

Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto

Ariane Teixeira de Santana ¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6264-7115>

Ridalva Dias Martins Felzemburgh ²

 <https://orcid.org/0000-0003-0295-9998>

Telmara Menezes Couto ³

 <https://orcid.org/0000-0001-6836-8563>

Lívia Pinheiro Pereira ⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-3587-6523>

¹⁻⁴ Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Rua Dr. Augusto Viana, s.n. Salvador, BA, Brasil. CEP: 40.110-060. E-mail: ariane.tds@gmail.com

Resumo

Objetivos: descrever as boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas realizadas por enfermeiras residentes em obstetrícia, durante a assistência ao parto de risco obstétrico habitual, em uma maternidade pública de Salvador.

Métodos: estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados de 102 parturientes, no período de fevereiro a abril de 2016. A coleta dos dados deu-se através do levantamento de informações em prontuários clínicos, para análise, utilizou-se estatística descritiva com frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas avaliadas.

Resultados: constatou-se que 100,0% das mulheres utilizaram algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor, sendo o banho quente de aspersão o método de eleição; 99,0% das mulheres ingeriram líquidos; 94,0% tiveram a presença de um acompanhante de livre escolha; 99,0% deambularam durante o trabalho de parto; 100,0% tiveram liberdade de posição durante o parto. Destaca-se, que nenhuma mulher deste estudo foi submetida à episiotomia, e mais de 70,0% não foram submetidas a qualquer intervenção obstétrica.

Conclusões: o Programa de Residência em Enfermagem, ponto importante no processo de humanização do parto, associa-se diretamente ao aumento dos índices de partos normais, maior utilização de boas práticas na assistência ao parto e redução das intervenções obstétricas

Palavras-chave Parto humanizado, Enfermeiras obstétricas, Parto, Trabalho de parto, Saúde materno-infantil



Introdução

A conjuntura atual da assistência obstétrica no Brasil apresenta um cenário epidemiológico com altas taxas de mortalidade materna e perinatal, uso indiscriminado de intervenções e altas taxas de cesáreas. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) em 2012 lançou o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, um programa destinado a incentivar instituições de educação superior a formarem profissionais de enfermagem especialistas em obstetrícia. Esta ação busca contribuir para a qualificação da assistência obstétrica, através da capacitação de enfermeiras para um cuidado humanizado, a fim de melhorar e transformar o modelo de atenção à saúde da mulher, especialmente durante a gravidez, o parto e o pós-parto.^{1,2}

No Estado da Bahia a Residência em Enfermagem Obstétrica surgiu no ano de 2012, através da parceria entre Ministérios da Saúde e da Educação com a Universidade Federal da Bahia. Com a premissa de Pós Graduar na modalidade lato sensu e qualificar enfermeiras(os) por meio de educação em serviço, para atuar de forma humanizada e integral no cuidado à mulher e ao recém-nascido, e desenvolver competências para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, orientadas pelas boas práticas obstétricas, amparadas por evidências científicas e pela estratégia da Rede Cegonha.²

As enfermeiras obstetras possuem qualificação e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, e encaminhando aquelas que demandem assistência especializada.^{3,4}

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto de risco obstétrico habitual, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Essa classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas em todo o mundo.⁵ Assim, pode-se definir boas práticas obstétricas como aquelas práticas comprovadamente benéficas e baseadas em evidências científicas que respeitem o processo fisiológico do parto e que apresentem melhores resultados para mães e recém-nascidos.

