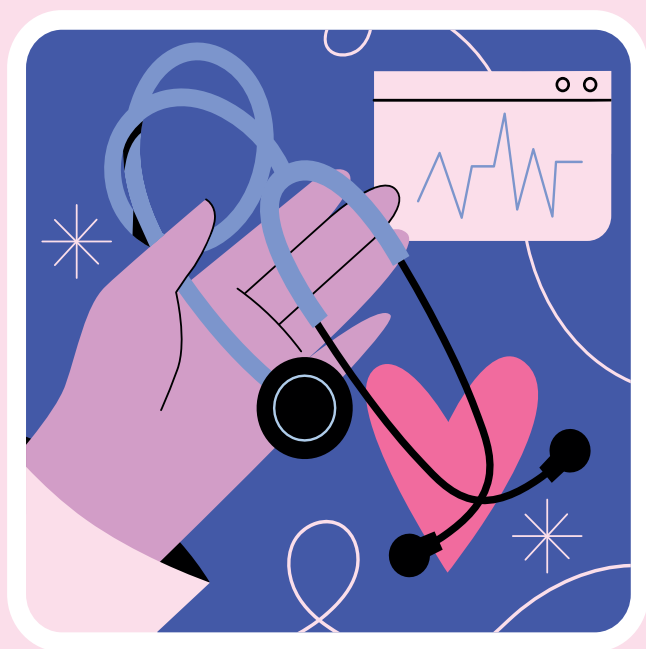


Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde

Volume 18



Periodicojs
EDITORA ACADÊMICA

Equipe Editorial

Abas Rezaey

Izabel Ferreira de Miranda

Ana Maria Brandão

Leides Barroso Azevedo Moura

Fernado Ribeiro Bessa

Luiz Fernando Bessa

Filipe Lins dos Santos

Manuel Carlos Silva

Flor de María Sánchez Aguirre

Renísia Cristina Garcia Filice

Isabel Menacho Vargas

Rosana Boullosa

Projeto Gráfico, editoração e capa

Editora Acadêmica Periodicojs

Idioma

Português

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Estudos interdisciplinares em ciências da saúde
[livro eletrônico] : volume 18. -- 1. ed. --
João Pessoa, PB : Periodicojs, 2024.
PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-6010-062-6

1. Ciências da saúde 2. Interdisciplinaridade
na saúde 3. Saúde pública 4. Saúde - Pesquisa.

24-197085

CDD-610.3

Índices para catálogo sistemático:

1. Ciências da saúde 610.3

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Obra sem financiamento de órgão público ou privado

Os trabalhos publicados foram submetidos a revisão e avaliação por pares (duplo cego), com respectivas cartas de aceite no sistema da editora.

A obra é fruto de estudos e pesquisas da seção de Estudos Interdisciplinares em Ciências das Saúde da Coleção de livros Estudos Avançados em Saúde e Natureza



**Filipe Lins dos Santos
Presidente e Editor Sênior da Periodicojs**

CNPJ: 39.865.437/0001-23

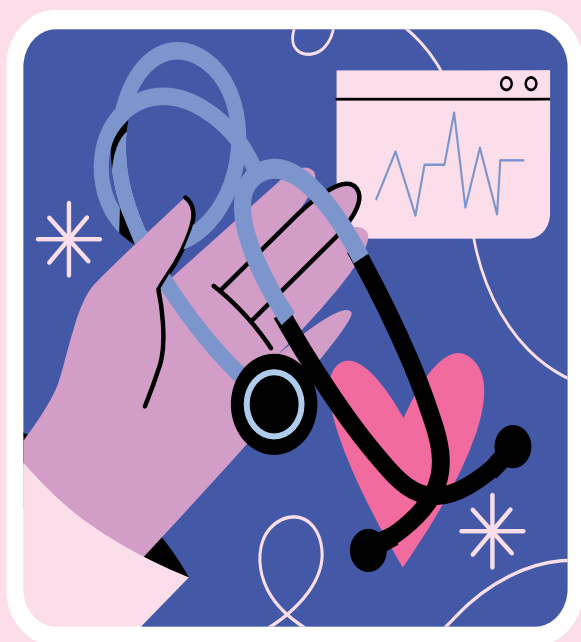
Rua Josias Lopes Braga, n. 437, Bancários, João Pessoa - PB - Brasil
website: www.periodicojs.com.br
instagram: @periodicojs



