

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

Maiane Silva Costa Calazans

**CUIDADOS PARA GESTANTES E PUÉRPERAS RELACIONADOS À
INDUÇÃO: INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS**

Santa Maria, RS
2019

Maiane Silva Costa Calazans

**CUIDADOS PARA GESTANTES E PUÉRPERAS RELACIONADOS À INDUÇÃO:
INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**, Área de Concentração: **Materno Infantil**.

Orientador: Marcos Antônio de Oliveira Lobato

Santa Maria, RS
2019

Maiane Silva Costa Calazans

**CUIDADOS PARA GESTANTES E PUÉRPERAS RELACIONADOS À INDUÇÃO:
INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**, Área de Concentração: **Materno Infantil**.

Aprovado em, 26 de fevereiro, de 2019

Marcos Antonio de Oliveira Lobato Msc. (UFSM)
(Presidente/ Orientador)

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Dr. (UFSM)

Rosiele Gomes Flores, Me. (UFSM)

Santa Maria, RS
2019

RESUMO

CUIDADOS PARA GESTANTES E PUÉRPERAS RELACIONADOS À INDUÇÃO: INTERVENÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

AUTORA: Maiane Silva Costa Calazans
ORIENTADOR: Marcos Antonio de Oliveira Lobato

A gestação é um período fisiológico comum a saúde da mulher e requer acompanhamento, devido diversas situações que podem ser limítrofes e levar a desfechos ruins. Há mulheres que não chegam ao parto natural espontaneamente, fazendo com que os obstetras considerem a realização da indução do trabalho de parto. Este procedimento é ponderado quando o benefício de antecipar o parto é maior do que a continuação da gestação, antes da consideração de uma cesariana. Este estudo foi motivado por responder sobre quais são os fatores associados à indução de parto e quais cuidados podem ser direcionados a essas mulheres. Objetivou-se investigar o processo de indução, em um serviço de emergência obstétrica de um hospital universitário, para pensar a melhoria do processo de cuidado multiprofissional que pode ser ofertado. Através de uma pesquisa qualitativa aplicada de caráter descritivo, foi utilizado referencial teórico vigente para contextualizar o problema e visualização dos cuidados ofertados, e assim pensar como ocorre o processo de trabalho em torno dessas gestantes. O exame desse processo foi realizado a partir da ferramenta de análise do fluxograma analisador, que tem a pretensão de ampliar a compreensão do processo de trabalho em saúde, focando-se no usuário. Os momentos de decisão, representados no fluxograma permitem conceber momentos para a atuação dos profissionais com a utilização de tecnologias leves. Conclui-se a necessidade de estudo de práticas centradas em núcleos profissionais diversificados na atuação da assistência a indução do parto.

Palavras-chave: Trabalho de parto induzido; Equipe multiprofissional; Fluxograma analisador.

ABSTRACT

CARES FOR PREGNANT AND PUERPERAS RELATED TO INDUCTION: MULTIPROFESSIONAL INTERVENTIONS

AUTHOR: Maiane Silva Costa Calazans
ADVISOR: Marcos Antonio de Oliveira Lobato

Gestation a physiological period common to women's health and requires monitoring, due to several situations that may be borderline and lead to poor outcomes. There are women who do not spontaneously go into natural childbirth, causing obstetricians to consider induction of labor. This procedure is weighted when the benefit of anticipating delivery is greater than the continuation of gestation, prior to the consideration of a cesarean. This study was motivated by responding to the factors associated with labor induction and what care may be directed at these women. The objective of this study was to investigate the induction process in an obstetric emergency service of a university hospital, to think about the improvement of the process of multiprofessional care that can be offered. Through a qualitative applied research of descriptive character, a valid theoretical framework was used to contextualize the problem and visualization of the care offered, and thus to think about how the work process around these pregnant women occurs. The examination of this process was done from the analytical flowchart analysis tool, which has the pretension to broaden the understanding of the work process in health, focusing on the user. The moments of decision, represented in the flowchart allow to conceive moments for the professionals' performance with the use of light technologies. It is concluded that there is a need to carry out studies of practices centered on diverse professional nuclei in the performance of the labor induction assistance.

Keywords: Induced labor; Multiprofessional Team; Flowchart Analyzer.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. DESENVOLVIMENTO	9
2.1 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.2 METODOLOGIA	12
2.2.1 Metodologia da análise de processos: fluxograma analisador	15
2.3 RESULTADOS	16
2.3.1 Categoria 1 - Cuidados assistenciais às mulheres em indução	16
2.3.2 Categoria 2 - Consequências da indução	18
2.3.3 Categoria 3 - Recomendações por diretrizes e protocolos	19
2.3.4 Categoria 4 - Educação de pacientes/decisão informada	19
2.3.5 Categoria 5 - Cuidados as mulheres em indução com condições/patologias específicas	20
2.3.6 Categoria 6 - Atividades interprofissionais na assistência à mulher em indução	21
2.4 DISCUSSÃO	22
2.4.1 Fluxograma analisador	24
Figura 2 – Fluxograma Analisador do processo de indução da mulher em um serviço de atendimento obstétrico	26
3. CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

A gestação é um período fisiológico comum para a saúde da mulher, faz parte da sua experiência de vida saudável, mas deve ser acompanhada devido às diversas mudanças a que a mulher é submetida durante e após a gestação, seja física, social e emocionalmente, implicando em um momento de observação cuidadosa de sua saúde. O acompanhamento das condições de saúde de uma gestante se dá devido este ser um período de situações limítrofes que podem incorrer em riscos para mãe e/ou bebê, com a possibilidade de desfechos ruins. Em sua maioria as mulheres grávidas transcorrem esse período necessitando de cuidados básicos que garantem gestação e nascimento tranquilos. A assistência pré-natal é preconizada para que seja realizado o acompanhamento desta gestante, com a detecção e intervenção precoce diante das situações de necessidade, assegurando o bom desenvolvimento da gestação de forma a permitir o parto de um bebê saudável e sem impactos na saúde materna. O ideal é que o pré-natal seja iniciado em fase precoce, no primeiro trimestre gestacional, de maneira que torne-se possível detectar problemas, tomando-se medidas profiláticas e tratamento antes que haja comprometimento do feto (BRASIL, 2013).

O pré-natal adequado, com detecção e interferência antecipadas em situações de risco, é grande determinante dos indicadores de saúde ligados à mãe e ao bebê com potência para diminuir as principais causas de morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2013). Entretanto há mulheres e gestações que possuem características distintas que tendem a apresentar maior índice de evolução da gestação desfavorável, classificadas como “gestantes de alto risco”, na qual a vida ou saúde da mulher e/ou do feto/recém-nascido têm maiores chances de serem prejudicados do que as demais gestações. Essa classificação se dá por fatores de risco, que quando identificados alarmam a equipe de saúde para uma vigilância maior em relação à origem de fatores complicadores (BRASIL, 2012).

O risco gestacional é predito por vários fatores, que podem inclusive estar presentes antes da gestação, e a identificação das mulheres em idade fértil e de suas condições de vulnerabilidade quanto a estes riscos é necessário. Esses fatores de risco podem ser identificados no decorrer da assistência pré-natal, bem como tornar-se de risco durante a evolução da gestação ou durante o parto, necessitando de intervenção o mais precoce possível. Essas intervenções precoces nem sempre correspondem a processos com tecnologias avançadas, apenas predizem uma atenção maior observando-se com uma frequência mais elevada a condição da gestante (BRASIL, 2012). Com isso, o trabalho de parto induzido, é um procedimento obstétrico realizado com frequência em hospitais públicos e universitários,

esse tipo de procedimento é indicado em gestações de alto risco, onde há benefício em se antecipar o parto quando relacionado ao risco de continuar a gestação (LAWANI et al, 2014).

