineal, porém segundo a OMS e alguns autores, isso não justificaria o uso da episiotomia, tendo em vista, que pode ser indicado o uso de massagem perineal para evitar a mesma, fato citado por apenas três profissionais. A eminência de rotura só poderá ser usada como critério, a partir do momento que esta se caracterizará como laceração de 3º grau, considerando que apenas as lacerações de 2º, 3º e 4º grau necessitariam de intervenção. Outro critério adotado pelos profissionais, com comprovação cientifica seria evitar o desprendimento abrupto do pólo cefálico, porém esse procedimento deverá ser acompanhado de orientações à parturiente visando à moderação dos puxos maternos.

Alguns critérios são relatados por vários autores, porém foram citados por apenas uma minoria dos profissionais, são eles a primiparidade e episiotomia anterior. Critérios, como progressão insuficiente do parto, não foi relatado pelos profissionais.

Medidas como proteção do períneo, que foi citada por todos os profissionais, como meio de proteção ao períneo, para evitar assim a episiotomia, não possui comprovação cientifica relatando sua real eficácia.

Os objetivos foram contemplados nesse trabalho, descrição do parto normal, indicações dos diferentes tipos de parto, o cesáreo e normal, analise do perfil sociodemográfico dos profissionais, assim como as principais dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais para acompanhamento do trabalho de parto e realização do parto normal. Dentre as principais dificuldades, ressalto a falta de preparo das parturientes, seja ele preparo emocional ou de conhecimento aos tipos de parto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notado que a maioria dos profissionais estudados possuíam experiência em nível médio na área de obstetrícia o que configura como uma necessidade de aprimoramento profissional. Nota-se também que mesmo com a autonomia fornecida pelo Conselho Federal de Enfermagem para realização do parto normal sem distócia, alguns enfermeiros ainda se vinculam às condutas do médico para realização do parto normal. Para o referido conselho o enfermeiro deverá avaliar cada parturiente e só quando for detectado distócias, que o médico deveria assumir o caso.

É evidente também que o despreparo emocional e conhecimento limitado das gestantes/parturientes está diretamente ligado à falhas grotescas na atenção básica. Essas falhas podem estar ligadas a assuntos administrativos, estes impostos pelos gestores, que acabam por sobrecarregar os profissionais de Enfermagem em Saúde Pública, não dando espaço para os mesmos atuarem deixando sua autonomia limitada. Por outro lado essa falha gerada na atenção básica pode estar ligada a negligência do profissional que não tem como objetivo educar traçando estratégicas especificas e avaliar o nível de aprendizado de cada gestante e família para a gestação, parto e puerpério.

No ambiente hospitalar, quando os profissionais da cidade realizam o parto normal, as condutas relacionadas ao evitar-se a episiotomia são limitadas, talvez por limitação indiretamente imposta pelas instituições ou relacionadas ao conhecimento do profissional.

Sugere-se pela OMS, que a episiotomia seja usada de forma seletiva, obedecendo a critérios e particularidades de cada cliente. Tendo em vista que o corpo é propriedade da parturiente a autonomia do profissional deve ser limitada por esse conceito, para então se estabelecer os critérios de indicações que respeitem esses preceitos.

Quanto ao uso e aplicabilidade da Episiotomia Médio-Lateral Direita (EMLD), recomenda-se que esta seja substituída pelo uso da episiotomia mediana, que respeita a anatomia do corpo da mulher.

Para se mudar hábitos errados que fazem parte de nossa vida por muito tempo, é difícil, porém, não é impossível, o primeiro passo para se efetivar essa mudança é a conscientização de cada profissional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.A.M.; OLIVEIRA, V.C. de. **Estresse no processo de parturição**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.07, n.01, 2005. Disponivel em < http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/pdf/ORIGINAL_09.pdf>. Acesso em 10 mar. 2009.

BRUGGEMANN, O.M.; PARPINELLI,A.M.; OSIS, M.J.D**. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura.** Cad. Saúde Pública vol.21, no.5, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500003&script=sci_. Acesso em 10 jul. 2009.

CAMPANA, H.C.R.; PELLOSO, S.M. **Levantamento dos partos cesárea em um hospital universitário.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 01, 2007. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm. Acesso em 10 mar. 2009.