Capítulo

20

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLINICA OBSTETRICA EM UM MUNICIPIO DO OESTE DO PARÁ: UM RELATO DE EXPERIENCIA



ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLÍNICA OBSTÉTRICA EM UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NURSES' PERFORMANCE IN THE OBSTETRIC CLINIC IN A MUNICIPALITY IN WEST PARÁ: AN EXPERIENCE REPORT

John Henry de Oliveira Vale¹

Yume Danna Carvalho Pinto²

Resumo: O parto é um método absolutamente biológico, para muitas mulheres ele está associado a dor, sofrimento e a uma ampla gama de medos, repetidamente nutridos pela mídia e pelo estilo de vida acelerado e singular de cada indivíduo no mundo atual (VASCONCELOS, 2001). Considerando os riscos, Brasil (2005) aponta que a pré-eclâmpsia/eclâmpsia são as primeiras causas de mortalidade materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral. Considerando a realidade da saúde pública no Brasil, principalmente na região norte, este trabalho tem objetivo de relatar as experiências de frente ao atendimento de parto vaginal, destacando as principais dificuldades vividas em uma cidade do interior do estado do Pará. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, acerca das atividades e práticas nunca vivenciada pela autora na maternidade de um hospital público do município de Faro, oeste do Pará nos meses fevereiro a dezembro de 2022. Portanto, conclui-se a necessidade de estrutura, insumos, distância é nítido que se fazer saúde se torna ainda mais difícil nesses locais de difícil acesso. Deste modo, o artigo apresenta três tópicos que a autora considera nunca vivenciados e que serviram de razão para a aquisição de novos conhecimentos

1 Fisioterapeuta, mestre em ensino e saúde na Amazônia, docente da universidade do estado do Pará

2 Enfermeira, pós graduada em obstetrícia e Ginecologia



em obstetrícia

Palavras chaves: Relato de experiência; gestante; eclâmpsia.

Abstract: Childbirth is an absolutely biological method, for many women it is associated with pain, suffering and a wide range of fears, repeatedly fed by the media and by the accelerated and unique lifestyle of each individual in today's world (VASCONCELOS, 2001). Considering the risks, Brasil (2005) points out that pre-eclampsia/eclampsia are the first causes of maternal mortality in Brazil and determine the highest number of perinatal deaths, in addition to the significant increase in the number of newborns with sequelae when they survive the damage of hypoxia. cerebral. Considering the reality of public health in Brazil, mainly in the northern region, this work aims to report the experiences of vaginal birth care, highlighting the main difficulties experienced in a city in the interior of the state of Pará. of a descriptive study of the experience report type, about activities and practices never experienced by the author in the maternity ward of a public hospital in the city of Faro, western Pará in the months February to December 2022. Therefore, the need for structure is concluded , inputs, distance, it is clear that providing healthcare becomes even more difficult in these difficult to access places. Thus, the article presents three topics that the author considers never experienced and which served as a reason for acquiring new knowledge in obstetrics

Keywords: Experience report; pregnant; eclampsia.

INTRODUÇÃO

Segundo o ministério da saúde (2001), a gestação e o parto são eventos integrativos da reprodução humana. Um processo individual e especial para homens e mulheres, onde envolvem a família e sociedade que estes estejam inseridos.



Neste sentido, que, mesmo o parto sendo um método absolutamente biológico, para muitas mulheres ele está associado a dor, sofrimento e a uma ampla gama de medos, repetidamente nutridos pela mídia e pelo estilo de vida acelerado e singular de cada indivíduo no mundo atual (VASCONCELOS, 2001).