Este estudo foi originado a partir de um projeto piloto do tipo guarda-chuva, na qual a temática principal era a falha de indução de parto e fatores associados. Deste projeto inicial, originaram-se quatro estudos distintos, de acordo com os objetivos específicos iniciais. O presente estudo foi motivado pela busca em responder quais os fatores estão associados à indução de parto e os cuidados que podem ser direcionados a essas mulheres. Com esse ponto de partida, objetivou-se estudar o processo de indução do parto, em um serviço de emergência obstétrica para pensar intervenções para a melhoria do processo de cuidado multiprofissional que pode ser ofertado. O local utilizado para basear-se às indagações deste estudo é o Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por tratar-se do local de atuação das residentes multiprofissionais durante às práticas em assistência à saúde pela residência, cuja ênfase é à saúde materno-infantil. O local utilizado para basear-se as indagações deste estudo é o Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por tratar-se do local de atuação das residentes multiprofissionais durante às práticas em assistência à saúde pela residência, cuja ênfase é à saúde materno-infantil.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 REVISÃO DE LITERATURA

A escolha da via de parto, em especial às gestantes classificadas como alto risco, representa momento de grande dilema para o obstetra, bem como para a gestante. A decisão deve ser realizada observando-se cada caso, levando-se em conta o estado de saúde da parturiente, com esclarecimento completo dela e da sua família sobre as opções e os riscos inerentes. O parto de uma gestante de alto risco não significa cesariana como via determinada de parto, pois em muitos casos é possível o parto vaginal espontâneo ou pela indução com desfecho em parto vaginal (BRASIL, 2012). O parto cesariano deve então, ser considerado apenas pela impossibilidade de um parto vaginal espontâneo ou induzido, sem precocidade. Surgiu como necessidade médica, e sua indicação correta trazem vantagens, porém seu uso indiscriminado traz riscos que associam-se aos riscos de qualquer outra cirurgia, além da fragilidade física e da interferência da interação mãe-bebê (WEIDLE et al, 2014).

Um fator a ser considerado em relação à decisão da via de parto é que as pessoas que convivem com a gestante influenciam sua vontade, com informações muitas vezes contraditórias, sendo dos profissionais de saúde a responsabilidade de orientar e responder as dúvidas, pois o parto ao longo dos tempos, foi modificado numa experiência amedrontadora. Widle et al (2014) constatou em seu estudo que a maioria das gestantes tem preferência pelo parto vaginal, entretanto, aponta que uma falta de atenção humanizada e a própria indução levam essas mulheres a procurar pelo desfecho do parto cesariano. Outro fator mencionado neste estudo é que há um despreparo das mulheres para o parto vaginal, que interfere no seu emocional, reduzindo sua confiança na capacidade de ser protagonista do seu parto (WIDLE et al, 2014). O fato da mulher não conseguir desencadear o parto natural espontaneamente e ter que realizar isto através da indução, devido alguma patologia ou outra condição que coloque a situação materna e fetal em risco, corrobora com a sensação de não protagonismo. Muitas gestantes passam pela experiência da indução do parto, em especial o grupo classificado como alto risco. Sentimentos de tristeza, ansiedade e principalmente medo são observados nelas referentes ao procedimento (LIMA et al, 2016).

A indução do trabalho de parto, ou antecipação eletiva, trata-se da estimulação de contrações uterinas em gestantes fora do trabalho de parto, através de métodos específicos com o objetivo de promovê-lo (ZUGAIB, 2016). Pelo manual técnico de diretrizes utilizado no Brasil (2012) para gestações de alto risco, a indução é a utilização de métodos que

desencadeiam contrações uterinas com a finalidade de início do trabalho de parto, assegurando o nascimento do bebê em tempo apropriado, quando é avaliado que sua situação é mais segura fora do útero, para benefício dele ou da gestante. A indução é considerada quando os benefícios do parto vaginal superam os potenciais riscos maternos e fetais, sendo ponderado quando existe indicação de término da gestação.

As indicações de aplicação da indução mais comumente utilizadas são a ruptura prematura de membranas (RUPREME) e o pós-datismo (ZUGAIB, 2016), porém há outra relação de indicações que têm sido propostas para a realização da indução de acordo com outros autores, tais como Souza et al (2010) mencionam também as gestações prolongadas (acima de 41 semanas), além da hipertensão, diabetes, isoimunização Rh e a restrição do crescimento e óbito fetal. Para as contraindicações, que podem ser absolutas ou relativas, incluem-se os seguintes fatores: cicatriz segmentar de repetição ou incisão uterina prévia (duas ou mais); gestação múltipla; placenta prévia; sofrimento fetal; macrossomia; apresentações fetais anormais; hidrocefalia grave; obstrução do canal de parto (malformações ou acometimentos que impeçam o adequado trajeto pelo canal de parto tais como anormalidades da pelve por traumas, por exemplo); infecção ativa por herpes genital; distócia óssea pélvica ou vício pélvico; desproporção céfalo-pélvica absoluta; prolapso de cordão; portadoras de carcinomas invasivos do colo (ZUGAIB, 2016; BRASIL, 2012; SOUZA et al, 2010).

Considera-se portanto, a decisão pela indução do parto como difícil na maioria das vezes, mesmo que em situações de menor risco, optando-se por este método quando há benefício para mãe e bebê, quando comparada aos riscos de esperar pela conduta espontânea ou pelo parto abdominal via cesárea eletiva (CNATTINGIUS, HOGLUND e KIELER, 2005). Uma classificação utilizada é a de indução eletiva ou terapêutica, nas quais as eletivas obedecem às conveniências médicas ou da gestante, correspondendo à escolha do médico ou dos pais. Porém estas não são referendadas, embora possam ser admitidas por alguns profissionais de saúde. As indicações terapêuticas são àquelas decorrentes do maior risco fetal pela continuidade no útero, ou maior risco relacionado a clínica materna, tais como síndromes hipertensivas da gestação e diabetes (SOUZA et al, 2010; SCAPIN et al, 2018).

O parto e todo o processo para seu acontecimento espontâneo dá-se por meio de uma série de eventos fisiológicos, com a dilatação do útero, expulsão do feto e dequitação da placenta, e dependem de contrações uterinas efetivas, onde, em um adequado trabalho de parto, essas contrações devem apresentar frequência e intensidade regular. O primeiro período do parto, a fase de dilatação, inicia-se com as primeiras contrações dolorosas, apagamento ou

esvaecimento do colo e dilatação, importante modificação cervical que se completa quando o colo uterino completa dez centímetros, de forma a permitir a passagem do feto. A segunda fase do parto é a expulsão, onde ocorre a saída do feto do útero expedido devido às contrações uterinas e das contrações voluntárias (puxos), onde o parto é totalmente formado. No terceiro período, após a saída do bebê, o útero expelle a placenta e as membranas. Há de mencionar-se ainda a quarta fase do parto, que constitui-se na involução da contratilidade após o nascimento e retorno do útero ao estado pré-gravídico (ZUGAIB, 2016). A indução, portanto, busca promover a primeira fase do parto.

Mediante a necessidade da interrupção da gestação, estando a paciente fora do trabalho de parto, a indução do parto é efetuada. O obstetra poderá deparar-se com um colo uterino não apagado, o que dificulta a dilatação – ação posterior ao apagamento. Antes do início de uma indução do parto, deve-se avaliar idade gestacional, estado do colo uterino para analisar o grau de amadurecimento, estado do corpo, exame pélvico e apresentação fetal, estado das membranas, bem estar fetal, anomalias fetais e registros médicos para que ocorra o descarte de situações que contra-indiquem esse procedimento. Assim a decisão visa escolher a via de parto mais segura (CUNHA, 2010).

Distintas formas, métodos e medicamentos, são utilizados para que aconteça o preparo cervical e a indução do parto, classificados em mecânicos ou farmacológicos. As alternativas mecânicas traduzem-se em manobras e dispositivos, tais como, cateteres transcervicais, dilatadores higroscópicos, infusão salina extra-amniótica, sonda Foley, descolamento das membranas e amniotomia. As alternativas farmacológicas contam com a utilização de substâncias que atuam sobre o útero, na modificação dos aspectos de amadurecimento do colo e desencadeamento de contrações uterinas. As mais utilizadas para esse fim atualmente são a Ocitocina e as Prostaglandinas, especialmente o Misoprostol (Prostaglandina E1) (CUNHA, 2010; SCAPIN et al, 2018).

