



PERFIL DE ATENÇÃO AO PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

PROFILE OF ATTENTION TO THE DELIVERY IN A PUBLIC HOSPITAL: NURSING ASSISTANCE PERFIL DE ATENCIÓN AL PARTO EN UN HOSPITAL PÚBLICO: CONTRIBUCIONES DE LA ENFERMERÍA

Dielly Natannara Chagas Fernandes¹, Jane Baptista Quitete², Jéssika Andrade de Melo Braga Monteiro³,
Suellen Gonçalves Maia⁴, Thainá Pinheiro das Neves e Silva⁵, Daniela Matos Oliveira⁶

RESUMO

Objetivo: realizar diagnóstico situacional da atenção ao parto em uma maternidade pública da baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro. **Método:** estudo descritivo com abordagem quantitativa. Foram aplicados dois instrumentos para coleta de dados, do tipo *checklist*, no primeiro semestre de 2014, tendo como recorte temporal os 9 anos de funcionamento de uma maternidade. Para a análise dos dados, foram utilizados os referenciais teóricos do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento/Nascer no Brasil, Ministério da Saúde e as Recomendações da Organização Mundial de Saúde. **Resultados:** foi prescrita dieta zero para 69,4% das parturientes durante todo trabalho de parto. A infusão de ocitocina contínua foi prescrita na admissão para 38,9% parturientes. **Conclusão:** constatou-se alto índice de partos cirúrgicos em detrimento dos partos via vaginal. Evidenciando também a realização de intervenções obstétricas, tais como jejum, ocitocina, litotomia e episiotomia sendo efetuadas de modo rotineiro e sem indicação adequada. **Descritores:** Atenção ao Parto; Saúde da Mulher; Formação Profissional; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to perform situational diagnosis of delivery care at a public maternity of the coast of the State of Rio de Janeiro. **Method:** descriptive study with a quantitative approach, applying two instruments for data collection, checklist type in the first half of 2014 with time cutting of nine years running of a a maternity hospital. For data analysis the theoretical reference of the National Survey on Labor and Delivery/Childbirth in Brazil, Ministry of Health and the Recommendations of the World Health Organization. **Results:** zero diet was prescribed for 69.4% of pregnant women throughout labor. The continuous infusion of oxytocin was prescribed at admission to 38.9% pregnant women. **Conclusion:** it was found a high rate of surgical deliveries than vaginal births. It was also observed the performance of obstetric interventions such as fasting, oxytocin, lithotomy and episiotomy carried out routinely and without proper indication. **Descriptors:** Attention to Childbirth; Women's Health; Professional Qualification; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: realizar diagnóstico situacional de la atención al parto en una maternidad pública del litoral del Estado de Rio de Janeiro. **Método:** estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, habiendo aplicado dos instrumentos para recolección de datos, del tipo *checklist*, en el primer semestre de 2014 con recorte temporal de 9 años de funcionamiento de una maternidad. Para el análisis de los datos, los referenciales teóricos de la Encuesta Nacional sobre Parto y Nacimiento/Nacer en Brasil, Ministerio de la Salud y las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. **Resultados:** fue prescrita dieta cero para 69,4% de las parturientes durante todo trabajo de parto. La infusión de oxitocina continua fue prescrita en la admisión para 38,9% parturientes. **Conclusión:** se constató alto índice de partos quirúrgicos en comparación con los partos vaginales. Se evidenció también la realización de intervenciones obstétricas, tales como ayuno, oxitocina, litotomía y episiotomía siendo realizadas de modo rutinario y sin indicación adecuada. **Descritores:** Atención al Parto; Salud de la Mujer; Formación Profesional; Enfermería.

¹Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras (RJ). Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: dynatannara@hotmail.com; ²Enfermeira Obstétrica, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras (RJ). Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: janebq@oi.com.br; ³Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras (RJ). Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: jessikaamelo@gmail.com; ⁴Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras (RJ). Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: suellengmaia@yahoo.com.br; ⁵Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras (RJ). Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: thaina_pns@hotmail.com; ⁶Estudante, Curso de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras (RJ). Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: daniella-oliver@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A instituição estudada é campo de ensino teórico-prático das disciplinas de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher I e II, e Estágio Supervisionado do Curso de Enfermagem/REN/Campus Rio das Ostras/UFF, e tem suscitado inúmeros questionamentos por parte dos discentes no que diz respeito às contradições do conteúdo teórico ministrado com a vivência destes num campo de ensino prático que ainda utiliza práticas obstétricas obsoletas e danosas à saúde materna e fetal.