Essas singularidades interferem diretamente no desenvolvimento do plano de parto, que podem trazer riscos tanto materno, quanto neonatal, vale considerar que estes podem ser antecipados através de avaliações médicas obstétricas e seleção dos níveis de riscos do pré- natal.

Considerando os riscos Brasil (2005), aponta que a pré-eclâmpsia/eclâmpsia são as primeiras causas de mortalidade materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral.

Duas formas de hipertensão podem complicar a gestação: hipertensão preexistente (crônica) e hipertensão induzida pela gestação que podem ocorrer isoladamente ou de forma associada (BRASIL, 2005).

O mesmo autor afirma estas patologias geralmente ocorrem após a 20ª semana de gestação, classicamente, pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria. Apresenta-se quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, com proteinúria (> 300mg/24h), podendo evoluir para eclampsia, onde é mais comum em nulíparas ou gestação múltipla (BRASIL, 2005).

Considerando a eclampsia, Brasil (2005), cita que esta patologia se caracteriza pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não correlacionadas com quadros de epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. A eclampsia pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato.

Para Saisto (2003), O medo do parto intenso é capaz de promover alterações fisiológicas no organismo materno, como aumento da pressão arterial, prolongamento da fase ativa da dilatação cervical, maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro, cesariana de emergência, parto vaginal operatório, depressão pós-parto, baixos índices de amamentação e maior admissão do recém-nascido em



unidades de terapia intensiva.

Deste modo a atenção humanizada a estas gestantes é ampla e engloba uma série de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os mesmos autores afirmam que os profissionais de saúde são, coadjuvantes nessa fase, porém desempenham admirável papel. Pois são responsáveis por gerir seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, podendo diminuir a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

De acordo com Brasil (2014), As enfermeiras obstetras possuem qualificação e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, e encaminhando aquelas que demandem assistência especializada.

De acordo com Cochrane (2013), a maioria das mulheres, cuja assistência ao parto foi prestada por Obstetrix ou Enfermeira Obstetra, apresenta melhores resultados comparadas àquelas em que a assistência é realizada apenas por médicos. A presença desta, na assistência ao parto, contribui de forma significativa para o cuidado humanizado, promovendo menor número de intervenções e maior satisfação materna.

Brasil (2022), aponta que o gerenciamento dos processos de atenção durante o pré-natal, que inclui a estratificação de risco obstétrico, é um dos fatores determinantes para a redução da mortalidade materna. Essa iniciativa deve estar organizada a partir de um pensamento sistêmico que busca, acima de tudo, a colaboração entre todos os envolvidos no cuidado à saúde dos binômios. Nesse sentido, a estratificação de risco gestacional busca que cada gestante receba o cuidado necessário às suas demandas, por equipes com nível de especialização e de qualificação apropriados

Frente a esta situação, foi formulada a seguinte pergunta norteadora: Qual a importância da humanização do processo do parto? Qual a experiência que a enfermeira tem frente a um parto vaginal? A justificativa desta pesquisa está baseada em relatar a experiência profissional da autora



frente a clínica obstétrica, bem como descrever as intercorrências vividas nos plantões obstétricos. O objetivo é relatar as experiências de frente ao atendimento de parto vaginal, destacando as principais dificuldades vividas em uma cidade do interior do estado do Pará.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, acerca das atividades e práticas nunca vivenciada pela autora na maternidade de um hospital público do município de Faro, oeste do Pará nos meses fevereiro a dezembro de 2022.

O trabalho representa a experiência da autora enfermeira de forma descritiva, onde realizou processos de acompanhamento ao manejo do parto vaginal e na transferência de gestantes a outros municípios. Cabe ressaltar que por ser um relato de experiências, as vivências contidas no textos são processos observados pela autora, sem correlacionar com outros profissionais que estiveram ao seu lado no desenvolvimento da vivência hospitalar, mas contou com as observações e orientações do seu professor de Metodologia Científica.