Os potenciais riscos relacionados à indução do trabalho de parto existem e devem ser considerados. As induções possibilitam o aumento da incidência de parto vaginal operatório (uso de fórceps, vácuo extrator e episiotomia) e das cesarianas, quando o processo indução não tem sucesso, bem como propensão para alterações da contratilidade do útero e estimulação uterina excessiva. Há a possibilidade de acontecer complicações como a ruptura uterina (particularmente em presença de cesariana anterior), infecção intracavitária (fator de risco associado ao excessivo número de exames vaginais, da ruptura prematura de membrana amniótica - RUPREME - e da inserção de materiais na cérvix durante induções mecânicas), prolapso de cordão umbilical (podendo haver em casos de polidrâmnio), prematuridade

iatrogênica (fator associado às induções sem a confiabilidade da idade gestacional), sofrimento fetal e falha da indução (CUNHA, 2010; BRASIL, 2012).

A avaliação para realização destes procedimentos, qualquer que seja a forma eleita, deve ser seguida de uma correta indicação para a antecipação, através da determinação do Escore de Bishop, e na maior ausência possível de contra-indicações e riscos, identificando o melhor método diante a situação clínica da paciente avaliada, de maneira que o parto induzido ocorra apenas com condições próprias e viáveis a sua prática (SOUZA et al, 2010). Para segurança da paciente e do procedimento, é necessário, portanto, a avaliação bem como sua documentação em prontuário antes do início da indução da indicação, com a confirmação da idade gestacional, da apresentação cefálica e se o feto é vivo, da adequação pélvica, das condições cervicais pelo Escore de Bishop, do estado das membranas amnióticas, da atividade uterina, e dos batimentos cardíacos fetais (BRASIL, 2012).

O cuidado de maneira interdisciplinar e multiprofissional em todas as fases da gestação, parto, pós parto imediato e puerpério são imprescindíveis. Tostes e Seidl (2016) discorrem como nas expectativas de gestantes o parto é momento de insegurança e medo. A fase perinatal, se destaca como sendo o período de cuidados com a mulher parturiente antes, durante e depois do nascimento. Compreende da vigésima oitava semana de gestação até o sétimo dia após o nascimento, de acordo com a definição do termo pela Descritores em Ciências da Saúde - DeCS 2018, em especial a fase de trabalho de parto, com as possíveis complicações que podem ocorrer. Para que haja um processo de trabalho completo neste momento de assistência da mulher faz-se necessário as relações interprofissionais e o cuidado em equipe, numa oferta de serviços especializados, com incorporação da tecnologia necessária, baseado nas diretrizes de política de atenção integral (SCHRAIBER, 1999 apud ANGULO-TUESTA, 2003, p. 1426). Angulo-Tuesta (2003) coloca as vantagens do trabalho interprofissional na assistência à mulher no parto, apontadas pelos próprios profissionais do serviço de assistência ao parto como a melhoria da qualidade da assistência com diagnóstico oportuno e diminuição dos riscos e complicações, bem como a troca de conhecimentos e vivências.

2.2 METODOLOGIA

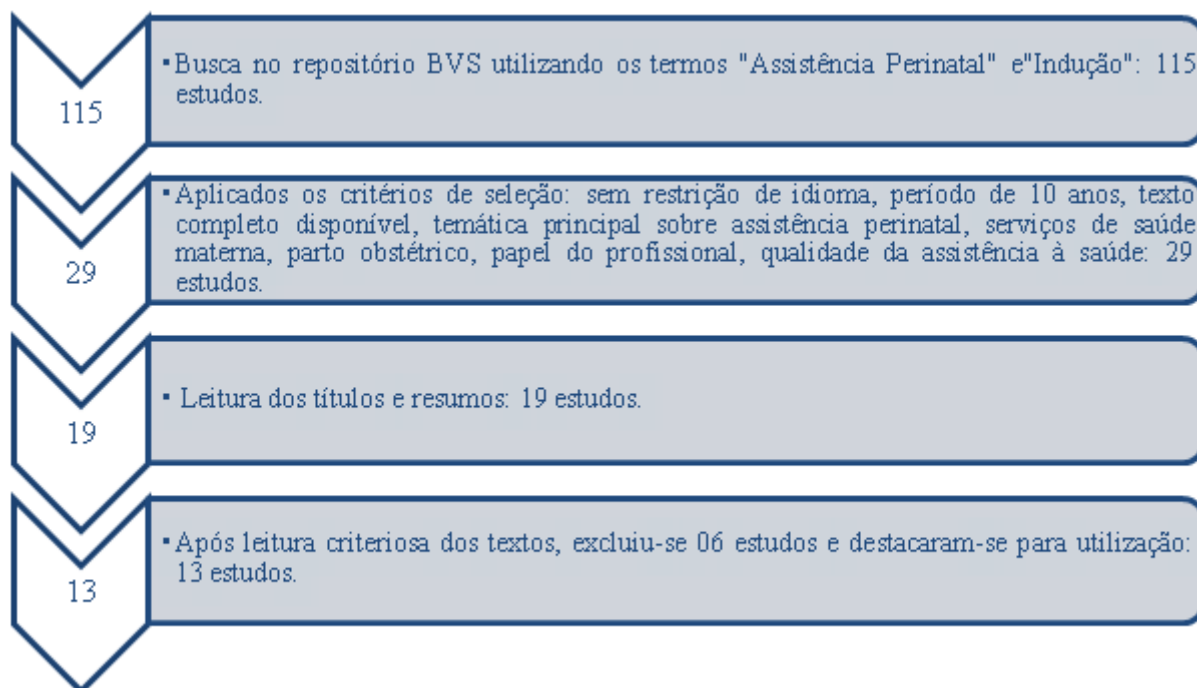
A presente pesquisa possui natureza qualitativa, já que atende as características básicas: utiliza-se de ambiente natural, com dados descritivos e preocupação maior com o

processo de análise (BOGDAN e BIKEN, 2003). Possui tipologia aplicada, visto que tem o propósito de que seus resultados sejam utilizados na solução de problemas da realidade (ANDER-EGG, 1978, p.33 apud MARCONI e LAKATOS, 2018, p.6). Nas pesquisas descritivas o investigador tem maior intimidade com o tema analisado por já existirem materiais prévios disponíveis, e sua colaboração é favorecer com um novo entendimento sobre uma realidade já estudada e tem por base empregar técnicas padronizadas para coleta de dados (GIL, 2012).

Com base neste delineamento da pesquisa, o referencial teórico foi concebido por meio de busca em periódicos científicos e a literatura recente para contextualizar o problema e analisar as possibilidades presentes na literatura vigente. A base de busca para os artigos foi a partir do repositório Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Visualizando uma análise de conteúdo foi realizada em primeiro momento uma pesquisa bibliográfica utilizando-se os termos “Assistência perinatal” e “Indução” e “Alto risco”. Esta busca inicial não alcançou resultados significativos. Decidiu-se excluir o termo Alto risco e seguir a busca com os demais termos. A pesquisa chegou a cento e quinze (115) estudos. Foram então aplicados os critérios de seleção e filtragem, para sem restrição de idioma e dez (10) anos, selecionando os documentos com texto completo disponível, assunto principal que referisse a assistência perinatal, serviços de saúde materna, parto obstétrico, papel do profissional, qualidade da assistência à saúde. Com isso, obtiveram-se vinte e nove (29) estudos, e após a leitura dos títulos e resumos foram selecionados dezenove (19) destes.