A OMS considera que, pelas características menos intervencionistas dos cuidados, as enfermeiras obstetras e obstetras são as profissionais mais adequadas para o acompanhamento das gestações e partos de risco obstétrico habitual.⁵

De acordo com uma revisão publicada no Cochrane em 2013, a maioria das mulheres, cuja assistência ao parto foi prestada por Obstetrix ou Enfermeira Obstetra, apresenta melhores resultados comparadas àquelas em que a assistência é realizada apenas por médicos. A presença desta, na assistência ao parto, contribui de forma significativa para o cuidado humanizado, promovendo menor número de intervenções e maior satisfação materna.⁶

O trabalho em equipe entre as Enfermeiras Obstetras ou Obstetrixes com médicos plantonistas diminui grandemente os índices de cesarianas. Resultados de pesquisa realizada na Universidade da Califórnia, *San Francisco School of Medicine*, com 4.351 parturientes, revelaram que esse modelo de assistência proporciona uma diminuição drástica nas taxas de cesariana em parturientes nulíparas e, um aumento nas taxas de parto vaginal após cesárea, *Vaginal Birth After Cesarean (VBAC)*.⁷ Nesse modelo de trabalho em conjunto, em casos de baixo risco, sugere-se que os cuidados sejam prestados pelas enfermeiras e em casos de maior risco obstétrico, pelos médicos obstetras, permitindo uma atenção menos intervencionista.⁷

A simples substituição do médico pela enfermeira obstetra não resulta necessariamente na humanização da assistência. É importante ressaltar que a atuação dessa profissional se insere em uma nova proposta de cuidado e possibilita condições para a modificação do modelo de assistência.^{3,4,5}

No intuito de contribuir para a discussão acerca da assistência prestada por enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto e parto de risco obstétrico habitual, este estudo tem como objetivo: descrever as boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas, realizadas por enfermeiras residentes em obstetrícia, durante a assistência ao parto de risco obstétrico habitual, em uma maternidade pública de Salvador.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, realizado no período de fevereiro a abril de 2016, com dados secundários através de pesquisa em prontuários. O local para o desenvolvimento do estudo foi uma Maternidade Pública da cidade de Salvador/BA. Foram selecionados 160 prontuários de um total de 307 partos assistidos por enfermeiras residentes em obstetrícia. 147 prontuários não foram analisados visto que não continham assinatura e ou carimbo do preceptor responsável pela assistência junto ao residente. Dos 160 prontuários, 58 foram excluídos da pesquisa

devido à falta de informações relacionadas às variáveis essenciais para responder as questões deste estudo. Foram analisados no estudo 102 prontuários, o equivalente a 34% dos disponibilizados. A seleção dos prontuários foi feita aleatoriamente; os prontuários eleitos corresponderam a partos assistidos no período de janeiro de 2014 a maio de 2015.

Como critérios de elegibilidade para este estudo, foram incluídos dados de prontuários de puerperas, cujo parto tenha sido assistido por enfermeira residente em obstetrícia, ausência de patologias clínicas e/ou obstétricas, idade gestacional entre 37 a 41 semanas e 4 dias, além de gestação com feto único.

As variáveis analisadas no estudo foram: boas práticas e intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e o parto. Entende-se como boas práticas: ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto e parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença de acompanhante de livre escolha, mobilidade durante todos os estágios do trabalho de parto e monitoramento do progresso do trabalho de parto pelo partograma. As boas práticas avaliadas durante o parto foram: uso de posição verticalizada, clampeamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação em sala de parto. Foram consideradas intervenções durante o trabalho de parto: uso de cateter venoso, ocitocina para aceleração do trabalho de parto e amniotomia. No que diz respeito às intervenções durante o parto, foram avaliadas também as variáveis: litotomia e episiotomia.

Para análise estatística, os dados coletados foram organizados em planilhas do Programa *Microsoft Excel* versão 2011, sendo estes analisados por meio de estatística descritiva simples, apresentando os valores absolutos e seus respectivos valores percentuais.

Todas as proporções, os testes, os intervalos de confiança e os modelos foram estimados considerando a característica complexa da amostra. Foi utilizada a estatística descritiva com frequências relativas e absolutas, estratos, conglomerados e pesos. O programa estatístico utilizado foi EPI INFO, versão 3.5.2 - *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), Estados Unidos.