Este estudo é o primeiro monitoramento de percentual de vias de parto da instituição em seus dez anos de funcionamento. Não tendo outra como base, este prima os esforços por uma melhoria na assistência.

O cenário estudado é uma instituição de saúde hospitalar pública, localizada em um município da baixada litorânea, Estado do Rio de Janeiro, que possui um setor de maternidade com 15 (quinze) leitos de alojamento conjunto, um pré-parto 04 (quatro) leitos não individualizados, 04 (quatro) leitos para gestantes em observação e 01 (uma) sala de parto vaginal localizada dentro do centro cirúrgico.

Vale ressaltar que, as condutas obstétricas adotadas pela maternidade são baseadas na premissa de que parir e nascer são processos eminentemente de risco e afastados da família, e não permitem a presença de acompanhante com as parturientes durante o trabalho de parto e parto, exceto para adolescentes.

Este estudo pretende auxiliar na proposição de intervenções que possam qualificar a atenção ao parto e nascimento baseados na premissa de que parir e nascer são eventos fisiológicos e familiares.

OBJETIVO

- Realizar um diagnóstico situacional da atenção ao parto em uma maternidade pública da baixada litorânea do Estado do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa utilizando a técnica documental retrospectiva. A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e dezembro de 2014. O estudo ocorreu em duas etapas, a primeira utilizou um formulário preenchido pelas pesquisadoras, que coletaram os dados registrados no livro de parto da instituição,

tendo como recorte temporal o período de 2005 a 2013.

As variáveis selecionadas para realização da primeira etapa deste estudo foram: via de nascimento (vaginal e abdominal), local de nascimento (leito de pré-parto, sala de parto, domicílio e via pública). Uma das variáveis excluída da pesquisa foi a episiotomia, pois constatamos que este dado não é registrado no livro de partos da instituição.

Na segunda etapa do estudo, foram coletadas as informações de 36 prontuários de mulheres admitidas em trabalho de parto, definindo-se como amostra temporal aleatória o período de 8 de maio a 6 de junho de 2013. Nesta, utilizou-se um formulário, tipo *checklist*, o qual foi preenchido pelas pesquisadoras.

As variáveis selecionadas para realização da segunda etapa do estudo foram: tipo de dieta prescrita na admissão, prescrição ocitocina na admissão, posição do parto, realização episiotomia, realização anestesia locorregional de pudendo e preenchimento partograma.

Utilizamos, para análise dos dados, os referenciais teóricos do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento/Nascer no Brasil⁵, Ministério da Saúde² e as Recomendações da Organização Mundial de Saúde.⁶

Este estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense porque optamos em preservar a identidade da instituição estudada e utilizamos os dados disponíveis no livro de registro de partos e prontuários sem identificação da população pesquisada.²

RESULTADOS

Constatamos, neste estudo, que 25 (69,4%) das mulheres foram submetidas a jejum total desde o momento da admissão e durante todo o trabalho de parto e parto. A infusão de ocitocina contínua foi prescrita na admissão para 14 (38,9%) parturientes e para 20 (55,5%) mulheres durante o pós-parto imediato.

As parturientes foram posicionadas em litotomia em 26 (75%) dos partos vaginais ocorridos na sala de parto, sendo o decúbito dorsal adotado por nove (25%) parturientes que tiveram seus partos no leito de pré-parto. O partograma foi preenchido, mesmo que parcialmente, somente em 24 (66,7%) dos prontuários.

Foi realizada anestesia local e locorregional, respectivamente, em apenas 20 (55,5%) e cinco (13,4%) das usuárias, embora a realização da episiotomia tenha sido realizada em 27 (75%) dos partos vaginais, conforme

descrito nos prontuários pelo profissional médico que assistiu ao parto.