Após leitura criteriosa, foram excluídos outros seis (06) estudos que desconversaram com a temática e objetivos desta pesquisa, restando portanto, treze (13) estudos com abordagens sobre os cuidados de gestantes e puérperas, relacionando com a indução. Outros critérios utilizados para exclusão de estudos, foram aqueles que não estavam relacionados aos serviços públicos de saúde e a assistência pública de saúde, retirando-se estudos de partos em casa por serviços privados, ou de países cuja realidade do estudo diferiram em demasia com as condições de saúde do Brasil, e também que apareceram de maneira repetida nos resultados de busca.

Figura 1. Pesquisa bibliográfica, primeiro momento, BVS, 2018.



Fonte: Autora.

Nos resultados obtidos e utilizados no primeiro momento de busca, não foram encontrados temáticas que sustentasse o assunto acerca do trabalho multiprofissional, por isso, um segundo momento de averiguação foi realizado através de uma busca pela BVS, com os termos “Trabalho de Parto” e “Equipe Multiprofissional”, que são os termos disponíveis na plataforma para estudos com conteúdos voltados para assistência multiprofissional na assistência ao trabalho de parto. Alcançados duzentos e oitenta e quatro (284) documentos, sendo cento e trinta e quatro (134) sem restrição de idioma em dez (10) anos. Os resultados obtidos não expressaram a temática Equipe multiprofissional, apresentando apenas estudos ligados a profissionais médicos, enfermeiras e enfermeiras obstetras/parteiras, quando ideia de equipe de saúde, sem a presença dos demais núcleos profissionais observado nos documentos obtidos da busca. Alguns poucos estudos derivados da representação uniprofissional apareceram, relacionado a profissionais fisioterapeutas, não estabelecendo ligação com o quesito multiprofissional priorizado, com abordagens a assuntos outros que não a indução do parto de mulheres. Para encontrar estes estudos mencionados foram analisados os títulos e resumos dos resultados obtidos.

Estas buscas originam um pano de fundo para a utilização e entendimento da análise do processo de trabalho utilizado pela equipe do Centro Obstétrico (CO) do HUSM, de modo

a entender as possíveis intervenções multiprofissionais a serem destacadas na assistência desta mulher em indução do parto.

2.2.1 Metodologia da análise de processos: fluxograma analisador

Seguindo-se desenvolvimento do estudo, com a finalidade de estudar o processo de trabalho no cuidado multiprofissional a essas gestantes em indução, utilizou-se como método investigativo o recurso da análise de processo. Como instrumento para isso, foi aplicado o fluxograma analisador, ou fluxograma descritor. Inseriu-se a descrição desse processo de trabalho através da cartografia, com desenho do caminho desta mulher no serviço quando submetida ao procedimento da indução do parto. O fluxograma analisador é uma ferramenta que tem pretensão de ampliar a compreensão do processo de trabalho, neste caso em saúde, com foco centrado no usuário do serviço. É um diagrama, aproveitado por diversos campos de conhecimentos para criar um desenho de organização e um conjunto de processos que se vinculam em torno de uma determinada produção. Para entendimento, os símbolos dispostos na construção e desenho nesse tipo de esquema são padronizados universalmente, onde a elipse representa o começo da cadeia produtiva, a entrada, e o fim ou saída do processo analisado. O retângulo coloca-se quando se demonstra realização de etapas importantes do processo dentro desta cadeia, onde se realizam ações definidas de consumo do serviço ofertado, abrindo-se novas etapas na cadeia disposta. O losango concebe os momentos da cadeia de produção onde há decisões em momentos-chave para direcionamento de caminhos a serem seguidos. As decisões estão dispostas normalmente após as etapas, traçando-se então um percurso, ou percursos, disponíveis para as etapas seguintes até a saída ou reinserção no processo. Considera-se que qualquer serviço assistencial de saúde pode ser encaixado na utilização desses símbolos para sequenciação de uma análise de processo de saúde (FRANCO e MERHY, 2013).

A análise realizada com este instrumento neste presente estudo vai restringir-se ao processo de trabalho em torno da indução de parto das gestantes atendidas no centro obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM. Esse fluxograma apresentado na Figura 2, foi desenhado a partir do conhecimento da autora acerca do funcionamento do serviço citado, após atuação como profissional residente no local mencionado. Não ocorreram entrevistas ou grupos para montagem do fluxograma exposto na Figura 2, confeccionado a partir da memória e experiência em atuação no ambiente de trabalho mencionado.

2.3 RESULTADOS

A busca de estudos científicos teve como propósito encontrar aqueles que se detivessem na temática da assistência multiprofissional às mulheres em indução de trabalho de parto. Dentre os achados, obtidos de acordo com o que foi ilustrado na metodologia, foi possível encontrar padrões nos assuntos e realizar uma categorização, onde um mesmo estudo poderia aparecer em mais de uma classificação. A categorização demonstra os argumentos e objetos encontrados nas pesquisas científicas obtidas, com a seguinte disposição de tópicos: Cuidados assistenciais às mulheres em indução - 04 estudos; Consequências da indução – 01 estudo; Recomendações por diretrizes, protocolos e políticas – 03 estudos; Educação em saúde de pacientes e decisão informada – 02 estudos; Cuidado das mulheres em indução com condições/patologias específicas – 04 estudos; Atividades interprofissionais na assistência à mulher em indução – 01 estudo. Os resultados destes estudos são, portanto, discutidos conforme a semelhança dos temas, trazendo as contribuições dos autores a partir das publicações obtidas.

Apesar de saber-se que existem cuidados que podem ser utilizados de núcleos profissionais diferentes, a literatura não mostra estudos abordando mais que o trabalho do médicos e da equipe de enfermagem, existindo nesse quesito, portanto, uma lacuna. A descrição do trabalho de parto e processo de indução com atuação de profissionais de núcleos variados tais quais, psicólogos, fisioterapeutas, terapêutas ocupacionais e nutricionistas não se encontra descrita como atuação em equipe, nos estudos achados pelas buscas realizadas para este estudo.

2.3.1 Categoria 1 - Cuidados assistenciais às mulheres em indução

Para a primeira categoria mencionada, os estudos apontam em seu escopo abordagens de cuidados assistenciais às mulheres em indução de trabalho de parto. Mahlmeister et al. (2008) discorre sobre os cuidados assistenciais na administração da ocitocina durante a indução, alertando por tratar-se de agente terapêutico de alto risco e com potencial para causar danos caso administrado incorretamente, exigindo o desenvolvimento de práticas ultra-seguras através de desenvolvimento de protocolos para esse método. Ainda sobre a assistência com essa droga, os autores mencionam a importância do entendimento dos padrões anormais de contração uterina, mais especificamente pelos enfermeiros que acompanham essas

mulheres. Esse aprendizado é necessário para intervenção e correção destes padrões anormais de contração.

Os mesmos autores também propõe que seja utilizada como definição de hiperestimulação do útero um padrão de mais de cinco contrações num intervalo de dez minutos em um período de vinte a 30 minutos, ou contrações únicas com duração de dois minutos ou mais ou com intervalo dentro de um minuto uma da outra. Mais uma medida de assistência nesse procedimento, mencionada pelos autores, é a recomendação de que após altas doses de ocitocina, que podem elevar o tônus de repouso das contrações uterinas, esta deva ser descontinuada por um tempo de trinta minutos à uma hora quando houver caracterização de regulação decrescente de receptores da droga, com posterior utilização de bólus de solução de Ringer lactato, para o restabelecimento da atividade uterina quando houver a reinfusão do indutor. Mahlmeister et al. (2008) ainda incluem como medida de segurança na assistência a saúde, que os checklists ou protocolos que podem ser utilizados nesse método não devam limitar-se a documentação em prontuário de informações como o consentimento informado, a idade gestacional, peso fetal estimado, altura do fundo uterino e a avaliação da pelve materna por ultrassonografia ou avaliação clínica e estado do colo do útero, devendo portanto, serem incluídos também o registro da pontuação de Bishop, a apresentação fetal, a atividade uterina e a evidência de bem-estar fetal.

