

Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento

Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care

Enfermería Obstétrica en las buenas prácticas de la asistencia al parto y el nacimiento

Thales Philipe Rodrigues da Silva¹

ORCID: 0000-0002-7115-0925

Érica Dumont-Pena¹

ORCID: 0000-0003-1220-6041

Ana Maria Magalhães Sousa¹

ORCID: 0000-0002-7096-592X

Torcata Amorim¹

ORCID: 0000-0002-9177-9958

Luísa Castanheira Tavares¹

ORCID: 0000-0002-5651-273X

Débora Cabral di Pietra Nascimento¹

ORCID: 0000-0002-1643-4001

Kleyde Ventura de Souza¹

ORCID: 0000-0002-0971-1701

Fernanda Penido Matozinhos¹

ORCID: 0000-0003-1368-4248

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva TPR, Dumont-Pena E, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCP, et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):235-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>

Autor Correspondente:

Fernanda Penido Matozinhos
E-mail: nandapenido@hotmail.com



RESUMO

Objetivo: avaliar a associação da Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento em maternidades. **Método:** estudo transversal, com 666 mulheres selecionadas por ocasião da realização de parto. As práticas obstétricas realizadas pelos profissionais que assistiam o processo de parturição foram categorizadas em: práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas e práticas usadas de modo inapropriado no momento de parturição. **Resultados:** práticas claramente úteis foram utilizadas em maiores proporções nos hospitais que possuíam a Enfermagem Obstétrica atuante, enquanto práticas claramente prejudiciais e aquelas usadas de modo inapropriado foram praticadas em menores proporções em hospitais que possuíam a Enfermagem Obstétrica, ambas com diferença estatística. **Conclusão:** instituições com Enfermagem Obstétrica adotam melhores práticas de atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas, quando comparadas às que ela não atua. **Descritores:** Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto; Parto; Parto Humanizado; Obstetrícia; Nascimento.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the association of Obstetric Nursing in the best practices of delivery and birth care in maternity hospitals. **Method:** a cross-sectional study, with 666 women selected for delivery. Parturition obstetric practices performed by professionals were categorized into: clearly useful practices that should be encouraged, practices that are clearly harmful or ineffective and that should be eliminated and practices used inappropriately at the time of parturition. **Results:** clearly useful practices were used in greater proportions in the hospitals that had Obstetric Nursing working, while clearly harmful practices and those used inappropriately were practiced in smaller proportions in hospitals that had Obstetric Nursing, both with statistical difference. **Conclusion:** institutions with Obstetric Nursing adopt better practices of delivery and birth care, based on scientific evidence, when compared to those that do not act.

Descriptors: Obstetric Nursing; Labor, Obstetrics; Parturition; Humanized Delivery; Obstetrics; Birth.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la asociación de la Enfermería Obstétrica en las buenas prácticas de la asistencia al parto y el nacimiento en maternidades. **Método:** estudio transversal, con 666 mujeres seleccionadas con ocasión de la realización del parto. Las prácticas obstétricas realizadas por los profesionales que asistían al proceso de parturición se clasificaron en: prácticas claramente útiles y que deben ser estimuladas, prácticas claramente perjudiciales o ineficaces y que deben ser eliminadas y prácticas utilizadas de modo inapropiado en el parto. **Resultados:** las prácticas claramente útiles fueron utilizadas en mayores proporciones en los hospitales que poseían la Enfermería Obstétrica actuante, mientras prácticas claramente perjudiciales y aquellas usadas de modo inapropiado fueron practicadas en menores proporciones en hospitales que poseían la Enfermería Obstétrica, ambas con diferencia estadística. **Conclusión:** las instituciones con Enfermería Obstétrica adoptan mejores prácticas de atención al parto y nacimiento, basadas en evidencias científicas, cuando comparadas a las que no actúa.

Descritores: Enfermería Obstétrica; Trabajo de Parto; Parto; Parto Humanizado; Obstetrícia; Nacimiento.

Submissão: 24-07-2018 Aprovação: 08-11-2018

INTRODUÇÃO

O processo de parto e nascimento compõe o ciclo de vida de muitas mulheres e, por muitos anos, tratou-se de um evento de caráter pessoal e privado compartilhado com outras mulheres, seus familiares e parteiras ou comadres. Estas, consideradas pessoas de confiança das gestantes, ou de experiência reconhecida na comunidade, exerciam a assistência ao parto a partir do saber popular e da experiência construída no interior de suas comunidades⁽¹⁾.

Com o passar dos tempos, as transformações científicas nos modos de vida consolidaram valores que privilegiam as fortes tecnologias, o benefício econômico e a ciência biologicista influenciaram de maneira significativa o cuidado prestado às mulheres durante o processo de parir. Consolidou-se, em substituição às assistências populares prestadas às mulheres, o modelo tecnocrático de assistência baseado na concepção de corpo como máquina das mulheres como objeto e de parto como um evento perigoso⁽²⁾.