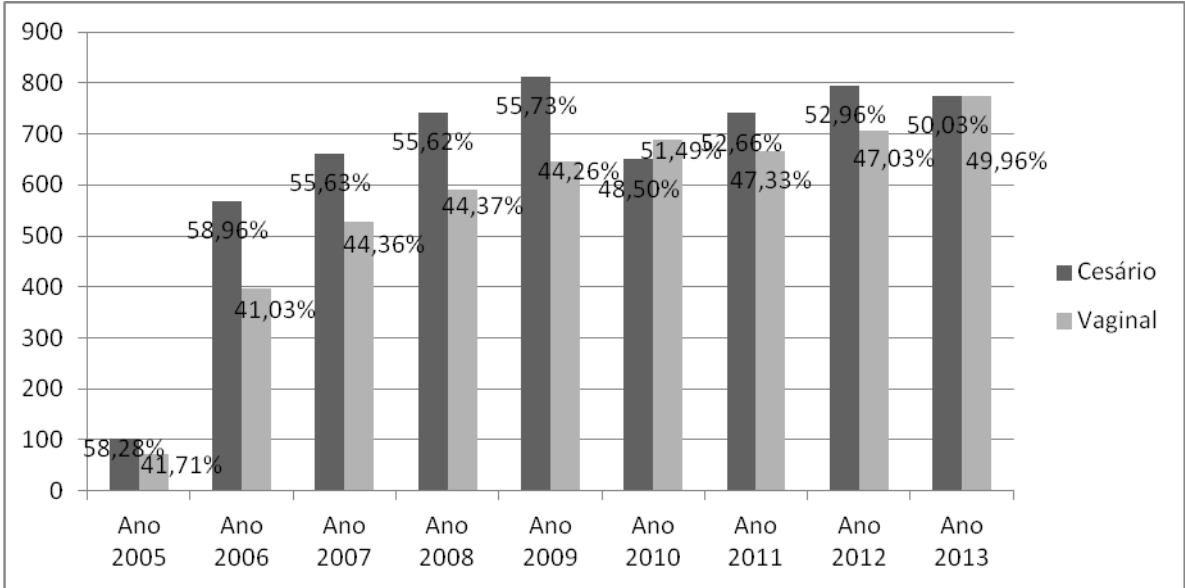


Figura 1. Distribuição do número absoluto de partos por via de nascimento. Fonte: livro de registros de partos da instituição estudada, 2014.

Do total de partos ocorridos na instituição pesquisada, 53,5% foram via abdominal, enquanto os partos por via vaginal correspondem a 46,4% dos nascimentos.

DISCUSSÃO

Referente ao jejum, este estudo evidenciou que para 69,4% das parturientes foi prescrita dieta zero durante todo trabalho de parto. Comparado a outros estudos, o índice é elevado. Em outro estudo semelhante, foi prescrito dieta zero para 40% das parturientes.¹⁶ A taxa brasileira de dieta zero em parturiente é de 74%.⁵ A oferta de líquidos orais ou dieta líquida faz parte das indicações da OMS^{6,1} durante todo o processo de parturição e caracteriza-se como prática humanizada do parto, devendo ser prescrita pela equipe médica e estimulada pela equipe de enfermagem.

Estudos multicêntricos concluem que não há justificativa para restrição de líquidos em casos de baixo risco para cesarianas e uso de anestesia geral, portanto a oferta deve ser encorajada.^{6,1,10}

Concernente às condutas e/ou práticas consideradas prejudiciais que devem ser eliminadas⁶, evidenciou-se que o acesso venoso para infusão de líquidos ocorreu em 38,9%, prescrito desde a admissão e concomitante à infusão de ocitocina. Quanto ao uso de ocitocina, os dados encontrados foram semelhantes ao de outros estudos, com ocorrência em torno de 30,0 a 37,7%.^{16 8} A taxa de infusão de ocitocina em mulheres em trabalho de parto é de 40% na população brasileira.⁵