Esta pesquisa foi orientada pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que define as recomendações e os procedimentos padrão para pesquisas com seres humanos, tendo sido protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e aprovada pelo parecer nº 1.399.789.

Resultados

A análise dos dados obtidos buscou identificar as variáveis definidas para este estudo. Evidenciou-se um conjunto de valores que retratou o perfil da assistência prestada pelas enfermeiras residentes.

De acordo com os dados sociodemográficos, observou-se que a faixa etária média das participantes da pesquisa foi em torno de 22 anos de idade. Os resultados revelaram que as mulheres tinham estudado em média oito anos. Em relação a cor de pele, 40,2% das mulheres eram pertencentes à raça negra, a maioria das quais (8,8%) não exercia atividade remunerada. Quanto ao estado civil, 21,6% das mulheres encontravam-se em união estável. No que se refere à procedência, 94,1% das mulheres eram do município de Salvador. Nos prontuários 57,8% não possuíam informação sobre raça, 76,5% não tinham informações referentes à ocupação, e 61,8% não tinham dados em relação ao estado civil.

Conforme o aspecto obstétrico, a proporção de mulheres que realizou o pré-natal foi de 99,0%. Em relação à paridade, 55,1% das mulheres já haviam tido um ou mais partos. A média de idade gestacional foi de 38 semanas e 4 dias (Tabela 1).

No que se refere à alimentação, 99,0% das mulheres ingeriram líquidos durante o trabalho de parto. Quanto ao uso de partograma, 94,9% das mulheres tiveram a progressão do seu parto monitorado por este instrumento. Em relação ao acompanhante, 92,8% das parturientes tiveram a presença de um acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto. Aproximadamente 99,0% das mulheres se movimentaram durante o trabalho de parto, com deambulação ou agachamento.

Segundo os resultados do uso de boas práticas obstétricas durante o trabalho de parto, 100,0% das mulheres utilizaram algum tipo de método não farmacológico para alívio da dor, durante o trabalho de parto. Os métodos utilizados foram cavalinho, bola de *bobath*, banho quente de aspersão, massagem e outros que incluíam respiração, musicoterapia, aromaterapia, agachamento e vocalização. O método não farmacológico de alívio para dor mais utilizado foi o banho quente de aspersão (81,6%). As primíparas utilizaram mais os métodos não farmacológicos do que as que já tinham tido um parto anteriormente, com exceção da utilização da bola de *bobath* (Tabela 2).

Para as intervenções obstétricas realizadas no trabalho de parto e no parto, observou-se que em 20,4% das mulheres foi feita punção venosa periférica, em 18,4% foi utilizada ocitocina durante o trabalho de parto. No entanto, ambas as inter-

Tabela 1

Dados obstétricos.

Características

Idade gestacional - mediana (IIQ)*	39,4	(39,2 – 40)
Paridade - n (%)		
Primípara	46	44,9
Mulheres com mais de um parto	56	55,1
Realizou pré-natal - n (%)		
Sim	101	98,98
Não	1	1,02

* IIQ= Intervalo Interquartil.

Tabela 2

Boas práticas utilizadas durante o trabalho de parto (TP).

Características	Primípara		Mulheres com mais de um parto		Todas as mulheres	
	n	%	n	%	n	%
Alimentação						
Sim	46	100,0	55	98,2	101	99,0
Não	0	-	1	1,8	1	1,0
Uso de partograma						
Sim	45	97,8	50	89,3	95	94,9
Não	1	2,2	6	10,7	7	5,1
Acompanhante durante o TP						
Sim	44	95,7	49	87,5	93	92,8
Não	2	4,3	7	12,5	9	7,2
Deambulação						
Sim	46	100,0	55	98,0	101	99,0
Não	0	-	1	1,8	1	1,0
Cavalinho						
Sim	27	58,7	19	33,9	46	44,9
Não	19	41,3	37	66,1	56	55,1
Banho quente de aspersão						
Sim	40	87,0	42	75,0	82	81,6
Não	6	13,0	14	25,0	20	18,4
Bola						
Sim	10	21,7	14	25,0	24	22,5
Não	36	78,3	42	75,0	78	77,5
Massagem						
Sim	19	41,3	19	33,9	38	36,7
Não	27	58,7	37	66,1	64	63,3
Outros métodos						
Sim	27	58,6	24	42,9	51	50,0
Não	19	41,4	30	57,2	51	50,0