O modelo tecnocrático implicou na institucionalização do parto e nascimento nos hospitais, consolidando um conjunto de práticas obstétricas padronizadas, com primazia da tecnologia sobre as relações humanas⁽³⁾. Tais práticas intervencionistas tornaram o contexto obstétrico, muitas vezes, cenário de violência e, quando realizadas sem critério ou indicação científica, podem aumentar o risco de complicações no pós-parto⁽⁴⁾. Estas culminaram numa situação denominada por "Paradoxo Perinatal", que descreve a manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal relacionadas à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas⁽⁵⁾.

É perceptível que os reflexos das intervenções abusivas atravessaram os séculos e, na atualidade, a posição do Brasil como um dos países com as maiores taxas de cesarianas representa, claramente este processo de medicalização. Diante da crescente taxa de cesáreas no Brasil desde os anos 80, pode-se caracterizar a assistência ao Trabalho de Parto (TP) e parto como excessivamente intervencionista e considerá-la um dos principais pontos de complicações no parto. Em 2016 a cesariana representou 88% das vias de nascimento nos serviços privados e 46% no Sistema Único de Saúde (SUS), alcançando uma taxa média de 52%⁽⁶⁾. Tal taxa é muito superior ao limite máximo de 15% recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁷⁾.

O risco de complicações intrínseco a este número alarmante de cesarianas, principalmente as realizadas sem indicação, contribui para o aumento das taxas de mortalidade materna. Evidências demonstram que as cesarianas, mesmo se eletivas, também estão associadas a maior prevalência de uso de antibióticos no pós-parto e aumento de nascimentos prematuros⁽⁸⁾. Ademais, as causalidades decorrentes das elevadas taxas de cesarianas representam um gasto adicional significativo para os sistemas de saúde que já estão sobrecarregados e, muitas vezes, enfraquecidos⁽⁹⁾.

A partir da década de 1980, a compreensão do uso irracional destas tecnologias, apontado pelos movimentos sociais internacionais e instituições de saúde, orientou a construção de novas políticas nas quais a inserção da Enfermagem Obstétrica foi pensada como uma potência para a transformação do modelo de atenção ao parto. A Enfermagem Obstétrica nas instituições hospitalares, de fato, representou um redirecionamento para um modelo de cuidado centrado na mulher, no seu protagonismo

e autonomia, bem como na prática obstétrica baseada em evidências científicas^(3,10).

Neste contexto, a OMS lançou recomendações sobre padrões de tratamento e cuidados relacionados às mulheres grávidas, a fim de reduzir intervenções desnecessárias. Tais práticas foram, posteriormente, ratificadas pelo Ministério da Saúde (MS) e são denominadas como boas práticas na atenção ao parto normal. Baseiam-se em evidências científicas e configuram-se como um dos marcos mais importantes da transição para mudança do modelo assistencial obstétrico brasileiro⁽³⁾.

As boas práticas de atenção ao parto normal foram classificadas visando orientar a conduta do profissional: práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; e práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto. No Brasil, as boas práticas durante o TP ocorreram em menos de 50% das mulheres em 2014, com piores taxas para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste⁽¹¹⁾.

Publicações recentes da OMS⁽¹²⁾ e do MS⁽¹³⁾, com o propósito de sintetizar as informações científicas disponíveis sobre a assistência ao parto e nascimento, ratificam a preocupação desses órgãos com o cenário obstétrico mundial. Isso porque, apesar dos esforços e incentivos ao uso das boas práticas, intervenções desnecessárias ainda são muito frequentes e, por consequência, as taxas de mortalidade materna continuam elevadas⁽¹⁴⁾. No Brasil, em 2012, foram registrados 1.552 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos e, no Sudeste, a taxa encontrava-se em 540 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos. Em Minas Gerais, foram registrados 111 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos⁽¹⁵⁾.

A assistência ao parto, portanto, deve ser segura e aliada às evidências científicas, a fim de estimular a autonomia das mulheres e ressignificar esse momento único da parturição para as mulheres e profissionais que o vivem⁽¹⁶⁾. Para nosso conhecimento, existem poucos estudos na área da Enfermagem acerca das boas práticas para o parto vaginal associado à presença da Enfermagem Obstétrica e ao modelo de assistência hospitalar. Este trabalho pode, portanto, indicar caminhos para a melhoria do modelo de assistência obstétrica, no município de Belo Horizonte, a partir da reflexão sobre os sujeitos que participam dessas práticas, bem como as práticas durante o processo de TP, parto e nascimento.

OBJETIVO

Avaliar a associação da Enfermagem Obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento em maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte.