Mendes (s.d) cita que o Relato de Experiência é texto científico de caráter narrativo, descritivo e reflexivo, a respeito de uma experiência que você tenha vivenciado e que tenha sido significativa para você e/ou para quem participou dela.

Costa e Barreto (2003) citam que estudo descritivo descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, explicando com detalhes o fato ocorrido.

Portanto, as análises narradas nestes textos condizem com a experiências na área obstétricas que serviram de incentivo para a busca de novos conhecimentos nesta área.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Iniciei minhas atividades profissionais após término da graduação de enfermagem no hospi-



tal municipal que atende casos de urgência e emergência, além da ala obstétrica na cidade de Faro, no oeste do Pará. Segundo IBGE (2016), Faro é um município brasileiro do estado do Pará pertencente à mesorregião do Baixo Amazonas. Localiza-se no norte brasileiro, a uma latitude 02°10'17" sul e longitude 56°44'42" oeste com uma população 7 168 habitantes.

Após ser apresentada a equipe de enfermagem e conhecer a rotina do hospital, assumi meu primeiro plantão, onde um enfermeiro toma conta de todas as alas do hospital, pois o fluxo de atendimento é diminuído.

Por ser uma cidade pequena e por ter um índice populacional menor, os cuidados realizados na unidade hospitalar se enquadravam em atendimentos da rede secundária de atenção. Eram, curativos de pé diabéticos, consultas de enfermagem, algumas urgências clínicas e a ala obstétrica, que contem cinco leitos, abrangendo pré-parto e pós-parto, com dois berços e uma sala de parto com uma maca obstétrica, berço aquecedor.

Considerando as experiências que tive ao longo dos estágios da graduação, comecei a me deparar com a realidade do sistema de saúde precário, porém que prestava atendimento aos munícipes com muito êxito, independente de precariedades de gestão de custos e insumos.

Ao passar dos dias o entusiasmo era nítido e as demandas eram realmente poucas, porém ainda não tinha me deparado com o que me encantei na graduação “a obstetrícia”, foi então que no sexto plantão recebi da enfermeira anterior uma multigesta, em trabalho de parto que alertou-me que apenas os conhecimentos da graduação não seriam suficientes, deveria-se buscar mais. Algumas problemáticas no fluxo do sistema de triagem eram nítidas, uma delas foi a ausência ou deficiências das consultas de pré-natal e de exames de imagens, a exemplo da ultrassonografia, na qual dificultava o desenvolvimento do plano de parto.

A falta de informações quanto as fases do parto e os cuidados no puerpério são exemplos da ineficácia do atendimento. Deste modo, realizaram-se para o desenvolvimento deste relato experiências, informações vividas pela autora em assistência ao parto vaginal com feto em posição podálica, Crise eclampsia e transferência de gestantes para outra localidade.



Os problemas com o triagem e o fluxo das prioridades gestacionais são bem evidentes em que desenvolve saúde pública em cidades distantes do polo, a distância além de não favorecer no transporte de pacientes com pré-disposição à cuidados terciarias, deixa de subsidiar com qualidade as gestões de insumos mínimos, a exemplo da vacina.

Outrossim, o pré-natal deverá se dar em atenção qualificada e humanizada, onde devem ser contidas condutas acessíveis em todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência a gestante desde o ambulatório básico até o atendimento de alto risco (BRASIL, 2005)

Brasil (2012) em suas informações contidas no plano de atenção ao pré- natal de baixa, média e alta complexidade afirma que uma assistência pré-natal desejável engloba a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

Destaque -Parto pelvico

Situação: nunca vivenciada.