venções foram mais presentes nas mulheres que já havia tido partos anteriores. A amniotomia foi feita em 5,1% das parturientes; não foram encontrados registros da prática de episiotomia em qualquer um

dos partos deste estudo (Tabela 3).

Os resultados das variáveis de boas práticas durante o parto demonstraram que 100% das mulheres tiveram seus direitos respeitados e

puderam assumir livre posição durante o parto. Além disso em 99,9% ocorreu contato pele-a-pele entre o binômio mãe-bebê e 95,9% tiveram clampeamento tardio do cordão umbilical. Para a amamentação realizada na primeira hora de vida, o valor foi de 97,0% (Tabela 4).

A respeito da posição de parto assumida no momento do parto, 57,2% das gestantes pariram na posição semissentada, seguida pela posição de

cócoras com 18,4%. Nenhuma das primíparas dessa amostra pariram na posição semideitada e lateralizada. Não houve registros da posição litotômica em nenhum dos partos (Tabela 5).

O percentual da utilização de boas práticas, na assistência prestada pelas enfermeiras residentes, mostrou-se superior quando comparada às intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto pelos profissionais.

Tabela 3

Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto.

Características	Primípara		Mulheres com mais de um parto		Todas as mulheres	
	n	%	n	%	n	%
Cateter venoso periférico						
Sim	8	17,4	14	25,0	22	20,4
Não	38	82,6	42	75,0	80	79,6
Ocitocina						
Sim	7	15,2	13	23,2	20	18,4
Não	39	84,8	43	76,8	82	81,6
Amniotomia						
Sim	6	13,0	1	1,8	7	5,1
Não	40	87,0	55	98,2	95	94,9
Episiotomia						
Não	46	100,0	56	100,0	102	100,0

Tabela 4

Boas práticas durante o parto.

Características	Primípara		Mulheres com mais de um parto		Todas as mulheres	
	n	%	n	%	n	%
Acompanhante durante o parto						
Sim	45	97,8	51	91,1	96	96,0
Não	1	2,2	5	8,9	6	4,1
Livre posição de parto						
Sim	46	100,0	56	100,0	102	100,0
Clampeamento tardio						
Sim	42	91,3	54	96,5	96	95,9
Não	4	8,7	2	3,6	6	4,1
Contato pele-a-pele						
Sim	44	95,7	56	100,0	100	99,9
Não	2	4,3	0	-	0	0,1
Amamentação em sala de parto						
Sim	43	93,5	54	96,5	97	97,0
Não	3	6,5	2	3,6	5	3,0

Tabela 5

Posição assumida no momento do parto.

Características	Primípara		Mulheres com mais de um parto		Todas as mulheres	
	n	%	n	%	n	%
Cócoras						
Sim	9	19,6	11	19,6	20	18,4
Não	37	80,4	45	80,4	82	81,6
Gaskin						
Sim	7	15,2	3	5,4	10	8,2
Não	39	84,8	53	94,6	92	91,8
Semissentada						
Sim	27	58,7	31	55,4	58	57,2
Não	19	41,3	25	44,6	44	42,8
Semideitada						
Sim	0	-	6	10,7	6	4,1
Não	46	100,0	50	89,3	96	95,9
Lateralizada						
Sim	0	-	2	3,6	2	0,04
Não	46	100,0	54	96,4	100	99,9
Banqueta de parto						
Sim	5	10,9	3	5,4	8	6,2
Não	41	89,1	53	94,6	94	93,8
Litotomia						
Não	46	100,0	56	100,0	102	100,0