Seguindo na categoria de cuidados assistenciais, o estudo de Petersen et al. (2011), evidencia que vários tipos de intervenção durante o parto, como por exemplo amniotomia, aumento da ocitocina ou analgesia neuroaxial, são iniciados mais cedo do que deveria em quando relacionado quando é aplicado o partograma. Outro realce é sobre o tempo de aumento da ocitocina, que pode ser praticado de maneira não sistemática.

Henderson e Redshaw (2013) investigam em seu estudo a experiência das mulheres na indução do parto e concluem como as mulheres geralmente ficam menos satisfeitas com seus cuidados durante a indução de modo que os serviços devem estar atentos para atender cuidados adicionais, como uma melhor assistência no alívio da dor associada ao monitoramento realizado em posição desconfortável. Este estudo traz também a colocação da ansiedade ligada ao atraso do início do procedimento de indução, ilustrando a importância de uma boa comunicação, confiança e apoio.

Um dos estudos obtidos e categorizados neste conjunto foi o das recomendações da OMS (2015) com as principais mensagens relacionadas ao aumento do trabalho de parto, onde traz uma série de indicações para vigilância e monitoramento adequados, redução de intervenções inadequadas e afastamento de práticas não benéficas, que em resumo trazem

sobre: o reforço ao uso do partograma e diminuição dos exames vaginais digitais - com intervalo de quatro horas; não utilização de antiespasmódicos, o alívio da dor ou uso de fluidos de maneira indiscriminada para prevenir, retardar ou reduzir o trabalho de parto; orientação da utilização racional da ocitocina e da amniotomia apenas quando há um atraso confirmado; não utilização da cardiocografia interna diante seus potenciais danos; não utilização de pacotes de intervenções para prevenir o atraso no trabalho, sem devido estudo para cada caso das técnicas largamente utilizadas - aumento precoce da ocitocina, uso de ocitocina para prevenção do atraso do parto em mulheres que recebem anestesia peridural, utilização de altas dosagens iniciais de ocitocina, e do misoprostol via oral. A Organização Mundial de Saúde (OMS) através desse documento ressalta ainda que deve ser organizado ambiente propício para a utilização destas mensagens, com a mudança de comportamentos dos profissionais e gerentes com práticas baseadas em evidências.

2.3.2 Categoria 2 - Consequências da indução

Para esta categoria, os estudos abordam sobre as consequências trazidas pela indução. O estudo de Simpson (2010) destaca os aspectos que devem ser observados antes do início da indução. A indução eletiva deve ser bastante ponderada com os fatores de necessidade e risco, pois pode parecer ser um procedimento conveniente para médicos, pacientes e instituições, quando na verdade pode ser longo, frustrante e desgastante, o que pode implicar em: nascimento bebês antes do tempo adequado; trabalho de parto com tempo prolongado desnecessário; exposição das pacientes a medicação de alto alerta para uso; risco de cesariana dispensável; e a morbidade materna e neonatal. Além destes listados, descreve como esse procedimento incorre numa cascata de intervenções que se agrupam a cada método, como a utilização de acesso intravenoso, monitoramento fetal eletrônico contínuo, confinamento da mulher ao leito, amniotomia, drogas estimulantes do trabalho, analgésicos parenterais e anestesia regional, sendo que cada um destes tem seu potencial complicador e o risco de dano iatrogênico a criança. A autora ainda agrega a maior probabilidade de mulheres nulíparas o principal risco de falha da indução e a utilização do parto cesáreo como desfecho, que é um procedimento de maiores custos de cuidados à saúde, com maior tempo de internação e risco de morte materna. Ademais, as mulheres que passam pela indução, têm maior chance de em próxima gestação apresentar anormalidades placentárias.

Simpson (2010) balizou como projeto de melhoria para a qualidade da indução a assistência de uma enfermeira para cada duas pacientes que estejam induzindo trabalho de parto, sendo esse fator consistente com os cuidados seguros e eficazes.

2.3.3 Categoria 3 - Recomendações por diretrizes e protocolos

Na categoria de recomendações por diretrizes, protocolos e políticas, Bingham e Main (2010) ressaltam em sua averiguação que os discursos baseados em comunicação, educação formal e informal e dados das auditorias são estratégias eficazes empregadas para implementação de mudanças nas unidades de maternidades que pretendem realizar implementação de protocolos e diretrizes nos processos de indução. Pela segurança das pacientes, baseadas em diretrizes a serem adotadas pelos serviços, os autores citam que o emprego de listas de verificação mostram-se promissoras, incluindo aí listas de verificação de pacotes de segurança para ocitocina, critérios para indução eletiva, condutas para parto à vácuo e para a utilização do misoprostol. Essas medidas, quando implementadas devem ser realizadas por líderes de equipe capacitados, tenazes e criativos para ter maior impacto de eficácia.

Akinsipe, Villalobos e Ridley (2012) corroboram com os achados do estudo anterior, pois concluem em seu trabalho que a implementação de medidas para a diminuição de falhas do trabalho de parto, utilizando-se de recomendações para mudanças e a implementação de políticas para melhoria dos processos é mais eficaz do que a falta de padronização da indução do trabalho eletivo.

2.3.4 Categoria 4 - Educação de pacientes/decisão informada

Esta categoria lida com os estudos que apareceram com os assuntos de educação das pacientes e decisão informada. Berger, Schwarz e Heusser (2015) salientam a necessidade urgente de intervenções que facilitem o fornecimento de informações sobre vários procedimentos perinatais, sobretudo os realizados dentro do cuidado intraparto. Os autores trazem dados de um estudo qualitativo de mulheres grávidas e suas objeções contra a indução do parto que, no entanto, depois de terem passado da data estimada mudaram de ideia quanto à utilização de ajuda para iniciar o parto. Baseados na abstração de que a transparência das evidências fazem parte da gestão das incertezas, os autores concluem que as pacientes devem

possuir auxílio de decisão no que refere a saúde individual e bem-estar, com oportunidades genuínas de esclarecimentos de valor.

2.3.5 Categoria 5 - Cuidados as mulheres em indução com condições/patologias específicas

Para esta categorização, descreve-se estudos cujo cerne possuem indicações de observação aguçada sobre suas condições específicas no que diz respeito aos cuidados intraparto e na indução. Hildingsson e Thomas (2012) resultados perinatais em mulheres com alto índice de massa corporal (IMC), onde demonstram que o alto IMC foi associado à indução com cesárea de emergência. No estudo eles demonstram que estas mulheres possuíram resultados de atitudes mais negativas em relação à gestação, com maior probabilidade de desfecho em recém-nascidos com maior peso ao nascer que requerem cuidados intensivos neonatais em comparação com a população de menor IMC. Ainda sobre a condição de obesidade em gestantes, Kobayashi e Lim (2015) também trazem a informação de que gestantes com alto IMC têm maior chance de indução, pois baseado na fisiologia estas mulheres não conseguem chegar ao trabalho de parto espontâneo quando comparadas às mulheres com IMC normal, com taxa significativa destas com desfecho por cesárea após indução. Chamam atenção para o tratamento multiprofissional destas gestantes. Chamam atenção para medidas específicas em relação a indução das gestantes com altos IMCs, como o uso de equipamentos apropriados, com laterais de transferência e camas, macas e mesas cirúrgicas apropriadas para o atendimento destas gestantes pela segurança de lhes ofertar um processo de indução, parto e pós parto seguro, bem como. Os autores ponderam ainda que, as gestantes obesas em trabalho de parto devam ser continuamente monitoradas, monitoramento fetal eletrônico, devido seu risco aumentado de eventos adversos ligados a patologias pela obesidade.