MÉTODO

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pelos Comitês de Ética das maternidades envolvidas. A coleta de dados foi iniciada após obtenção da assinatura das parturientes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal, desenvolvido com dados da pesquisa: "Nascer em Belo Horizonte - Inquérito sobre o parto e nascimento", realizada em 7 maternidades que atendem à rede pública de saúde e em 4 maternidades que atendem à rede suplementar de saúde de Belo Horizonte – Minas Gerais.

A pesquisa "Nascer em Belo Horizonte - Inquérito sobre o parto e nascimento" utilizou o mesmo método de amostragem, logística e recursos materiais do estudo de abrangência nacional intitulado "Nascer no Brasil - Inquérito sobre parto e nascimento"⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Amostra

Foram incluídas, neste estudo, 666 mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização de parto e que entraram em TP (induzido ou não), independente da via de nascimento.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2011 a março de 2013, por meio de entrevista às puérperas, pelo menos 6 horas após o parto - sendo este tempo pré-estabelecido como intervalo mínimo definido para descanso pós-parto - e por meio de investigação em seus prontuários. Esta etapa foi realizada com o auxílio de questionário padronizado com variáveis de identificação sociodemográficas, antecedentes clínicos, além de outras variáveis.

Protocolo do estudo

As práticas obstétricas realizadas pelos profissionais que assistiam o processo de TP e parto, foram criadas seguindo recomendações da OMS⁽¹⁹⁾ e do MS⁽⁶⁾ e foram organizadas em três categorias para fins desse estudo: práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas (oferecimento de dieta, liberdade de movimentação e movimento, presença de acompanhante, uso de partograma e Métodos Não Farmacológicos (MNF) para alívio da dor); práticas claramente prejudiciais ou inefazes e que devem ser eliminadas (enema, tricotomia, posição "deitada de costas com as pernas levantadas" na hora do parto e manobra de Kristeller); e práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto (amniotomia, infusão de ocitocina, analgesia e episiotomia)⁽³⁾.

Para este estudo, a exposição contou de três categorias seguindo os modelos de assistência ao parto predominantes nas instituições: presença de Enfermagem Obstétrica atuante na assistência direta ao TP; presença de Enfermagem Obstétrica na instituição (mas não atuante de forma direta no TP); e hospitais sem a presença da Enfermagem Obstétrica.

Análise dos resultados e estatística

Para a análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Software for Professional* (Stata), versão 14.0.

A descrição da população deste estudo foi realizada e as estimativas foram apresentadas em proporções (%), com seus respectivos Intervalos de Confiança (IC 95%). Para as variáveis

quantitativas, depois de verificada a assimetria pelo Teste Shapiro-Wilk, os dados foram apresentados por meio de mediana e intervalo interquartilício (IQ).

Para verificar a diferença das proporções entre as práticas obstétricas realizadas pelos profissionais que assistiam o processo de TP e parto e os diferentes modelos de assistência ao parto, utilizou-se o Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher. Nas variáveis que apresentaram diferença estatística, realizou-se análise com correção de Bonferroni, com intuito de evitar erros do tipo I derivados de múltiplas comparações. As análises foram realizadas e estratificadas de acordo com a via de nascimento final. Considerou-se um nível de significância de 5% em todos os procedimentos analíticos.

Ressalta-se que o número amostral das variáveis pode ser diferente em determinadas categorias decorrentes da distinção da evolução do TP.

RESULTADOS

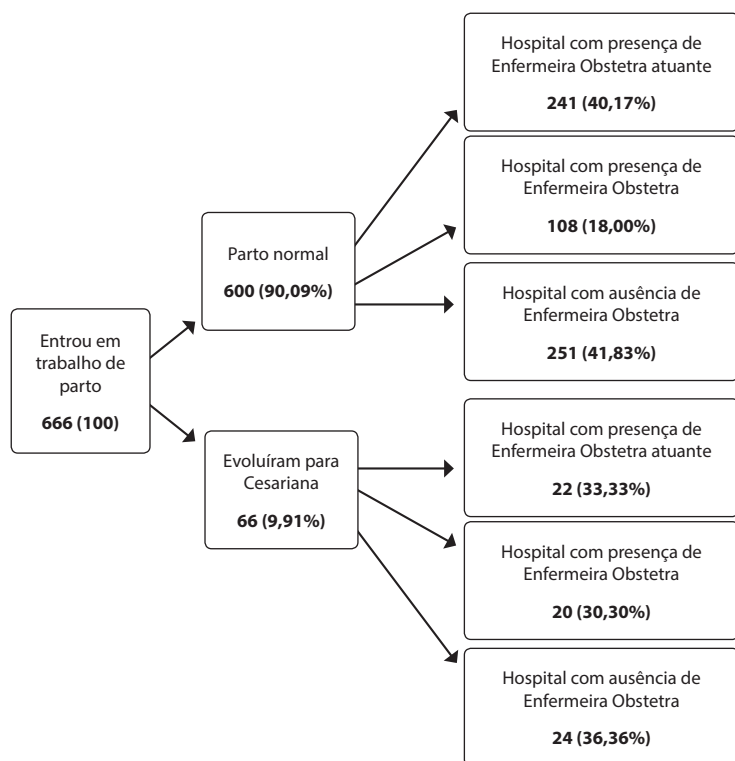
A mediana da idade da amostra das 666 mulheres deste estudo foi de 26 anos (IQ= 21 – 31 anos), com predominância de cor autorreferida parda (68,17%), mulheres que não exerciam trabalho remunerado (53,30%), possuíam ensino médio (59,05%) e possuíam união estável (66,97%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil da amostra, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011 – 2013