Discussão

Os resultados deste estudo permitiram identificar e descrever as boas práticas de atenção ao parto e as intervenções obstétricas realizadas por enfermeiras residentes em obstetrícia, durante a assistência ao parto de risco obstétrico habitual. A incorporação das boas práticas de atenção ao parto e a redução das intervenções desnecessárias são recomendadas pela OMS.⁵

As recomendações atuais do Ministério da Saúde para o manejo do trabalho de parto incluem a oferta de líquidos, o estímulo à adoção de posições verticalizadas e à liberdade de movimentação, buscando aumentar o conforto materno e facilitar a progressão do trabalho de parto; e o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como banho de aspersão ou imersão em água quente, massagens e outros.⁸ Essas são tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, sendo possível de serem ofertadas por todos os serviços de saúde.

No estudo, o uso das boas práticas, a saber: alimentação durante o trabalho de parto, movimentação, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e monitoramento da evolução do parto

pelo partograma, apresentaram incidência variada e com valores superiores a 90,0%, sendo mais frequente nas primigestas.

O perfil sociodemográfico evidenciou mulheres jovens, com pelo menos, oito anos de estudo, que se encontravam em união estável e não exerciam atividade remunerada. Contudo, destaca-se a falha no registro dessas informações nos prontuários, fato que dificultou o delineamento mais fidedigno deste perfil, uma vez que muitos prontuários se encontravam subpreenchidos.

As evidências apontam vários benefícios da presença do acompanhante durante o parto, dentre eles, a diminuição da duração do trabalho de parto, a menor necessidade de medicação ou analgesia, e o parto operatório ou instrumental, maiores escores de Apgar, melhores índices de amamentação, sentimento de confiança, controle e comunicação da mulher no momento do parto e sua maior satisfação, além de uma menor vulnerabilidade à violência obstétrica.^{5,9,10}

O apoio contínuo de um acompanhante no trabalho de parto e nascimento é uma intervenção segura e altamente eficaz para melhorar os resultados maternos e neonatais, com altos índices de

satisfação materna, baixo custo, além de ser um direito das mulheres.⁵

Os dados apresentaram resultados satisfatórios (92,8%) em relação aos acompanhantes presentes no momento do trabalho de parto e (96,0%), no parto. Os resultados apresentados aqui, infelizmente, não refletem a realidade de muitas mulheres. Segundo os últimos dados da coorte Nascir no Brasil, 24,5% das mulheres não tiveram acompanhante algum, 18,8% tinham companhia contínua, 56,7% tiveram acompanhamento parcial, revelando que muitas mulheres no Brasil, ainda não contam com a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto ou o parto.¹¹

A adoção do partograma durante o trabalho de parto, neste estudo, foi utilizado para acompanhamento da maioria dos partos, 94,9% das mulheres tiveram seus partos acompanhados pelo partograma. O preenchimento do partograma, na instituição que verificou-se neste estudo, iniciou-se com dilatação uterina mínima de 6cm e seguiu o modelo preconizado pela OMS. A utilização dessa representação gráfica do trabalho de parto possibilita o acompanhamento da sua evolução, diagnóstico de alterações e indica a tomada de condutas.⁸

Uma revisão sistemática da biblioteca cochrane¹² com 6.187 parturientes sintetizou os achados de cinco ensaios clínicos, que avaliaram o uso ou não do partograma. Foi concluído não haver evidências suficientes para recomendar o uso rotineiro do partograma como parte do acompanhamento do trabalho de parto, mas foi destacado que ensaios clínicos são necessários para estabelecer a eficácia do seu uso. No entanto, como foi encontrada redução das taxas de cesárea desnecessárias e por se tratar de medida de baixo custo, é possível que seja útil em populações pobres. Os pesquisadores recomendam cautela no seu uso.¹²