De acordo com a OMS⁶, é prejudicial a administração de ocitócitos a qualquer hora, antes do parto, de tal modo que o efeito não

possa ser controlado, devendo ser evitado.^{13,10} O uso indiscriminado de ocitocina é uma prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada dos serviços de saúde que assistem a partos, podendo inclusive levar a um aumento da atividade uterina com consequente hipóxia fetal.¹¹

Vale ressaltar que, a infusão parenteral de rotina por si só também é considerada prática ineficaz e deve ser eliminada, pois diminui a mobilidade, “prende” a parturiente ao leito, além de aumentar o desconforto da mulher. Ademais, a solução glicosada pode aumentar a possibilidade de hipoglicemia neonatal.¹¹ No Brasil, a punção venosa de rotina de mulheres em trabalho de parto é de 70%.⁵

As posições verticalizadas reduzem o tempo de trabalho de parto e não estão associadas ao aumento de intervenções ou efeitos negativos. Deve-se considerar também que são bem descritos os benefícios da posição verticalizada para mulher e feto durante o período expulsivo.¹⁰⁻¹ No entanto, constatamos que a posição de litotomia é considerada de praxe para todos os nascimentos via vaginal na instituição estudada, não sendo ofertada nenhuma outra possibilidade de posição para parir. Fato este confirmado pelo fato de 25% restantes de nascimento via vaginal ocorrer em posição dorsal quando o local de nascimento é no leito de pré-parto de modo desassistido. Este dado corrobora com os dados nacionais que apontam que 92% dos partos vaginais ocorrem em posição de litotomia.⁵

O partograma é o instrumento que faz a representação gráfica da progressão do trabalho de parto, assim sendo essencial no

Fernandes DNC, Quitete JB, Oliveira JAMB et al.

acompanhamento da evolução do parto, da dilatação cervical e da descida da apresentação e posição fetal. O partograma, sobretudo, possibilita o diagnóstico das possíveis distócias e norteia o profissional quanto às condutas necessárias e adequadas para a reparação.¹ No entanto, constata-se pouca adesão na utilização desta tecnologia na instituição estudada, fato constatado também em outro estudo, tendo apenas 2,4% de preenchimento pela equipe médica.¹⁶

Os estudos evidenciam que os benefícios desta tecnologia não se limitam apenas na vigilância da evolução do trabalho de parto mas também refletem no controle do uso de métodos farmacológicos que visam o alívio da dor e a aceleração da contração uterina em maternidades, como analgesia e ocitócicos, respectivamente. Além do mais, o partograma interfere na elevada taxa de cesáreas sem indicação, auxilia na troca de plantão e fundamenta sistematicamente a aprendizagem dos novos atuantes em Obstetrícia.^{1,13}

Diante disso, a OMS tornou a sua prática, há mais de três décadas, como obrigatória em todas as maternidades. Ao contrário do que é preconizado por este órgão, o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento realizado em todas as regiões brasileiras, em fevereiro de 2011 a outubro de 2012, apontou que a incidência de boas práticas obstétricas nas mulheres de baixo e alto risco foi baixa, sendo que o uso do partograma foi aplicado em apenas 41,4% de todos os partos realizados neste período.⁵

Assim, o cuidado com o preenchimento do partograma nas unidades de saúde deve ser visto como um documento legal e imprescindível ao profissional de saúde quanto à visibilidade de todos os aspectos envolvidos no decurso do parto e nascimento. Isto mostra a consolidação da garantia de um parto bem assistido e o compromisso dos enfermeiros e médicos perante as ações humanizadas ao longo da parturição.

Dentre os procedimentos cirúrgicos mais realizados na assistência ao parto, destaca-se a episiotomia, a qual foi instituída com objetivo de auxiliar os partos vaginais complicados. É considerada, atualmente, em âmbito nacional como uma prática rotineira, perdendo apenas para o corte e o pinçamento do cordão umbilical.¹¹

A episiotomia é feita por meio de incisão cirúrgica, com tesoura ou bisturi, na região perineal, ao final do segundo estágio do parto vaginal.¹⁵ Classifica-se, conforme a sua localização: lateral, médio-lateral e mediana. A episiotomia lateral está abandonada, em

Perfil de Atenção ao parto em um hospital público...

virtude desta região ser muito vascularizada e por apresentar riscos de lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus.¹⁵