	n(%)	IC 95%
Idade*	26 (21 - 31)	
Cor		
Branca	1503 (22,52)	19,50 – 25,86
Preta	62 (9,31)	7,32 – 11,77
Parda*	454 (68,17)	64,52 – 71,60
Trabalho remunerado		
Sim	311 (46,70)	42,92 – 50,50
Não	355 (53,30)	49,49 – 57,07
Escolaridade		
Nenhum e Ensino Fundamental	219 (32,93)	29,45 – 36,60
Ensino Médio	386 (58,05)	54,24 – 61,75
Ensino Superior	60 (9,02)	7,06 – 11,45
Estado Civil		
União estável	446 (66,97)	63,29 – 70,44
Sem companheiro	220 (33,03)	29,55 – 36,70

Notas: *Mediana (Intervalo Interquartilício); *Incluem: Parda, morena, amarela e indígena.

Na Figura 1, é apresentada a distribuição dos desfechos dos TP em relação à via de nascimento e o modelo obstétrico presente nas instituições hospitalares. Das 666 mulheres que entraram em TP, 66 (9,91%) evoluíram para cesariana e, destas: 22 (33,33%) estavam em hospitais onde a Enfermagem Obstétrica era atuante, 20 (30,30%) em hospitais que havia a presença da Enfermagem Obstétrica (mas sem atuação direta no TP e parto) e 24 (36,36%) encontravam-se em hospital com ausência de Enfermagem Obstétrica. Não foi observada diferença estatística nos grupos em relação à via de nascimento, entretanto, o valor de p encontra-se no nível crítico, demonstrando que, com o aumento da amostra, possivelmente haveria diferença estatística.



Nota: Teste Qui-Quadrado de Pearson = 0,054.

Figura 1 – Via de nascimento e modelo de atenção obstétrica do hospital no momento do parto, Belo Horizonte, 2011 a 2013

As práticas obstétricas durante o TP e parto nas mulheres que evoluíram para a via de nascimento vaginal, podem ser observadas na Tabela 2. Em relação às práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, as maiores proporções de mulheres para as quais foi oferecida dieta durante o TP, foram incentivadas a liberdade de movimento e posição. Utilizaram-se o partograma e os MNF para o alívio da dor durante o TP, localizavam-se nos hospitais que possuíam a Enfermagem Obstétrica atuante, com diferença estatística em todas as variáveis (Tabela 2).

Observa-se, na Tabela 2, em relação às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, menores proporções para as práticas de enema e tricotomia nos hospitais que possuíam Enfermagem Obstétrica, em relação aos hospitais que não possuíam esta profissional, com diferença estatística. No que diz respeito à prática de manter a gestante em posição “deitada de costas com as pernas levantadas”, a presença de Enfermagem Obstétrica atuante no hospital associou-se a menores proporções, estatisticamente significativa.

Nas práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto, a presença da Enfermagem Obstétrica no hospital associou-se a menores proporções de infusão de ocitocina e uso de analgesia, com diferença estatisticamente significativa. Nos hospitais onde a Enfermagem Obstétrica era atuante, observaram-se maiores proporções de não realização de episiotomia,

Tabela 2 - Práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto em relação à Enfermagem Obstétrica para mulheres que tiveram seus filhos por via vaginal, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011 a 2013

	Hospital com presença de enfermeira obstetra			Valor de p
	Atuante	Presença	Não	
Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas				
Oferecimento de dieta	A	B	B	<0,001
Não	106 (26,84)	83 (21,01)	206 (52,15)	
Sim	123 (68,33)	19 (10,56)	38 (21,11)	
Liberdade de movimento e posição	A	B	C	<0,001
Não	9 (10,11)	16 (17,98)	64 (71,91)	
Sim	184 (52,12)	60 (17,00)	109 (30,88)	
Presença de acompanhante				0,409
Não	11 (55,00)	2 (10,00)	7 (35,00)	
Sim	230 (39,66)	106 (18,28)	244 (42,07)	
Partograma	A	B	B	<0,001
Não	53 (25,85)	53 (25,85)	99 (48,29)	
Sim	181 (49,45)	55 (15,03)	130 (35,52)	
MNF para alívio da dor	A	B	B	<0,001
Não	57 (22,89)	50 (20,08)	142 (57,03)	
Sim	173 (52,58)	54 (16,41)	102 (31,00)	
Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas				
Enema	A	AB	B	0,015
Não	234 (41,34)	108 (19,08)	224 (39,58)	
Sim	0	0	5 (100)	
Tricotomia	A	AB	B	0,015
Não	234 (41,34)	108 (19,08)	224 (39,58)	
Sim	0	0	5 (100)	
Posição “deitada de costas com as pernas levantadas”	A	B	B	<0,001
Não	72 (83,72)	5 (5,81)	9 (10,47)	
Sim	166 (33,27)	99 (19,84)	234 (46,89)	