O jejum, durante o trabalho de parto, é uma recomendação antiga e baseando-se na preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico caso houvesse necessidade de uma anestesia geral, evento raro, sobretudo em mulheres com gestação de baixo risco.¹³

Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer conforto e bem-estar, em vários locais permite-se a ingestão de alimentos leves ou líquidos durante o trabalho de parto.⁸ Os resultados demonstraram que 99,0% das mulheres ingeriram líquidos durante o parto, valor significativo e que parece estar de acordo com as recomendações científicas atuais.¹⁰ As recomendações para ingestão de alimentos ou líquidos,

durante o trabalho de parto, deve ser analisada à luz dos conhecimentos atuais, avaliando os seus riscos e benefícios.

Em uma meta-análise que incluiu cinco estudos envolvendo 3.130 mulheres de risco obstétrico habitual para a necessidade de anestesia, concluiu-se não haver justificativa para restrição de líquidos e alimentos para essas mulheres em trabalho de parto. Segundo os autores, não há estudos em mulheres de alto risco para complicações, e portanto não existem evidências que apoiem esta prática de jejum rotineiro.¹⁴

No que diz respeito à liberdade de movimentação no trabalho de parto, 99,0% das mulheres deambularam, sendo que, entre as primigestas todas optaram pela deambulação durante o trabalho de parto. A OMS recomenda que todas as mulheres devam ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto, pois, a posição supina, durante o primeiro período do trabalho de parto, pode ter efeitos fisiológicos adversos tanto para a mãe como para o seu feto na progressão do trabalho de parto.⁵

Uma revisão sistemática publicada na biblioteca Cochrane¹⁵ abarcou 25 ensaios clínicos randomizados com 5.218 mulheres, acerca de posições maternas e deambulação durante o primeiro período do parto. Os resultados ressaltaram que há evidências científicas importantes que a deambulação e as posições verticais, na fase ativa do trabalho de parto, reduzem a sua duração cerca de uma hora e 22 minutos a menos quando comparado à posição reclinada. Desse modo, diminui o risco de cesariana e a necessidade de analgesia epidural. É recomendado que, se possível, as mulheres sejam encorajadas e apoiadas para deambular e usar as posições verticais de sua escolha, e assim pode-se melhorar o progresso do trabalho de parto e levar a melhores resultados materno-fetais.¹⁵

Fisiologicamente, parece muito melhor para o feto e para a mãe esta manter-se em movimento durante o trabalho de parto porque a ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto e parto. Além disso, esta posição impede a compressão dos grandes vasos maternos, melhorando o fluxo sanguíneo.¹⁶

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor são amplamente conhecidos em todo o mundo e existe uma grande variedade de métodos não farmacológicos. Segundo a OMS, devem ser ofertados a todas as mulheres e estimulado o seu uso durante a assistência ao trabalho de parto, considerando-os

como práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas.⁵

Uma revisão sistemática¹⁷ com 11 ensaios clínicos, relata as diversas opções de métodos não farmacológicos como banho quente, exercícios perineais com bola suíça, exercícios de respiração, relaxamento, massagem, acupuntura, eletroestimulação, injeção subcutânea de água destilada entre outros. É asseverado que essas práticas oferecem conforto e possibilitam a liberdade de escolha por parte das parturientes.¹⁷

Neste estudo, a utilização de algum método não farmacológico de alívio da dor, durante o trabalho de parto, foi de quase 100,0% pelas mulheres, demonstrando uma disposição da mulher para um parto mais ativo. O banho quente de aspersão foi o método não farmacológico mais utilizado pelas mulheres (81,6%), quer seja de forma isolada quer seja associada a outro método como massagem (36,7%), bola de *bobath* (22,5%) ou outros métodos que incluíram respiração, musicoterapia, aromaterapia, agachamento e vocalização (49,9%).