CARVALHO, G.M. **Enfermagem em Obstetrícia**. 3º Ed. Revisada e ampliada. São Paulo: E.P.U, 2007.

CECATTI, J.G.; CALDERON, I.M.P. **Intervenções benéficas durante o parto para prevenção da mortalidade materna.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.27 n. 6, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n6/a11v27n6.pdf > Acesso em 10 mar. 2009.

CRUZ, A.P. **Fatores de Parto: Bacia, feto e contração**. In: BARROS, S.M.O. **Enfermagem no Ciclo Gravídico-Puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006, p.125-145

CRUZ, A.P. **Parto Natural e Parto Normal: qual a diferença?** Revista Enfermagem – Conselho Regional de Enfermagem (São Paulo), ano 10, n.81, p.21-25, jul/2009.

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites das propostas de humanização para o parto.** 2001. 264p. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo, São Paulo.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciênc. Saúde Coletiva, vol.10, no.3, Rio de Janeiro,2005. Disponível em: www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_. Acesso em 10. jul. 2009.

GOLDMAN, R.E. **Prática de Enfermagem durante o parto.** In: BARROS, S.M.O.; MARIN, H.M.; ABRÃO, A.C.F.V. Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia: Guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002, p. 212-230.

HOTIMSKY, S.N.; ALVARENGA, A.T. **A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica.** Rev. Estud. Fem. v.10, n.2 Florianópolis, 2002.

HOTIMSKY, S.N.; RATTNER D.; VENANCIO, S. I.; BÓGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. **O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica.** Cad. Saúde Pública vol.18 no. 5 . Rio de Janeiro Setembro/Outubro, 2002. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500023. Acesso em 10 jul. 2009.

LEVENTHAL, L.C. Períodos Clínicos do Parto. In: BARROS, S.M.O. **Enfermagem no Ciclo Gravídico-Puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006, p.161-175.

MAMEDE, F.V.; MAMEDE, M.V.; DOTTO, L.M.G**. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto.** Esc. Anna Nery, v.11, n.2 , Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php. Acesso em 10. jul. 2009.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M.M.J. **Perfil do Enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional.** Texto contexto - enferm. vol.15 n.3, Florianópolis Jul/Set. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext. Acesso em 29 out. 2009.

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S. **A pratica de episiotomia no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v.29 n.1, Rio de Janeiro jan. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a01v29n1.pdf. Acesso em 29 out. 2009.

MENTA, S.; SCHIRMER J. **Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.25, n.9, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n9/04.pdf>. Acesso em 10 mar. 2009.

MERIGHI, C.; MERIGHI, M.A.B. **A atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto.** Rev. Min. Enf., v.7, n.1, Belo Horizonte, jan./jul., 2003. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/reme/remev7n1.pdf. Acesso em: 29.out.2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada.** Brasília, DF, 2006.

NEME B. **Obstetrícia Básica**. 2ª ed. São Paulo, Sarvier, 2000.

NOMURA, R.M.Y.; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. **Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário**. Rev. Saúde Pública vol.38 no.1 São Paulo Fev. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18446.pdf Acesso em 09 de jul. 2009.

OLIVEIRA, S.M. J.V.de; MIQUILINI, E.C. **Freqüência e critérios para indicar a episiotomia**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.39, n.3, p. 288-95, 2005. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/9.pdf>Acesso em 10 mar.2009.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Assistência ao Parto Normal: Um guia Prático.** Genebra, 1996.

PEREIRA, A.L.F.; MOURA, M.A.V. **Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2008. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a25.htm. Acesso em 10 mar. 2009.

PNDS 2006: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, Brasília, 2008.** Disponível em < http://www. bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds >. Acesso em 10 mar. 2009.

PREVIATTI, J.F.; SOUZA, K.V.de. **Episiotomia: em foco a visão das mulheres. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília**, v.60, n.2, 2007. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a12v60n2.pdf >. Acesso em 10 mar. 2009.

PROGIANTI, J.M.; VARGENS, O.M.C; PORFÍRIO, A.B.; LORENZONI, D.P. **A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2006. Disponível em http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php. Acesso em 10 mar. 2009.

SAITO E., RIESCO, M.L.G., OLIVEIRA, S.M.J.V. **Condutas no parto normal**. In: BARROS, S.M.O. **Enfermagem no Ciclo Gravídico-Puerperal**. Barueri, SP: Manole, 2006, p.176-186.