Ao chegar no plantão as 07:00 recebi gestante Gesta 1; Aborto O; realizado 4 consultas de pré-natal, ausência de ultrassonografia, entrou na unidade na noite anterior, estável, parâmetros hemodinâmicos estáveis e batimentos cardio-fetais estáveis.

Ao receber a gestante da enfermeira anterior, foi repassado a evolução da gestante, porém não havia consenso se após o toque vaginal, sentia-se as mãos ou pés e como na unidade não possuía aparelhos de imagem e a dinâmica uterina já estava avançada, com o colo há aproximadamente 9cm de dilatação.

Considerando a dinâmica uterina, período de expulsão visível, desenvolveu-se entre eu, enfermeira plantonista e técnico de enfermagem um plano de parto emergencial, embasado por literaturas científicas. ressaltando a minha inexperiência com esse tipo de parto pensamos no que melhor



deveria ser feito para salvaguardar a vida tanto da mãe quanto do bebê.

Após aproximadamente duas horas, acompanhando os batimentos cardio- fetais do feto, nasceu por parto vaginal, recém-nascido do sexo feminino, vivo, apresentação pélvica completa ou pelvipodálica, sem defeitos aparentes, não houve episiotomia.

Este parto foi um dos mais difíceis e inesquecíveis, pois, além de ter sido o primeiro auxílio sem supervisão, ainda tive que traçar planos para salvaguardar a vida da mãe com o feto. Neste contexto Rezende (2017), afirma que apresentação pélvica se caracteriza quando o feto, em situação longitudinal na cavidade uterina, está com o polo pélvico situado na área do estreito superior da bacia. Ainda de acordo com o mesmo autor, diagnóstico, é feito através das anamneses, exames físicos, toque vaginal, ultrassonografias, onde o obstetra deve identificar por meio do toque as estruturas fetais importantes para identificação.

O mesmo autor relata que apresentação pélvica completa ou pelvipodálica quando as coxas e as pernas estão fletidas, com os pés junto às nádegas. É menos frequente (10%), e apresenta o maior risco de prolapso do cordão (5%), que com maior facilidade pode descer por entre as pernas quando da ruptura das membranas. É a que menos se associa com a prematuridade (12%) (REZENDE, 2017).

Segundo o autor a relação à assistência à apresentação pélvica se divide em: aquela oferecida no pré-natal e a adotada na parturição, onde no pré- natal a preocupação se dá após a 34 a 36 semanas buscando suas causas e buscando meios que transgridam essa posição, uma delas é colocar almofadas sob a nádega, como forma de erguer a pelve e facilitar a versão espontânea, porém não há evidências científicas que justifiquem essa manobra (REZENDE 2017).

Sendo assim, o mecanismo de parto pélvico pode ser dividido em desprendimento do polo pélvico, desprendimento das escapulas e desprendimento da cabeça derradeira, onde cada tempo é subdividido em insinuação, descida, rotação interna e desprendimento da propriamente dito, o autor ainda afirma que a presença de mecônio, via de regra, é eliminado, por compressão e não deverá ser valorizado como padrão único (AQUINO, 2000)

Outrossim, parto pélvico, afirma que esta apresentação é causada relacionadas materna



(multiparidade, malformações uterinas, tumores prévios, cesarianas prévias) e as anexiais (inserção cornual, ou fúndica da placenta e baixa), pode-se considerar com o comprometimento cerebral ou neurológico do próprio concepto (REZENDE ,2017).

Destaque- gestante com eclampsia

Situação: Nunca vivenciada

Com os meses iam se passando a rotina obstétrica ia me dando mais No dia 18 de agosto de 2022 recebi plantão diurno na clínica obstétrica, tranquilo, duas puérperas e dois recém- nascidos, realizei visita beira leito colhendo e realizando anamnese dos mesmos.