Continua

Continuação da Tabela 2

	Hospital com presença de enfermeira obstetra			Valor de p
	Atuante	Presença	Não	
Manobra de Kristeller				0,156
Não	237 (41,43)	108 (18,88)	227 (39,69)	
Sim	0	0	3 (100)	
Práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto				
Amniotomia				0,090
Não	123 (50,00)	40 (16,26)	83 (33,74)	
Sim	45 (38,14)	26 (22,03)	47 (39,83)	
Infusão de ocitocina	A	B	A	0,002
Não	135 (46,71)	40 (13,84)	114 (39,45)	
Sim	99 (35,11)	68 (24,11)	115 (40,78)	
Analgesia	A	A	C	<0,001
Não	202 (49,03)	86 (20,87)	124 (30,10)	
Sim	32 (20,13)	22 (13,84)	105 (66,04)	
Episiotomia	A	B	C	<0,001
Não	217 (51,30)	57 (13,48)	149 (35,22)	
Sim	20 (13,16)	51 (33,55)	81 (53,29)	

Nota: p<0,05 em negrito, Teste Exato de Fisher ou Qui-Quadrado de Pearson; MNF – Métodos Não Farmacológicos; TP – Trabalho de Parto; letras iguais significam similaridade entre as proporções do grupo.

Tabela 3 - Práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto em relação à Enfermagem Obstétrica para mulheres que tiveram seus filhos por via cesariana, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011 a 2013

	Hospital com presença de enfermeira obstetra			Valor de p
	Atuante	Presença	Não	
Práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas				
Oferecimento de dieta	A	AB	B	0,032
Não	8 (25,00)	11 (34,38)	13 (40,63)	
Sim	11 (57,89)	6 (31,58)	2 (10,53)	
Liberdade de movimento e posição				0,289
Não	2 (20,00)	4 (40,00)	4 (40,00)	
Sim	16 (44,44)	12 (33,33)	8 (22,22)	
Presença de acompanhante				0,315
Não	2 (50,00)	2 (50,00)	0	
Sim	20 (32,26)	18 (29,03)	24 (38,71)	
Partograma				1,000
Não	3 (50,00)	2 (33,33)	1 (16,67)	
Sim	5 (45,45)	3 (27,27)	3 (27,27)	
MNF para alívio da dor	A	A	B	0,012
Não	6 (28,57)	4 (19,05)	11 (52,38)	
Sim	13 (43,33)	13 (43,33)	4 (13,33)	
Práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto				
Amniotomia				0,545
Não	2 (22,22)	3 (33,33)	4 (44,44)	
Sim	1 (33,33)	2 (66,67)	0	
Infusão de ocitocina				0,574
Não	1 (11,11)	3 (33,33)	1 (11,11)	
Sim	3 (37,50)	2 (25,00)	3 (37,50)	
Analgesia				0,683
Não	5 (50,00)	2 (20,00)	3 (30,00)	
Sim	3 (42,86)	3 (42,86)	1 (14,29)	

Nota: p<0,05 em negrito, Teste Exato de Fisher; MNF – Métodos Não Farmacológicos; TP – Trabalho de Parto; letras iguais significam similaridade entre as proporções do grupo.

quando comparadas aos demais hospitais com diferentes modelos de atenção obstétrica, estatisticamente significativo (Tabela 2).

Em relação às práticas obstétricas durante o TP e parto nas mulheres que evoluíram para a cesariana, observou-se para as práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, maiores proporções de oferecimento de dieta e uso de MNF para alívio da dor para as mulheres que estavam em TP nas instituições

onde havia a presença de Enfermagem Obstétrica atuante, com diferença estatística entre os grupos (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a presença da Enfermagem Obstétrica reduz substancialmente as taxas de intervenções realizadas e

que, possivelmente, a sua presença está relacionada diretamente a maiores taxas de partos vaginais. Estudo recente demonstrou que a presença da Enfermagem Obstétrica na assistência ao TP e parto nas maternidades tem impacto positivo, inclusive na redução de cesarianas⁽²⁰⁾. Isso se justifica, uma vez que o processo de partear oferecido pela Enfermagem Obstétrica mostra-se centrado na promoção das práticas baseadas em evidências científicas buscando resgatar o protagonismo da mulher no processo de parir⁽²¹⁾.