Na experiência do estudo de Packard e Mackeen (2015), são nomeados cuidados específicos às mulheres com ruptura prematura das membranas (RUPREME) durante a indução, recomendando após seus resultados a utilização de indução destas gestantes já na fase de apresentação, com altas doses de ocitocina, porém com melhores resultados para prostaglandinas via vaginal no amadurecimento cervical e desfecho vaginal. Reforçam a recomendação de que o amadurecimento cervical e uma pontuação de Bishop acima de oito é um fator que deve ser considerado na preparação para indução, mesmo para as RUPREME com colo desfavorável. Indica ainda que estas mulheres quando iniciadas indução com cateter

Foley possuem um intervalo de desfecho em parto menor e menor incidência de corioamnionite relacionadas as que iniciaram com misoprostol. Packard e Mackeen (2015) esclarecem que o manejo dessas mulheres requerem uma abordagem individualizada e que a favorabilidade do colo do útero desempenha papel importante no processo de seleção de um método para a indução em conjunto com agentes de maturação cervical. Os autores concluem que deve-se levar em conta a saúde geral incluindo resultados a curto e longo prazos, tanto para mãe quanto para o bebê.

No estudo que relaciona a indução em mulheres com doenças mentais graves, Frayne et al. (2014) oferecem a possibilidade de que algumas mulheres dessa condição de adoecimento mental podem beneficiar-se de um plano de indução planejado, em vista da diminuição da ansiedade para estas mulheres que possuem baixa tolerância à frustração e ansiedade. A indução nestes casos pode ser complexa e os fatores psiquiátricos devem ser considerados, bem como os fatores obstétricos, fetais e condições patológicas prévias. Nesse sentido salientam a importância de um modelo colaborativo de acompanhamento entre os profissionais que a atendem, entretanto, julgam que mais pesquisas desse tópico devem ser realizadas.

2.3.6 Categoria 6 - Atividades interprofissionais na assistência à mulher em indução

Nesta categoria, que aproveita o estudo ligado às abordagens multiprofissionais na assistência a mulher em indução, conseguiu-se estabelecer vínculo com apenas um estudo dos selecionados. Shaw-Battista et al (2011) em seu documento trazem essa assistência e prática dos médicos e enfermeiras obstetras, no trabalho em conjunto numa prática colaborativa que maneja uma práxis baseada em educação pré-natal extensiva, tomada de decisão compartilhada e uso ponderado de intervenções obstétricas fundamentado em diretrizes baseadas em evidências, acreditando-se a métodos de cuidados de baixa tecnologia, com limitação do uso dos métodos farmacológicos para alívio da dor e das intervenções obstétricas.

Esses cuidados incluem uma filosofia reciprocamente acentuada em cuidados maternos colaborativos e uma lista de aspectos organizacionais e administrativos, com cinco conceitos-chave que sustentam esse modelo de atenção, tal como foi mencionado pelos autores no estudo: filosofia de que o trabalho de parto deve começar espontaneamente e progredir sem intervenção; educação pré-natal extensiva para o preparo das mulheres para o parto e entendimento dos métodos de alívio da dor disponíveis, incluindo os não

farmacológicos afim de aumentar o enfrentamento dos desafios do trabalho de parto; apoio amplo prático nos partos assistidos e acompanhados por enfermeiras, enfermeiras obstétricas, doulas e voluntários; adesão de maneira uniformizada das diretrizes clínicas baseadas em evidências desenvolvidas mutuamente; e obstetras crentes nesse modelo de prática, experientes em facilitar o parto normal assistido por enfermeiras obstetras.

O modelo de trabalho em saúde utiliza-se de diretrizes clínicas bem estabelecidas com condições específicas, preza por ser centrado no respeito às paciente e nas suas escolhas quando aceitam ou recusam intervenções após discussão e consentimento informado. Trata-se de processos de trabalho com forte missão compartilhada em oferecer cuidados eficazes, seguros e satisfatórios, com custo efetivo para melhoria da saúde pública e benefício da comunidade. Concluem ainda que, as atividades interprofissionais contribuem para a coesão cultural e respeito mútuo. Estas atividades incluem educação continuada, treinamento clínico, simulações de emergência em equipe e administração compartilhada de melhoria de qualidade das atividades, com reunião trimestral para facilitar uma discussão contínua de valores e promoção de consistência de cuidado e adesão às diretrizes, bem como a revisão em tempo de pesquisa para informar o manejo clínico.

Kobayashi e Lim (2015) em seu estudo acerca de mulheres obesas e seus cuidados na indução e parto, que comparece na Categoria 1, também mencionam a necessidade para o tratamento multiprofissional destas gestantes. Henderson e Redshaw (2013) que também comparece na Categoria 5, também aludem à assistência multiprofissional para manejo e gerenciamento da, não pela apresentação de patologia, mas na condição de procedimento de saúde preocupante que a mulher passa.

2.4 DISCUSSÃO

As metodologias qualitativas utilizadas em estudos visam analisar microprocessos por meio de ações sociais, realizando um exame dos dados em que o investigador participe ou não da comunidade pesquisada (MARTINS, 2004). Para esta análise é necessário conhecer esse processo de trabalho, para a realização do mapeamento dos seus passos. O processo a ser descrito ocorre no Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O CO é uma unidade hospitalar de atendimento de emergências obstétricas - considerada “porta aberta”, responsável em especial pelo atendimento de gestantes.

A gestante chega ao serviço por demanda espontânea ou através do encaminhamento de outros serviços de saúde do município e região. Quando no serviço, a gestante é acolhida e

classificada por uma enfermeira do serviço de acordo com seu risco, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) em seu Protocolo de Classificação de Risco. Este protocolo foi organizado de modo a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência em obstetrícia (BRASIL, 2014). Após avaliação e classificação, aguarda o atendimento pela equipe médica de acordo com a ordem de prioridades segundo a classificação de risco. Na avaliação médica, essa gestante será tratada segundo suas necessidades de saúde para restabelecimento e continuidade de sua gestação, muitas vezes não necessitando de internamento, ou caso haja necessidade, será internada para tratamento ou de acordo com suas condições para realização do parto. Gestantes que são internadas mas que não passaram pelo parto, estando apenas em tratamento e continuidade da gestação poderão ser admitidas posteriormente na Unidade Toco-Ginecológica do HUSM para continuidade do seu tratamento ou resolução da sua gestação, sendo devolvidas para as Unidades Básicas de Saúde (UBS). As gestantes em trabalho de parto, as que foram avaliadas e passíveis de entrar no processo de indução do trabalho de parto ou que serão submetidas ao parto cesáreo, seguem internadas nesta unidade para resolução da sua gestação. Após o desfecho do parto e avaliações necessárias, a mulher e seu bebê(s) diante avaliação positiva, ganha alta do serviço para recuperação pós-parto na Unidade Toco-Ginecológica do HUSM.

Franco e Merhy (2013), em seu estudo sobre o trabalho em saúde descrevem como a construção do fluxograma pode dar-se de forma coletiva, com o registro da memória da equipe que faz o atendimento, dos passos seguidos pelos usuários durante a resolução do seu problema de saúde. Baseado nesta colocação, o fluxograma analisador, referido por este estudo na Figura 2, foi desenhado com o registro de memória, após atuação no espaço mencionado, demonstrando o trajeto que já existe no serviço num processo de trabalho que já ocorre naquele espaço, citando graficamente portanto, profissionais que atuam normalmente naquelas situações mencionadas no fluxograma. A descrição se atém às gestantes que entram no serviço e que podem caminhar para indução do parto. A intencionalidade do seu uso é devida a representação gráfica do processo de trabalho de modo a elucidar a assistência e inserção da gestante em indução do parto no serviço mencionado, consentindo uma visão perspicaz que permite a detecção dos momentos de produção da assistência em saúde pelos profissionais atuantes nesse campo.

2.4.1 Fluxograma analisador

O fluxograma analisador representado na Figura 2 retrata a entrada da gestante no serviço de emergência obstétrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A descrição visa focalizar as gestantes que passam pelo serviço e podem ser encaminhadas para o procedimento de indução do parto, não descrevendo graficamente os outros possíveis desfechos que ocorrem, tais como emergências obstétricas com e sem parto ou aborto, por exemplo, bem como as situações de estabilização da condição de gestante em outras patologias que podem prejudicar o curso da gestação.