SANTOS, E.K.A.; MONTICELLI, M.; BRUGGEMANN, O.M.; ZAMPIERI, M.F.M.; GREGÓRIO,V.R.P.; OLIVEIRA, M.E. **Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFSC – 199/2003: Perfil e atuação dos egressos.** Cienc Cuid. Saúde, v.7, n.2, Abr/Jun, 2008, p.155-162. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4993/3236. Acesso em 29.out.2009.

SEIBERT, S.L.; BARBOSA, J.L.S.; SANTOS, J.M.; VARGENS, O.C.M. **Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história.** Rev. enferm. UERJ, v.13, n.2 ,Rio de Janeiro, maio/ago. 2005. Disponível: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-. Acesso em 10 jul. 2009.

SCHIRMER, J., BARBIERI, M., GABRIELLONI, M.C., FUSTINONI, S.M. **Incentivando o Parto Normal.** In: BARROS, S.M.O.; MARIN, H.M.; ABRÃO, A.C.F.V. Enfermagem em Obstetrícia e Ginecologia: Guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca, 2002, p. 203-230.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Geraldo Braga Junior, convido você (enfermeiro obstetra) a estar participando voluntariamente da pesquisa titulada: ¨**Desvendando os critérios e as práticas utilizadas pelos Enfermeiros para a realização do parto normal com episiotomia"**. Trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem do qual sou aluno.

Dentre os principais objetivos desse trabalho estão: identificar os critérios e as indicações que levam os profissionais a realizar partos com episiotomia, descrever a fisiologia do parto, reconhecer o perfil sócio-demográfico dos profissionais estudados, identificar as facilidades e dificuldades para o acompanhamento do parto e realização do mesmo.

O trabalho se baseará em um estudo de campo e transversal, que será realizado nos 2 hospitais da cidade de Assis que são credenciados pelo SUS para realização do parto normal e será dividido em duas etapas. A primeira constará na aplicação de um questionário com perguntas abertas e fechadas, onde o tempo previsto para seu preenchimento é de 20 minutos. É importante ressaltar que você não terá necessidade de se identificar, inclusive se estabelece por meio desse termo o compromisso de que sua identidade não será revelada em nenhuma situação, portanto, seu anonimato estará garantido. A segunda será baseada na observação direta e não participativa do pesquisador no pré-parto e sala de parto, onde estarei monitorando alguns pontos como à abordagem da cliente durante o trabalho de parto, posicionamento e técnicas empregadas.

A referida pesquisa não oferece riscos a sua integridade. Caso desista de participar e não queria continuar a dar as respostas ou mesmo que eu esteja na sala de parto fazendo as anotações pertinentes à observação, você tem o direito de interromper a qualquer momento (deixando de preencher o questionário ou solicitando que eu saia da sala), sem que haja prejuízo, constrangimento, penalidade ou dano referente à interrupção.

Esclarece-se ainda que sua participação não acarretará custos para você, por ela ser voluntária, não está condicionada a receber qualquer benefício financeiro ou de outra espécie.

Tanto a coleta quanto o tratamento dos dados serão cuidados de forma a manter sua identidade em sigilo e privacidade. Os resultados permanecerão confidenciais, seu nome não

será liberado sem sua permissão e você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar esse estudo.

Caso você aceite a participar da pesquisa, favor assinar abaixo demonstrando sua anuência de que foram dadas as explicações necessárias, inclusive, que você teve a oportunidade de ler, entender e esclarecer suas dúvidas (objetivos e metodologia) e de que recebeu uma cópia desse termo.

Assis: ...../...../ 2009.

Nome do profissional:.....
Assinatura do Profissional:.....
Assinatura do Pesquisador:.....

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

1) Idade: .....anos

2) Estado civil: ( ) casado ( ) amasiado ( ) divorciado/separado ( ) solteiro ( ) viúvo

3) Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

4) Nº de empregos atuais: .....

5) Carga horária semanal de trabalho: .....

6)Tempo de formação como enfermeiro: ..... ( ) anos ( ) meses

7) Tempo de atuação como enfermeiro obstétrico: ..... ( )anos ( )meses

8) Motivos que levaram a escolha pela formação e exercício profissional na obstetrícia?