Em relação às práticas obstétricas nas mulheres que tiveram parto vaginal, observou-se que as “práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas” foram utilizadas em maiores proporções nos hospitais que possuíam a Enfermagem Obstétrica atuante. Em contrapartida, as “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas” e as “práticas usadas de modo inapropriado” foram praticadas em menores proporções em hospitais que possuíam a Enfermagem Obstétrica. Em relação às práticas obstétricas, nas mulheres que evoluíram para a cesariana nos hospitais com Enfermagem Obstétrica atuante, as práticas claramente úteis também foram utilizadas em maiores proporções. Pode-se inferir, portanto, que a presença atuante da Enfermagem Obstétrica no momento do TP e parto caracteriza uma assistência mais humanizada e menos intervencionista, prezando a segurança e o bem-estar da mulher em processo de parturição⁽²²⁾.

O jejum imposto por profissionais pode causar uma progressão de TP insatisfatória gerando intervenções desnecessárias e que, possivelmente, resultará em uma cesariana⁽²³⁾. No processo de parturição, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo. Portanto, a oferta de líquidos e alimentos por via oral à parturiente, respeitando o seu desejo, além de não interferir no desenvolvimento do TP e do parto, pode ser benéfica⁽²⁴⁾.

Em relação à liberdade de movimentação e posição, neste estudo, observaram-se maiores proporções na presença de Enfermagem Obstétrica. Os achados se assemelham a estudos recentes^(3,20-21).

A movimentação da parturiente durante o TP aumenta o conforto materno e facilita a progressão do TP⁽¹¹⁾, além de reduzir o tempo de TP e não se associar com o aumento das intervenções ou efeitos negativos no bem-estar das mães e bebês⁽²⁵⁾. A deambulação na 1ª fase do TP e a mudança de posição contribuem para um eficaz alívio da dor da contração e menores taxas de cesariana ou uso de fórceps, bem como redução de trauma perineal e menor perda de sangue durante o TP⁽²⁶⁾.

No que tange ao preenchimento do partograma, este estudo evidenciou que a presença da Enfermagem Obstétrica está associada com maiores proporções do uso deste instrumento. O objetivo principal do partograma é fornecer uma visão geral do TP, para alertar o profissional sobre os desvios no bem-estar materno ou fetal e no progresso do TP⁽²⁷⁾, além de contribuir para uma troca eficiente de informações entre a equipe multiprofissional⁽²⁸⁾.

Em relação aos MNF para o alívio da dor, observaram-se maiores proporções na sua utilização, quando a Enfermagem Obstétrica estava atuante na instituição. Estudo representativo da população brasileira demonstrou que um terço das mulheres recebeu MNF durante o TP (31,3%), com maior aceitação em mulheres cujos partos foram assistidos pela Enfermagem Obstétrica, além de duas vezes mais chances de ser oferecido na sua presença. Os MNF reduzem os níveis de estresse e ansiedade da parturiente e promovem maior satisfação⁽²⁹⁾. Torna-se importante enfatizar

e valorizar a autonomia da mulher no TP, visto que cada uma enfrenta esta fase de forma distintas⁽³⁰⁾.

Cabe ressaltar a importância do acompanhante no processo de parto e nascimento, estudo realizado no sul do Brasil, demonstrou que o apoio do acompanhante associa-se às boas práticas e à movimentação, capaz de reduzir a dor e a duração do TP⁽³¹⁾.

Em relação às práticas prejudiciais ou ineficazes à assistência ao parto, estas ainda são utilizadas rotineiramente em muitas instituições de saúde no Brasil⁽³²⁾. Neste estudo, na presença da Enfermagem Obstétrica atuante na instituição, observou-se menores proporções para uso de enema, tricotomia e posição “deitada de costas com as pernas levantadas”.

Em relação ao uso rotineiro de enema, a presença de Enfermagem Obstétrica atuante na instituição, associou-se a sua não realização - quando comparados às instituições que não possuem esse profissional. Sabe-se que o uso de enemas em mulheres admitidas em ocasião do TP não tem efeito significativo nas taxas de infecção, além de haver insatisfação por parte das mulheres sobre essa prática, portanto, ela deve ser desencorajada⁽³³⁾.

Observa-se que a presença de Enfermagem Obstétrica atuante na instituição associou-se a não realização da tricotomia - quando comparado a instituições que não possuíam a Enfermagem Obstétrica. Em 2014 uma revisão sistemática realizada demonstrou que não há evidências suficientes para recomendar a tricotomia perineal para mulheres na admissão em TP⁽³⁴⁾, uma vez que não influencia em melhores taxas de infecção, deiscência da ferida perineal ou outras infecções neonatais⁽³¹⁾.