A gestante dá entrada no serviço, representada pela elipse, encaminhada ou por livre demanda. É avaliada por uma enfermeira do serviço e é classificada e atendida de acordo com o risco, por uma enfermeira do serviço, para posterior atendimento da equipe médica por ordem de prioridade (risco/urgência/emergência). Caso seja emergência passa diretamente para atendimento e procedimentos cabíveis, com estabilização, tratamento e controle ou resolução da gestação, com desfecho – parto vaginal (PV) ou parto cesárea (PC). É atendida pela equipe médica, na qual avalia a necessidade de internação ou não, e em não se internando essa gestante, ela sai – recebe alta, do serviço. Quando internada, é avaliada suas condições que terão desfecho para PV espontâneo, PC ou indução para desfecho de parto. Examinada a condição da gestante para indução, pela necessidade e condições para o procedimento. Eleito a escolha do método a ser utilizada, essa gestante entra em indução de trabalho de parto.

O colo é avaliado e o Bishop é considerado, se colo favorável e Bishop > 6 , ela é monitorizada em indução do parto, podendo ser utilizada Ocitocina ou sonda Foley para indução, caso tenha progresso a gestante - onde o processo de decisão é caracterizado pelos losangos, evolui para parto vaginal, caso não tenha progresso, ocorre a falha da indução e a gestante é encaminhada para cesárea. Se Bishop < 6 - novamente o losango em duas ações representadas por Sim ou Não, é realizado o amadurecimento do colo uterino, se o Bishop progride pode ser induzida, com desfecho para PV caso progresso e PC quando não progride. Posterior aos desfechos de parto, seja vaginal ou cesáreo, a puérpera pode dar saída do serviço, de acordo com as devidas condições de alta que se é exigido.

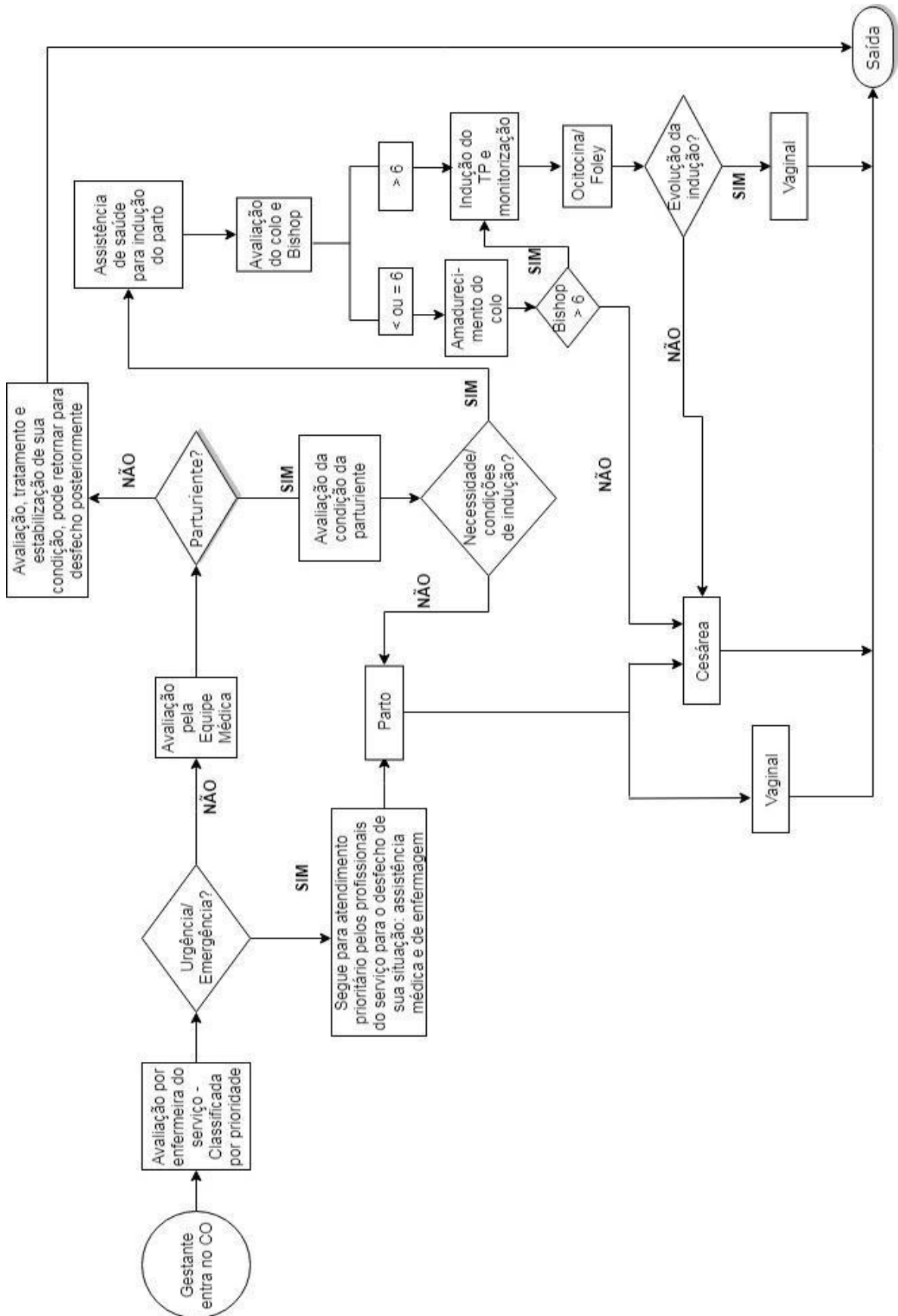
Na ferramenta analisadora do fluxograma, além de buscar diagramar e assim realizar um desenho de atendimento em saúde com a representação do que sucede no atendimento da indução do parto em um centro obstétrico, descrevendo o processo assistencial que ocorre é possível visualizar e detectar intervenções que podem ser praticadas por todos profissionais presentes no ambiente.

Os momentos de decisão, representados no fluxograma em “S” sim e “N” não, na assistência às mulheres que passam pela indução do parto, Figura 2, permitem conceber momentos para a atuação dos profissionais com a utilização de tecnologias leves que promovam maior conforto no seu processo. A indução é um processo demorado, que tem a possibilidade de falhar, o que traz a mulher à sensação de fracasso. Com isso, e antes disso os profissionais de saúde podem fazer-se presentes para atuação significativa.

A monitorização, a conversa, uma escuta ativa, o acolhimento, o alívio da dor, a observação e atendimento das demandas dessa gestante, a avaliação da sua condição de saúde, o esclarecimento das dúvidas e ações educativas necessárias a ocasião, durante o processo de indução, podem ser ações praticadas tanto de modo individual, como de maneira coletiva e multiprofissionalmente, sendo uma ação que pode partir de qualquer participante da equipe de saúde do local. Aos residentes multiprofissionais presentes no local de atuação, representando as profissões da enfermagem, fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, serviço social e terapia ocupacional, podem exercer às mulheres em indução do parto abordagens diversas que resolvessem demandas por elas apresentadas, abarcando assim cuidados que intervêm de maneira integral na resolução de questões que influenciam na saúde como um todo.

Aos estudos avaliados a partir da pesquisa bibliográfica, mencionada anteriormente, para servir de base de discussão e arcabouço de cuidados durante a indução do parto, não foram encontrados abordagens pertinentes que correspondem a ações de profissionais de variados núcleos profissionais, estabelecendo-se portanto, uma lacuna de conhecimento nos termos de busca apresentados aqui.

Figura 2 – Fluxograma Analisador do processo de indução da mulher em um serviço de atendimento obstétrico



Fonte: autora.