( ) afinidade pela área

( ) oportunidade oferecida por terceiros (exigência de trabalho)

( ) curso de especialização anexo a graduação.

( ) especialidade que favorece a autonomia profissional

( ) experiência na área antes de ser formada como enfermeiro(a)

( ) oportunidade de melhores salários

( ) oportunidade de maior reconhecimento e status pela sociedade

( ) outros. Especificar: .....

9) Qual ou quais fatores você considera como limitante para sua atuação como obstetra?

( ) recursos humanos de enfermagem escasso

( ) recursos humanos de enfermagem com preparo técnico reduzido

( ) recursos humanos de enfermagem que revelam despreparo emocional

( ) condições materiais da unidade

( ) condições de equipamentos da unidade

( ) condições estruturais da unidade

( ) deficiência no preparo emocional da gestante/parturiente

( ) deficiência da gestante/parturiente quanto ao conhecimento sobre o trabalho de parto

( ) deficiência da gestante/parturiente quanto ao conhecimento das vantagens e desvantagens do parto normal

( ) deficiência da gestante/parturiente quanto ao conhecimento das vantagens e desvantagens do parto cesárea

( ) relacionamento e influência da família-cliente.

( ) relacionamento e influência da família-profissional.

( ) relacionamento médico- enfermeiro

( ) outros: Especificar: .....

10) Quando você indica o parto normal?

11) Quando você contra-indica o parto normal?

12) Quando você decide levar a parturiente para a sala de parto?

13) Quem você permite estar com a parturiente no momento do parto? Por que?

14) Quais situações você acha mais conveniente a parturiente estar sem acompanhante no momento do parto?

15) Quais as condições que você enquanto enfermeiro realiza o parto normal?

( ) Após avaliação sistematizada e detecção de fatores predisponentes, o enfermeiro realiza o parto.

( ) Após avaliação sistematizada e detecção de fatores predisponentes, pelo enfermeiro, quem realiza o parto é o medico.

( ) Após avaliação sistematizada do médico, o mesmo realiza o parto.

( ) Após avaliação sistematizada do médico, e enfermeiro realiza o parto

16) Quais as vantagens do parto com episiotomia?

17) Quais os critérios que você adota para realizar a episiotomia?

( ) Rigidez perineal

( ) Primiparidade

( ) Prematuridade

( ) Macrossômia fetal

( ) Episiotomia anterior

( ) Períneo curto

( ) Iminência de rotura

( ) Rotina da Unidade

( ) Outros

18) Que tipo de intervenção você propõe para não submeter a parturiente ao parto com episiotomia?

( ) Deambulação

( ) Proteção do Períneo

( ) Evita desprendimento abrupto do pólo cefálico.

( ) Massagem do períneo

( ) Lubrificação do períneo

( ) Orientar a mãe a moderar a força expulsiva

( ) Evita tracionar o feto durante o desprendimento

( ) Nenhuma, se não porque? _____

19) Caso opta pela realização da episiotomia. Qual tipo você adota?

( ) EMLD

( ) Mediana

( ) EMLE

20) Na sua percepção, a episiotomia é abordada no pré natal?

( ) Sim, de maneira satisfatória

( ) Sim, de maneira superficial

( ) Não, porque as gestantes/parturientes chegam sem saber sobre ela

( ) Não posso opiniar, não sei

( ) nunca pensei nisso

21) Quando a parturiente interna ou durante o trabalho de parto você fala sobre a episiotomia com ela?

( ) sim, sempre

( ) sim, as vezes

( ) não, porque nem sempre dá tempo

( ) não, porque isso causa maior ansiedade e preocupação

( ) não, por outro motivo

22) Na sua concepção, durante a realização do histórico de enfermagem, é percebido o que as mulheres entendem sobre a episiotomia? ( ) Sim ( )Não, se sim, o que é exposto por elas?

( ) É um procedimento usado para diminuir a dor durante o parto.

( ) É um procedimento que diminui o tempo do parto propriamente dito.

( ) Causa desconforto no puerpério.

( ) Diminui o libido sexual.

( ) Causa alargamento do canal vaginal.

( ) Causa queda da bexiga.