Quando por volta de aproximadamente 7:40 entra na unidade gesta 02, Pv 01, convulsionando, PA 220/90mmhg, spo2 80%, com cinco consultas de pré-natal, um ultrassom realizado no segundo trimestre, com indícios de hipertensão ao longo da gestação

A fim de amenizar o quadro clinico da paciente, foi realizado medicações segundo protocolo da unidade: uma ampola de hidrazina em 20 ml de agua destilada endovenoso administrado 5ml a cada 20 minutos mais cinco gramas de sulfato de magnésio a 50% e oxigenioterapia.

Em meio as convulsões e as medicações controlávamos os batimentos do feto e ele estava em quadro de taquicardia bcf 178bpm foi solicitado a transferência dela para outra localidade.

Segundo o protocolo do ministério da saúde as medidas gerais para esse tipo de tratamento são: manutenção das vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração; oxigenação com a instalação de cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido (5 litros/minuto); sondagem vesical de demora; punção venosa em veia calibrosa; terapia anti-hipertensiva; terapia anticonvulsivante (BRASIL, 2005)

De acordo Brasil (2005), com A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas quando sobrevivem aos danos da hipóxia cerebral

Segundo o mesmo autor a eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-



clônicas generalizadas em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato. Em gestante com quadro convulsivo, o primeiro diagnóstico a ser considerado deve ser a eclampsia (BRASIL, 2005).

Brasil (2022) aponta que com as crises frequentes da eclampsia, ocorrem ferimentos de mordedura da língua e, após as convulsões, pode persistir um período de coma por algumas horas (raramente mais do que seis horas). Convulsões repetidas predisõem ao coma profundo e, eventualmente, para a morte. Sempre que o coma ocorrer por períodos mais prolongados, devem ser pesquisadas outras causas para o quadro neurológico, especialmente o acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico

Deste modo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para que possamos alterar para melhor os resultados maternos e perinatais. Os objetivos do manejo da hipertensão arterial na gravidez são: proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão, especialmente da hemorragia cerebral; minimizar a prematuridade; manter uma perfusão uteroplacentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal (Brasil, 2012).

Brasil (2005), afirma que eclampsia se constitui em emergência obstétrica e a paciente deve ser transferida o mais rápido possível para o hospital de referência com a companhia obrigatória de um médico.

Destaque- Transferência de gestante a outro município

Situação: Nunca vivenciada

Sabíamos que precisávamos transferir a gestante com eclampsia o mais rápido possível, a fim de salvaguardar a vida tanto da mãe como do feto. Neste sentido, alertamos os responsáveis, uma vez



que o deslocamento deveria ser por meio fluvial.

Como não havia médico na unidade no momento do ocorrido, foi feito com a máxima agilidade e deslocamos a cidade vizinha- Nhamundá, no Amazonas a enfermeira, a técnica, gestante, motorista da lancha.

Nos comunicamos com o responsável que designou a ambulância e nos transportou do porto da cidade ao hospital, na viagem que duraria menos de 10 minutos, a paciente ainda sofria com convulsões “foi um misto de sensações e no auge da adrenalina”, até que entramos na unidade hospitalar e a gestante seguiu para sala de cirurgia.

De acordo com a Lei Nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986, no Art. 11, item L, cita que são privativos do enfermeiro, cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida, e no item M, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

O §2º do Art. 12, cabe ao Técnico de Enfermagem, executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro. Ao auxiliar de enfermagem, conforme descrito no Art. 13, parágrafos 1º, 2º 3º, compete exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços de enfermagem sob supervisão, bem como participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente.

A literatura tem sugerido a administração de cursos sobre movimentação e transporte de pacientes como uma das estratégias mais importantes para reduzir a incidência de problemas na coluna vertebral entre os trabalhadores da saúde a utilização de equipamentos especiais e auxílios mecânicos também tem sido indicada para prevenir as dores nas costas. Atualmente sabe-se que para resolver tais problemas é necessário um amplo estudo do ambiente, dos equipamentos e dos indivíduos, baseando-se num enfoque ergonômico (FRAGALA, 1994).