Para que esta prática seja realizada, é necessário que a paciente seja anestesiada por meio do bloqueio locorregional - bloqueio do nervo pudendo e infiltração superficial da região perineal. A anestesia bilateral do pudendo visa cessar a sensibilidade na vagina, vulva, ânus e parte do períneo.^{15,1}

Vale ressaltar ainda que, muitas das vezes, a episiotomia é realizada sem indicação, orientação e consentimento da mulher, além do mais, sem anestesia local e/ou locorregional. Destaca-se também, nesta prática, o registro mínimo e/ou ausente no prontuário, como foi evidenciado neste estudo, entretanto, a episiotomia configura-se num indicador importante das práticas obstétricas, sendo necessário o registro preciso no prontuário. É considerada uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada,⁶⁻¹³ pois aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e de hemorragia, sem diminuir complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal.¹¹ A incidência de episiotomia no Brasil é de 56%,⁵ portanto, falta de registro adequado nos prontuários evidencia uma falha que compromete a qualidade do serviço de saúde.

Ao analisar a figura 1, o quantitativo de partos por via vaginal aumentou gradativamente ao longo dos dez anos de funcionamento da maternidade, embora o número de partos cirúrgicos sempre se mantivesse acima do percentual de parto via vaginal, exceto pelo ano de 2013, em que houve uma equiparação entre as duas vias de parto. Talvez este dado possa ser explicado por todos os movimentos sociais, empoderamento da população feminina, incentivos das políticas públicas, bem como outros movimentos em prol do parto via vaginal.

Os dados encontrados neste estudo ratificam os dados nacionais sobre o percentual de partos por via abdominal, que se mostrava alto ao longo dos anos e tem se mantido elevado, num percentil de 53,5% de todos os nascimentos, sendo de 40% nos serviços públicos e de 85% nos serviços privados.⁵ Essa predominância de via de nascimento justifica-se pelo modelo assistencial ainda focado no parto como procedimento cirúrgico e de risco iminente, o qual traz riscos à saúde materna e neonatal, estando fortemente associado à mortalidade materna.

Fernandes DNC, Quitete JB, Oliveira JAMB et al.

Verificou-se durante a coleta dos dados a ausência de descrição nos prontuários analisados sobre a indicação obstétrica do nascimento por via abdominal. Estudo realizado recentemente em todo Brasil apontou que as cirurgias de cesarianas são realizadas sem a devida indicação médica e sem a discriminação em prontuário, e que isso pode levar a repercussões no desenvolvimento intraútero do recém-nascido e na saúde futura das crianças.^{5,13,11}

No que diz respeito ao percentual encontrado de 1% de partos via vaginal ocorridos no leito de pré-parto, vale ressaltar que estes devem ser considerados partos desassistidos, pois o local do parto não ocorreu por escolha da parturiente e sim porque ela não estava sendo monitorada pela equipe de saúde durante o período expulsivo e pariu sozinha. Este dado reflete a assistência prestada à parturiente que não tem garantido o direito à presença de um acompanhante de sua escolha⁸, pela ausência de enfermeiros obstétricos durante 24 horas, conforme preconiza a RDC 36^{19,13}, e pela falta de quartos individualizados modelo PPP (pré-parto/parto/pós-parto).⁶

A organização da assistência repercute diretamente nas taxas de cesariana, que tendem a ser menores nos países com uma assistência obstétrica menos medicalizada, com maior atuação de enfermeiras obstétricas, equivalente ao desempenhado pelas *midwives* nos Estados Unidos, Holanda, Nova Zelândia e países Escandinavos.¹¹ Segundo a OMS⁶, a assistência ao parto realizada por profissionais capacitados é o fator mais importante para diminuição da mortalidade materna. No Brasil, médicos e suas associações demonstram grande preocupação com o parto de risco habitual atendido por enfermeiras obstétricas, geralmente alegando que partos assistidos por esses profissionais teriam maior risco para a mãe e o conceito. Isso não é verificado na literatura, assim como é refutado por ela.¹¹

CONCLUSÃO

O estudo revela o alto índice de partos cirúrgicos em detrimento dos partos via vaginal. Nota-se também a realização de intervenções obstétricas, tais como o jejum, a ocitocina, a litotomia e a episiotomia sendo realizadas de modo generalizado e muitas vezes sem indicação adequada.