( ) De verdade nem sempre dá tempo de se fazer o histórico de enfermagem que contemple essa pergunta

( ) Outro. Especificar:

23) Durante a evolução do trabalho de parto a cliente é abordada quanto às posições que podem ser oferecidas para o parto normal?

( ) sim, sempre

( ) sim, as vezes

( ) não, porque nem sempre dá tempo

( ) não, porque isso causa maior ansiedade e preocupação

( ) não, por outro motivo

APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPATIVA

1) Nº do questionário correspondente:_____

2) Tempo de internação da parturiente antes de encaminha ao centro obstétrico:

( ) 1 a 2 horas

( ) 2 a 3 horas

( ) 3 a 4 horas

( ) 4 a 5 horas

( ) Mais de horas

3) Indicação de parto na internação:

( ) Parto cesárea indicado pelo médico

( ) Parto cesáreo por pedido da cliente

( ) Parto normal indicado pelo médico

( ) Parto normal indicado pela enfermeira.

Se parto cesárea, indicado pelo médico, motivos alegados por ele: _____

_____

4) Durante o trabalho de parto, cliente apresenta objeção contra o parto normal?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, qual motivo alegado:

( ) Medo do parto.

( ) Medo de lesão fetal.

( ) Medo de lesão genital.

( ) Experiências anteriores traumáticas.

( ) Relação assimétrica entre medico e paciente.

( ) Não quer sentir dores

( ) Outro: ._____

5) Dilatação cervico-uterina na internação:

( ) 1 cm

( ) 2 cm

( ) 3 cm

( ) 4 a 5 cm

( ) 6 a 7 cm

( ) 8 a 9 cm

( ) Dilatação completa

6) Bolsa rota:

( ) Admitida com bolsa rota, porém sem precisar a quanto tempo.

( ) Admitida com bolsa rota, há _____ horas.

( ) Admitida sem bolsa rota.

( ) Bolsa rompida durante a internação por mecanismos fisiológicos.

( ) Bolsa rompida durante a internação por mecanismos artificiais.

7) Estimulo a deambulação na fase latente e ativa da dilatação

( ) Sim, em alguns momentos.

( ) Sim, sempre.

( ) Sim, porém parturiente queixosa e se nega em alguns momentos.

( ) Não estimulada

( ) Não. Parturiente se recusou.

8) Orientações adicionais:

( ) DLE

( ) Higiene Externa

9) Ações do Enfermeiro.

Realizou cardiotocografia no pré-parto ( ) Sim ( ) Não, se sim quantas vezes: _____

Realizou toque vaginal pré-parto ( ) Sim ( ) Não, se sim quantas vezes: _____

Orientou sobre episiotomia ( ) Sim ( ) Não

Orientou sobre parto normal ( ) Sim ( ) Não

10) Realização de Enema e Tricotomia:

( ) Tricotomia prescrita pelo médico

( ) Enema prescrito pelo médico

( ) Enema e Tricotomia prescritas pelo médico

( ) Tricotomia prescrita pelo profissional da enfermagem (Enfermeiro)

( ) Não realizou tricotomia

( ) Não realizou enema

( ) Paciente admitida com tricotomia

11) Detecção de distócia e posterior cesárea.

( ) Avaliação feita pelo médico

( ) Avaliação feita pelo profissional da enfermagem (Enfermeiro)

( ) Não detectado distócia, parto normal indicado

Se sim, motivo da cesárea

( ) Feto macrossômico

( ) Trabalho de parto prolongado, sem dilatação completa

( ) Apresentação pélvica

( ) Apresentação acromial

( ) Apresentação transversal

( ) Rotura Uterina

( ) DHEG

( ) Sofrimento Fetal

( ) Morte fetal intra-uterina

( ) Outros, especificar: _____

12) Avaliação no pré-parto e encaminhamento imediato ao centro obstétrico

( ) Sim

( ) Não

13) Dilatação cervico-uterina ao encaminhar parturiente ao centro obstétrico

( ) 1 cm

( ) 2 cm

( ) 3 cm

( ) 4 a 5 cm

( ) 6 a 7 cm

( ) 8 a 9 cm

( ) Dilatação completa

14) Tempo de trabalho de parto antes de encaminhamento à sala de parto:

( ) Menos de 1 hora

( ) 1 a 2 horas

( ) 2 a 3 horas

( ) 3 a 4 horas

( ) 4 a 5 horas

( ) Mais de horas

15) Rápida dilatação cervical – período expulsivo no leito

( ) Sim

( ) Não

16) Tempo no centro obstétrico antes do período expulsivo:

( ) Menos de 30 minutos.