3. CONCLUSÃO

O presente estudo realizou uma análise do processo de trabalho de uma unidade de emergência obstétrica diante a assistência da indução do trabalho de parto de gestantes usuárias do serviço. Como aporte embasador, foram categorizados estudos através da revisão dos documentos apresentados em categorias, como forma de visualização deste processo de trabalho. Com isso foi possível perceber variadas abordagens para essa assistência em saúde, embora tenham comparecido de maneira bastante tecnicista, restrita a procedimentos específicos da indução, com pouca aproximação do contexto compartilhado através de ações multiprofissionais. São muitos os estudos que ocupam-se em ordenar os tópicos de auxílio ao contexto fisiológico no que diz respeito ao mecanismo de indução destas mulheres.

O fluxograma analisador utilizado, demonstrou-se como ferramenta rica para avaliação do contexto da assistência em saúde, permitindo uma aproximação mais minuciosa de conhecimento desses espaços e suas abordagens ao mesmo tempo que permite o distanciamento analítico. Foi possível, através dele conceber os momentos de possibilidade em intervenção interdisciplinar, bem como o desenho da caminhada da paciente usuária que recebe essa atenção até seu desfecho. É factível que este estudo permita a profissionais envolvidos nesta linha de cuidado pensarem de maneira aberta às abordagens transdisciplinares possíveis no dia-a-dia de um serviço que busca a excelência da assistência prestada.

Neste trabalho, percebe-se a necessidade de estudo, implementação e divulgação de práticas centradas em núcleos profissionais diversificados quando na atuação da assistência a indução do parto. Encontrou-se a lacuna da abordagem multiprofissional na assistência em saúde dessas mulheres que passam pelo processo de indução nos serviços de emergência obstétrica, nas condições utilizadas para as buscas deste estudo, o que revela uma lacuna, com necessidade de pesquisa mais aprofundada de maneira que a temática possa ser melhor averiguada. O que foi possível, através da análise dos textos e do processo com a descrição por meio do fluxograma analítico para essa assistência em saúde específica, foi apontar os momentos, que no fluxograma representou-se pelos momentos de decisão graficados pelo “Sim” e “Não”, onde pode ser realizada uma ação por qualquer que seja a delimitação nuclear profissional, com benefício das pacientes, em vista de promover sucesso na sua assistência integral.

REFERÊNCIAS

- AKINSIPE, D. C.; VILLALOBOS, L. E.; RIDLEY, R. T. A systematic review of implementing an elective labor induction policy. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 41, n. 1, p. 5-16, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0884217515310340>>. Acesso em: 04 Dez. 2018.
- ANGULO-TUESTA, A. et al. Saberes e Práticas de Enfermeiros e Obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, n.5, pp.1425-1436. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500021>>. Acesso em: 10 Nov. 2018.
- BERGER, B.; SCHWARZ, C.; HEUSSER, P. Watchful Waiting Or Induction Of Labour—A Matter Of Informed Choice: identification, analysis and critical appraisal of decision aids and patient information regarding care options for women with uncomplicated singleton late and post term pregnancies: a review. **BMC complementary and alternative medicine**, v. 15, n. 1, p. 143, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25947100>>. Acesso em: 04 Dez. 2018.
- BINGHAM, D.; MAIN, E. K. Effective implementation strategies and tactics for leading change on maternity units. **The Journal of perinatal & neonatal nursing**, v. 24, n. 1, p. 32-42, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20147828>>. Acesso em: 04 Dez. 2018.
- BOGDAN, R. S.; BIKEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. 12.ed. Porto: Porto, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 03 Out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 02 Out. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf>. Acesso em: 15 Nov. 2018.
- CNATTINGIUS, R.; HÖGLUND, B.; KIELER, H. Emergency cesarean delivery in induction of labor: an evaluation of risk factors. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, 2005, v. 84, n. 5, 456-462. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15842210>>. Acesso em: 05 Out. 2018.

CUNHA, A. A. Indução do trabalho de parto com feto vivo. **Femina** [Internet], 2010, v.38, n.9, p. 469-80. Disponível em: <[http://files.bvs.br/ upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf)>. Acesso em: 03 Out. 2018.

DeCS. **Descritores em Ciências da Saúde**. 2018. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2018. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em 22 de dez. 2018.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. **O Reconhecimento de uma Produção Subjetiva do Cuidado**. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos São Paulo: Hucitec; 2013.

FRAYNE, J. et al. Severe Mental Illness and Induction Of Labour: outcomes for women at a specialist antenatal clinic in Western Australia. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 54, n. 2, p. 132-137, 2014. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ajo.12143>>. Acesso em: 04 Dez. 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

HENDERSON, J.; REDSHAW, M. Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 92, n. 10, p. 1159-1167, 2013. Disponível em: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12211>>. Acesso em 05 Dez. 2018.

HILDINGSSON, I; THOMAS, J. Perinatal outcomes and satisfaction with care in women with high body mass index. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 57, n. 4, p. 336-344, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1542-2011.2011.00141.x>>. Acesso em: 04 Dez 2018.

KOBAYASHI, N.; LIM, B. H. Induction of labour and intrapartum care in obese women. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 29, n. 3, p. 394-405, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693414002041>>. Acesso em: 05 Dez. 2018.

LAWANI, O.L et al. Obstetric Outcome and Significance of Labour Induction in a Health Resource Poor Setting. **Obstetrics and Gynecology International**, v. 2014, 2014. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2014/419621/>>. Acesso em: 9 dez. 2018.

LIMA, B. C. S, et al. Feelings amongst high-risk pregnant women during induction of labor: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing** [internet] 2016, v: 15, n: 2, p. 254-264. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5484>>. Acesso em: 04 Out. 2018.

MAHLMEISTER, L. R. Best practices in perinatal care: evidence-based management of oxytocin induction and augmentation of labor. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 22, n. 4, p. 259-263, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19011488>>. Acesso em: 05 Dez. 2018.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 8. Ed. [2. Reimpr.]. São Paulo: Atlas, 2018.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educ. Pesqui.** [online]. 2004, vol.30, n.2, pp.289-300. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>>. Acesso em: 20 Dez. 2018.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Manual (pós-graduação) – Universidade Federal de Goiás, 2011.

PACKARD, R. E.; MACKEEN, A. D. Labor induction in the patient with preterm premature rupture of membranes. In: **Seminars in Perinatology**. WB Saunders, 2015. p. 495-500. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0146000515000877>>. Acesso em: 05 Dez. 2018.

PETERSEN, A. et al. The timing of interventions during labour: descriptive results of a longitudinal study. **Midwifery**, v. 27, n. 6, p. e267-e273, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001786>>. Acesso em: 05 Dez. 2018.

SCAPIN, S. Q. et al . Indução de Parto em um Hospital Universitário: métodos e desfechos. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 1, e0710016, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100300&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 Dez. 2018.

SHAW-BATTISTA, J. et al. Obstetrician and nurse–midwife collaboration: successful public health and private practice partnership. **Obstetrics & Gynecology**, v. 118, n. 3, p. 663-672, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21860298>>. Acesso em: 04 Dez. 2018.

SIMPSON, K. R. Reconsideration of the costs of convenience: quality, operational, and fiscal strategies to minimize elective labor induction. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**, v. 24, n. 1, p. 43-52, 2010. Disponível em: <<https://pqnc-documents.s3.amazonaws.com/sivbdoc/sivbeb/17ReconsideringCostsofConvenienceSimpsonJournalofPerinatalandNeonatalNursing2010.pdf>>. Acesso em: 04 Dez. 2018.

SOUZA, A. S. R. et al. Indução do Trabalho de Parto: conceitos e particularidades. **Revista Femina**, v. 38 n. 4, p. 185-194, abr, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>>. Acesso em: 09 Dez.2018.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto , v. 24, n. 2, p. 681-693, jun. 2016 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Nov.2018.

WEIDLE, W. G. et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 46-53, Mar. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2014000100046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Recomendações para o aumento do trabalho de parto Destaques e principais mensagens das recomendações globais de 2014 da Organização Mundial da Saúde. WHO, 2015. Disponível em: <<https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/ANCOverviewBrieferletterPG.pdf>>. Acesso em: 04 Dez. 2018.

ZUGAIB M. **Obstetrícia**. 3.ed. São Paulo: Manole, 2016.