O uso da posição “deitada de costas com as pernas levantadas” foi observado em menores proporções quando a Enfermagem Obstétrica era atuante na instituição, sendo mais comum na instituição em que não havia a presença da Enfermagem Obstétrica. O uso desta prática deve ser desencorajado para os profissionais e para a sociedade civil, entretanto, sabe-se que esta posição é aceita culturalmente como a ideal para o parto, pelas mulheres e pelos profissionais de saúde⁽³⁾. Evidências científicas demonstram que a realização do parto em posições verticalizadas e a deambulação na 1ª fase do TP reduzem o tempo do TP e a necessidade de analgesia. Portanto, o ato de verticalizar a mulher contribuiu para elevar a oxigenação do feto durante o período expulsivo e, também, aumentar os diâmetros pélvicos quando de cócoras ou ajoelhada⁽³⁵⁾.

No que se refere às práticas utilizadas de modo inapropriado no TP e parto, o uso de analgesia e episiotomia demonstram estar associado a menores proporções quando a Enfermagem Obstétrica estava presente na instituição (em relação à instituição que não possuía a Enfermagem Obstétrica no seu quadro de funcionários). Entretanto, a infusão de ocitocina demonstrou estar associada a menores proporções quando a Enfermagem Obstétrica estava presente, mas não atuante, na instituição - quando comparado aos demais modelos de atenção. Ressalta-se que a não associação quando a via de nascimento foi cesariana decorre do fato de tais práticas serem utilizadas em período mais avançado do TP.

Estudo já havia demonstrado que a presença da Enfermagem Obstétrica não interfere nas taxas de infusão de ocitocina⁽²⁰⁾. Esta prática, além de atrapalhar o rumo natural do parto e na liberdade de movimentação da parturiente, relaciona-se a uma experiência mais dolorosa no TP e pode culminar em uma cesárea iatrogênica - quando usada indiscriminadamente⁽²¹⁾.

Em relação à analgesia, observam-se menores proporções de gestantes que receberam este método de alívio de dor na presença atuante da Enfermagem Obstétrica na instituição - em relação à instituição que não a possuía. Neste estudo, não houve separação entre os diversos tipos de analgesia disponíveis no(s) serviço(s), entretanto, a literatura evidencia que gestantes que usam analgesia epidural como forma de alívio da dor, estão em maior risco de ter um parto instrumental⁽³⁶⁾. Deve-se ressaltar, também, que as instituições onde a Enfermagem Obstétrica era atuante, adotam um modelo de oferta menos seletiva de analgesia, acompanhada de informações sobre as vantagens e desvantagens deste procedimento, o que pode ter contribuído para a diminuição da demanda por analgesia nas instituições onde a Enfermagem Obstétrica era atuante⁽³⁾.

Das práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto, a episiotomia é um dos procedimentos que acarreta mais problemas puerperais⁽³⁷⁾. A OMS e o MS desestimulam a prática de episiotomia, sendo recomendada no máximo em 15% dos casos - por se tratar de uma prática prejudicial em uso rotineiro⁽³⁸⁾.

Limitações do estudo

Algumas limitações, neste estudo, devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo de delineamento transversal, o que impossibilita identificar a temporalidade das associações mostradas nos resultados. Soma-se, a esse aspecto, a perda de alguns dados, intrínseca ao fato de a coleta de dados ter sido realizada, também, em prontuários. Porém, foram realizadas análises de sensibilidade, constatando-se que este aspecto não estaria afetando de forma considerável as estimativas, pelo menos no que se refere às conclusões gerais.

Contribuições para a área da Enfermagem

Apesar dessas limitações, este trabalho avança na perspectiva de análise de dados ainda não totalmente explorados sobre a saúde das mulheres. Os resultados fornecem informações epidemiológicas importantes, ressaltando que em instituições com Enfermagem Obstétrica, mesmo não atuante na assistência ao TP e parto, há

melhores perspectivas quando comparado às instituições em que ela não atua.

CONCLUSÃO

Observa-se que a inserção da Enfermagem Obstétrica nos hospitais aumenta o emprego das práticas claramente úteis, reduzindo a utilização das práticas claramente prejudiciais e usadas de modo inapropriado, quando comparado às instituições onde a Enfermagem Obstétrica não atua. Fica evidente, portanto, a importância da Enfermagem Obstétrica no resgate da fisiologia do ato de parir, além das tecnologias relacionadas à humanização da assistência ao parto, potencializando a voz da mulher no processo de parto e nascimento e apropriando-se da prática obstétrica baseada em evidências científicas.

A participação das enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento, em parte das instituições estudadas, demonstra a confiança dos gestores no trabalho em equipe, ou trabalho colaborativo, para a segurança do atendimento humanizado. Ao mesmo tempo, propõe que por conta da dificuldade de inserção dessas profissionais nas instituições de saúde brasileiras, a sua presença atuante no processo de cuidado à parturiente já demonstra indícios de que há um interesse dessas instituições, especificamente na transformação do modelo assistencial pautado nas evidências científicas.