( ) Entre 30 e 45 minutos.

( ) Entre 45 minutos e 60 minutos.

( ) Mais de 60 minutos.

17) Posição adotada para o parto normal: _____

18) Nível de orientação da cliente no centro obstétrico: _____

19) Cliente opta pela posição:

( ) Sim, o ambiente é apto para tal opção.

( ) Não, o ambiente não oferece condições adicionais para escolha da posição.

20) Realizou toque vaginal no centro obstétrico:

( ) Sim.

( ) Não.

Se sim, quantas vezes: _____

Motivos alegados: _____

21) Medidas utilizadas durante o parto normal, a fim de evitar episiotomia

( ) Proteção do Períneo

( ) Evita desprendimento abrupto do pólo cefálico.

( ) Massagem do períneo

( ) Lubrificação do períneo

( ) Orientar a mãe a moderar a força expulsiva

( ) Evita tracionar o feto durante o desprendimento

( ) Nenhuma, se não porque? _____

22) Duração do período expulsivo: _____

23) Realizou episiotomia?

( ) Sim

( ) Não

Se sim, motivos alegados:

( ) Rigidez perineal

( ) Prematuridade

( ) Primiparidade

( ) Feto Macrossômico

( ) Outros, especificar: _____

Se não:

( ) Apresentou laceração de 1º grau

( ) Apresentou laceração de 2º grau

( ) Apresentou laceração de 3º grau

24) Se realizado episiotomia:

Volume instilado em ml de anestésico local: _____

25) Cliente orientada antes da episiotomia:

( ) Sim

( ) Não

26) Apgar ao nascer no primeiro minuto:..... quinto minuto:.....

27) Orientações pós-parto se episiotomia realizada

( ) Sim

( ) Não

Se sim, quais:

1- _____

2- _____

3- _____

Assis, _____ de _____ de 2009.

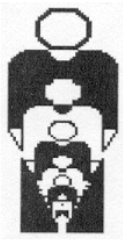
Horário do preenchimento do relatório de observação: _____

_____

Geraldo Braga Junior
Graduando em Enfermagem
R.A. nº 0611250861
R.G. nº 41125377-3

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ETICA EM PESQUISA



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
Renovado em 13/12/2007
Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 – Assis – SP
Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 210/2009

Assis, 29 de abril de 2009

Ilustríssima
Teresa Cristina Prochet

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: **"Desvendando os critérios e as práticas utilizadas pelos enfermeiros para a realização do parto normal com episiotomia."** da autoria do aluno Geraldo Braga Junior sob vossa orientação, recebeu **PARECER FAVORÁVEL** por este CEP. A coleta de dados poderá ser iniciada conforme previsto no cronograma.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em se dirigir ao Recursos Humanos do HRA para confecção de crachá e ainda de entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração

Helena Maria Felício
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Hospital Regional de Assis

ANEXO B – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: **DESVENDANDO OS CRITÉRIOS E AS PRÁTICAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA A REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA**				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Ciências da Saúde		**3.** Código: 4.04	**4.** Nível: (Só áreas do conhecimento 4) Terapêutico	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		**6.** Código(s):	**7.** Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )	
8. Unitermos: (3 opções): Parto Normal, Episiotomia, Obstetrícia				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos: 03 No Centro : 02 Total: 07	**10.** Grupos Especiais : <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) (x) Outros ( ) Não se aplica (x)			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Teresa Cristina Prochet				
12. Identidade: 6911597-0	**13.** CPF.: 918938367-20	**19.**Endereço (Rua, n.º): R. Sebastião da Silva Leite 243		
14. Nacionalidade: Brasileira	**15.** Profissão: enfermeira	**20.** CEP: 19814-370	**21.** Cidade: Assis	**22.** U.F. SP
16. Maior Titulação: Mestre	**17.** Cargo: Docente na Graduação	**23.** Fone: 18-33226721	**24.** Fax -	
18. Instituição a que pertence: Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA			**25.** Email: prochet@uol.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: _____/_____/_____ _____ Assinatura				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Associação de Santa Casa de Misericórdia de Assis		**29.** Endereço (Rua, nº): Pça Dr Simphrônio Alves dos Santos s/nº		
27. Unidade/Órgão: Hospital /Filantrópico		**30.** CEP: 19814-010	**31.** Cidade:Assis	**32.** U.F. SP
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (x)		**33.** Fone: (18) 3325-1133	**34.** Fax.:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (x) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Floriano de Oliveira Garcez Cargo: Provedor Data: _____/_____/_____ _____ Assinatura				
PATROCINADOR **Não se aplica (x)**				
36. Nome:		**39.** Endereço		
37. Responsável:		**40.** CEP:	**41.** Cidade:	**42.** UF
38. Cargo/Função:		**43.** Fone:	**44.** Fax:	