Essas intervenções, infelizmente, fazem com que o momento do parto deixe de ser um processo prazeroso para as mulheres. Constatamos que a assistência é desumanizada, afastada da família, não

Perfil de Atenção ao parto em um hospital público...

valorizando a autonomia, feminilidade e intuição da mulher no momento de parir.

Este estudo reforça a necessidade de uma parceria entre Universidade e Instituição de Saúde no intuito de desenvolver e avaliar estratégias capazes de modificar os determinantes do excesso de cesarianas, bem como o uso excessivo de intervenções desnecessárias e danosas à saúde das mulheres durante o trabalho de parto e parto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. [Internet]. 2001 [cited 2015 Mar 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria 2.351, de 05 de outubro de 2011. Dispõe sobre a Rede Cegonha. [cited 2013 Dec 05]. Available from: http://portal.saude.gov/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf
3. Ministério das Relações Exteriores(BR). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. [cited 2013 dez 03]. Available from: <http://www.itamaraty.gov.br/temas/temas-multilaterais/direitos-humanos-e-temas-sociais/metas-do-milenio/objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>
4. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 477, de 14 de abril de 2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Diário Oficial da União, 20 de abril 2015 [cited 2015 July 01]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html
5. Gama SGN, Leal MC. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Parir no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa [Internet]. 2014 [cited 2014 Sept 27]. Available from: www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/mascervweb.pdf
6. Organização Mundial de Saúde (OMS). Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.
7. Quitete JB, Mouta RJO, Progiante JM, Vargens OMC. Aplicando a Teoria das

Revoluções Científicas na construção de um novo campo da enfermagem obstétrica. Rev enferm UFPE [Internet]. 2013 [cited 2014 June 11];7(12):6913-20. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2950/DOI:10.5205/01122013>

8. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]. 2014 [cited 2014 June 12];18(2):262-269. Available from: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1077

9. Reis CSC, Souza DOM, Progiante JMP, Vargens OMC. As práticas utilizadas nos partos hospitalares assistidos por enfermeiras obstétricas. Enfermagem Obstétrica [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 12];1(1):7-11. Available from: <http://www.enfo.com.br>

10. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) *et al.* Mother-baby friendly birthing facilities. International Journal of Gynecology and Obstetrics [Internet]. 2014 [cited 2015 July 18];128:95-99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>

11. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2015 [cited 2015 July 01];10(35):1-12. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)

12. Ribeiro, EDLM. Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz, Maranhão: via de parto predominante em outubro e novembro de 2013. J Manag Prim Health Care [Internet]. 2014 [cited 2015 May 15];5(2):195-201. Available from: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/187/140>

13. World health organization (WHO). Recommendations for Argumentation of Labour. WHO Library Cataloguing in Publication [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 28]; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf

14. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Protocolo

Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal. SMS/RJ. Rio de Janeiro [Internet]. 2013 [cited 2014 Oct 12]. Available from: <http://www.abenforedesindical.com.br>

15. Neme, B. Obstetrícia Básica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000.

16. Lucas MTB, Rocha MJF, Costa KMM, Oliveira GG, Melo JO. Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. Online braz j nurs [Internet]. 2015 [cited 2015 July 18];14(1):32-40. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5067>

17. Giglio MR, Franca E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2011 [cited 2015 July 21];33(10):97-304. Available from: www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf

18. Silva FMB, Paixao TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth Center according to the recommendations of the World Health Organization. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [cited July 21];47(5):1031-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501031.pdf

19. Pereira ALF.(org.) Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ [Internet]. 2010 [cited Sept 20]. Available from: abenfo.resindical.com.br/args/manuais/039.

Submissão: 28/09/2015

Aceito: 20/11/015

Publicado: 01/02/2016

Correspondência

Daniela Matos de Oliveira

Rua Recife, Lotes 1-7

Jardim Bela Vista

CEP-28895-532 – Rio das Ostras (RJ), Brasil