Cabe aos profissionais de saúde, portanto, especialmente a Enfermagem Obstétrica - apontada neste estudo como agente estratégico na mudança do modelo assistencial - favorecer e incentivar o protagonismo das mulheres, para a tomada de decisão fundamentada nas recomendações da OMS e MS. Ademais, a conduta ética e a comunicação efetiva entre todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto e as mulheres e suas famílias são ações essenciais que contribuem para a integralidade da assistência e podem implicar positivamente no sentimento de controle desse processo e na experiência desse evento tão particular.

FOMENTO

Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Progianti JM, Barreira IA. A obstetria, do saber feminino a medicalização: da época medieval ao século XX. *Rev Enferm UERJ*. 2001;9(1):91-7
2. Davis-Floyd R. *Ways of knowing about birth: mothers, midwives, medicine, and birth activism*. Long Grove: Waveland Press; 2017.
3. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):324-31. doi: 10.5935/1414-8145.20160044
4. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):1-10. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004633
5. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S1-S15. doi: 10.1590/0102-311X00133213
6. Leal MC, (Coord.). *Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa*. [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2016 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>
7. Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Ministério da Saúde (BR). *Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006*

- [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, CEBRAP; 2009 [cited 2018 Nov 12]. p. 151-68. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
8. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4
 9. World Health Organization (WHO). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [cited 2018 Nov 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=622BF93D5287165CC6526C910235A661?sequence=3
 10. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75(1):S5-23. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00510-0
 11. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Suppl 1):S1-31. doi: 10.1590/0102-311X00151513
 12. World Health Organization (WHO). Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2018 Nov 12]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
 13. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Nov 12]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
 14. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(6):889-97. doi: 10.1590/S0080-623420150000600003
 15. Ferraz L, Bordingnon M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2012;36(2):527-38. doi: 10.22278/2318-2660.2012.v36.n2.a474
 16. Silva LR, Christoffel, MM, Souza KV. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(4):585-93. doi: 10.1590/S0104-07072005000400016
 17. Vasconcellos MTL, Silva PL, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Jr PRB, Szwarzwald CL. Sampling design for the Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Supl. S1-S10):S49-58. doi: 10.1590/0102-311X00176013
 18. Leal MC, Silva AAM, Dias MAB, Gama SGN, Rattner D, Moreira ME et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15. doi: 10.1186/1742-4755-9-15
 19. World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide Technical. *Appropr Technol*. 1997;24(2):121-3. doi: 10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x
 20. Gama SGN, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):123. doi: 10.1186/s12978-016-0236-7
 21. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Ver Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):94-101. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.57393
 22. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(4):1059-68. doi: 10.1590/S1413-81232013000400019
 23. Wei CY, Gualda DMR, Santos Jr HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(4):717-25. doi: 10.1590/S0104-07072011000400010
 24. Amorim T, Gualda DMR. Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, que estão sendo realizadas por enfermeiras obstétricas: revisão da literatura. *RECENF*. 2010;25(8):152-9.
 25. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Sao Paulo Med J*. 2001;129(5):361-2. doi: 10.1590/S1516-31802011000500015
 26. Leite DMS. Efeitos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de trabalho de parto na mulher primípara [dissertação] [Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2014 [cited 2018 Jun 30]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/9527>
 27. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7):CD005461. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub4
 28. Aguiar CA. Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012. doi: 10.11606/D.6.2012.tde-15032012-104625
 29. Gayeski ME, Brüggemann OM. Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(4):774-82. doi: 10.1590/S014-07072010000400022
 30. Mafetoni RR, Shimo AKK. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. *REME - Rev Min Enferm*. 2014;18(2):513-20. doi: 10.5935/1415-2762.20140037
 31. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:1. doi: 10.11606/s1518-8787.2018052006258
 32. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery*. 2008;12(4):645-50. doi: 10.1590/S1414-81452008000400006

33. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD000330. doi: 10.1002/14651858.CD000330.pub4
 34. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD001236. doi: 10.1002/14651858.CD001236.pub2
 35. Lehugeur D, Strapasson MR, Fronza E. Non-pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse. *J Nurs UFPE On Line.* 2017;11(12):4929-37. doi: 10.5205/1981-8963-v11i12a22487p4929-4928-2017
 36. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
 37. Viana IO, Quintão A, Andrade CRA, Ferreira FA, Dumont RD, Ferraz FO, et al. Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. *Rev Med Minas Gerais [Internet].* 2011 [cited 2018 Jun 30];21(2 Supl. 4):S1-113. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/893>
 38. Guimarães NNA, Silva LSR, Matos DP, Douberin CA. Analysis of factors associated with the practice of episiotomy. *Rev Enferm UFPE.* 2018;12(4):1046-53. doi: 10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018
-