Brasil (2022), afirma que estratificação de risco obstétrico não deve apenas ter como objetivo uma mudança da lógica territorial da assistência de uma unidade de menor para outra com maior



densidade de tecnologia dura. Deve responder à lógica de ampliação do acesso às diversas tecnologias de cuidado em busca do princípio fundamental da equidade. Deve buscar sempre a diversificação dos espaços de cuidado e nunca a transferência e a desresponsabilização sobre ele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado em relato de experiência é a somativa de problemas encontrados ao longo dos meses frente a uma unidade hospitalar, em um município longe do polo e longe da capital. Consideramos a necessidade de estrutura, insumos, distancia é nítido que se fazer saúde se torna ainda mais difícil nesses locais de difícil acesso.

Deste modo, o artigo apresenta três tópicos que a autora considera nunca vivenciados e que serviram de razão para a aquisição de novos conhecimentos em obstetrícia, pois é uma área da enfermagem que se deve considerar as surpresas.

Durantes os meses de vivência na unidade hospitalar, realizou-se inúmeros auxílios de partos pela autora, tanto em partos vaginais, quanto em cesáreas, estas quando se tinha cirurgião na cidade. Vale ressaltar que toda as informações contidas, são das vivências participadas pela autora, que buscou desenvolver sem quaisquer influencia externa sobre determinado assunto.

Portanto, considerando que o parto é uma caixa de surpresa, tanto para profissionais mais experientes quanto para que está no pontapé de inicio da sua vivencia profissional, mais como este desenvolve atividades quando elas surgem são meios para salvaguardar a vida da mãe e do feto.

Sendo assim, através deste estudo podemos observar uma falha de comunicação nas esferas de atenção básica e a secundaria, que se enquadra o hospital, pois, a falta de consultas dificulta no manejo parto e falta ou ausência de comunicação interferem no bom desenvolvimento. Porém, mesmo com muitos empecilhos e com dificuldades, conseguimos desenvolver atendimento humanizados e com responsabilidades ética e profissional para com todos.

Ademais, é necessário não somente o bom empenho dos profissionais, é necessário que haja



uma gestão que se envolva fielmente nas questões obstétricas, principalmente na triagem de gestantes de alto risco.

Deste modo desenvolver e busca atualização são mecanismos individuais que propagam melhores atendimentos e trazem a gestante menores riscos, sendo assim, o trabalho deve ser em todas as esferas de atendimento para que possa dar as gestantes tratamento mais humanizado considerando as suas particularidades.

Deverá ser dado a essa gestante informações que norteiam e a incentivem a realizar assiduamente as consultas de pré- natal e que posteriormente ao chegar na sala de parto sintam-se segura, para que assim o as fases do parto sejam menos doloridas que as demais.

REFERÊNCIAS

Aquino MMS, Garcia GM, Rodrigues TMC et al. Conduta obstétrica na apresentação pélvica. RBGO 2000

Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento/Ministério da Saúde. Brasília, |DF; 2014

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 158 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 5)

Brasil. Ministério da Saúde, PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA MANUAL TÉCNICO Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº5. Brasília. 2005



Costa MF L. e Barreto S M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. [Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4) : 189 – 201

FRAGALA, G. Using ergonomics to prevent back injuries. Nurs. Manag., v. 25, n.10, p. 98-100, 1994.

PARECER DE COMISSÃO Nº 008/2020 CONUE/COFEN- Ref.: Despacho DGE/COFEN 333/2020 EMENTA: Remoção de pacientes – Transporte extra-hospitalar «PIBMunicipal2010-2014». Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consultado em 28 de dezembro de 2016

Rezende obstetrícia / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. - 13. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

Vasconcelos ALR, Bacha AM, Alencar Junior CA, Leocádio EMA, Calderon IMP, Schirmer J, et al. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. 2001 [ACESSO EM 30/12/2022]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf

Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003;82(3):201-8.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (8): CD004667.