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: _____/_____/_____	**46.** Registro no CEP:	**47.** Conclusão: Aprovado ( ) Data: ____/_____/_____	**48.** Não Aprovado ( ) Data: _____/_____/_____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: _____/_____/____ Data: _____/_____/_____			
Encaminho a CONEP: **50.** Os dados acima para registro ( ) **51.** O projeto para apreciação ( ) **52.** Data: _____/_____/_____		**53.** Coordenador/Nome _____	**Anexar o parecer consubstanciado**
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente : **56.**Data Recebimento : **55.** Processo :		**57.** Registro na CONEP:	
58. Observações:			

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

(versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: **DESVENDANDO OS CRITÉRIOS E AS PRÁTICAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA A REALIZAÇÃO DO PARTO NORMAL COM EPISIOTOMIA**		
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Ciências da Saúde	**3.** Código: 4.04	**4.** Nível: (Só áreas do conhecimento 4) Terapêutico
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)	**6.** Código(s):	**7.** Fase: (Só área temática 3) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
8. Unitermos: (3 opções): Parto Normal, Episiotomia, Obstetrícia		
SUJEITOS DA PESQUISA		
9. Número de sujeitos: 04 No Centro : 02 Total: 07	**10.** Grupos Especiais : <18 anos ( ) Portador de Deficiência Mental ( ) Embrião /Feto ( ) Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) (x) Outros ( ) Não se aplica (x)	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL		
11. Nome: Teresa Cristina Prochet		
12. Identidade: 6911597-0	**13.** CPF.: 918938367-20	**19.**Endereço (Rua, n.º): R. Sebastião da Silva Leite 243
14. Nacionalidade: Brasileira	**15.** Profissão: enfermeira	**20.** CEP: 19814-370 **21.** Cidade: Assis **22.** U.F. SP
16. Maior Titulação: Mestre	**17.** Cargo: Docente na Graduação	**23.** Fone: 18-33226721 **24.** Fax -
18. Instituição a que pertence: Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA		**25.** Email: prochet@uol.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: _____/_____/_____ _____ Assinatura		
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO		
26. Nome: Hospital Regional de Assis		**29.** Endereço (Rua, nº): Pça Dr Simphrônio Alves dos Santos s/nº
27. Unidade/Órgão: Hospital /Estadual		**30.** CEP: 19814-010 **31.** Cidade:Assis **32.** U.F. SP
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (x)		**33.** Fone: (18) 3302 6000 **34.** Fax.: (18) 3302 6030

35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (x) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome:_Ana Claudia Guedes_____ Cargo: Gerente de Enfermagem Data: _____/_____/_____ _____ Assinatura			
PATROCINADOR **Não se aplica (x)**			
36. Nome:		**39.** Endereço	
37. Responsável:		**40.** CEP:	**41.** Cidade: **42.** UF
38. Cargo/Função:		**43.** Fone:	**44.** Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: _____/_____/_____	**46.** Registro no CEP:	**47.** Conclusão: Aprovado ( ) Data: ____/_____/_____	**48.** Não Aprovado ( ) Data: _____/_____/_____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: _____/_____/____ Data: _____/_____/_____			
Encaminho a CONEP: **50.** Os dados acima para registro ( ) **51.** O projeto para apreciação ( ) **52.** Data: _____/_____/_____		**53.** Coordenador/Nome _____	**Anexar o parecer consubstanciado**
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente : **56.**Data Recebimento : **55.** Processo :		**57.** Registro na CONEP:	
58. Observações:			