Um estudo clínico¹⁸ experimental de intervenção randomizado e cego, com 15 parturientes de baixo risco obstétrico, investigou sobre as intervenções não farmacológicas para alívio da dor. Concluiu-se que a utilização de intervenções não farmacológicas para alívio da dor, durante a fase ativa do trabalho de parto, como o banho de aspersão de forma isolada e o uso deste com a bola suíça de forma combinada, reduziu o score de dor referido pelas parturientes, promoveu o relaxamento e diminuiu a ansiedade.¹⁸

Outra revisão sistemática¹⁹ que analisou 22 estudos avaliou os métodos não farmacológicos como intervenção terapêutica. Ratificou-se que a massagem, a aromaterapia, o banho de imersão, a acupuntura e a acupressão são eficazes métodos para aliviar a dor no trabalho de parto, pois, além de diminuir a percepção dolorosa, reduzem os níveis de ansiedade e de estresse. Entre eles o que se mostrou mais eficaz foi a massagem, principalmente quando aplicada na primeira fase do trabalho de parto.¹⁹

Os dados sobre as intervenções obstétricas não apresentaram taxas elevadas, a punção venosa periférica foi a de maior ocorrência 20,4%. Além disso, 18,4% delas utilizaram ocitocina durante o trabalho de parto, e ambas as intervenções foram mais presentes nas mulheres que já haviam partos anteriores. Realizou-se amniotomia em 5,1% das parturientes. Não foram encontradas incidências de episiotomia.

A assistência ao parto e nascimento no Brasil é, em sua grande maioria, extremamente interven-

cionista. Nesta perspectiva, o parto é tratado como um evento médico, no qual acredita-se que o corpo da mulher é defectível e, para seu melhor funcionamento, é necessário, por vezes, intervenções rotineiras.²⁰

De acordo com os dados da coorte Nacer no Brasil, realizado com 23.940 puérperas, as boas práticas durante o trabalho de parto ocorreram em menos de 50% das mulheres incluídas no estudo, sendo menos frequentes nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste. No entanto, as intervenções obstétricas revelaram-se excessivas. O uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, estando maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A manobra de Kristeller, a episiotomia e a litotomia foram realizadas em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente. Os resultados revelaram que apenas 5,6% das parturientes de risco habitual e 3,2% das primíparas da amostra deram à luz de forma natural.¹

Um outro estudo realizado com 655 primíparas, que buscou comparar o modelo colaborativo (integração na assistência entre a enfermeira obstetra e o médico) e o modelo tradicional (centrado no médico), demonstrou que houve diferenças significativas no modelo colaborativo. Nesse modelo, houve menor utilização da ocitocina (50,2% no modelo colaborativo *versus* 65,5% no modelo tradicional), para a ruptura artificial das membranas (54,3% no modelo colaborativo *versus* 65,9% no modelo tradicional) e da taxa de episiotomia (16,1% no modelo colaborativo *versus* 85,2% no modelo tradicional).²¹

O presente estudo não apresentou casos de episiotomia, o que demonstrou um fortalecimento das boas práticas de assistência ao parto pelas enfermeiras residentes em obstetria na instituição estudada. É fundamental ressaltar que as enfermeiras, historicamente, têm formação menos intervencionistas que os profissionais médicos, sendo isso um facilitador em abordagens mais fisiológicas. A recomendação atual da OMS não é proibir a episiotomia, mas sim restringir o seu uso através da aplicação de critérios para sua realização. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, taxa encontrada em um ensaio clínico randomizado inglês.⁵

É importante ratificar que mais de 70,0% das mulheres deste estudo não receberam nenhum tipo de intervenção durante seu trabalho de parto e parto, ou seja, pariram de forma natural e fisiológica.

Neste estudo, todas as mulheres tiveram liberdade de posição no parto, as maiores prevalências foram das posições verticais (57,2% semissentada,

seguida pela posição de cócoras 18,4%). As mulheres podem adotar qualquer posição que lhes seja agradável, preferivelmente evitando longos períodos em decúbito dorsal. Deve-se estimulá-las a experimentar aquilo que for mais confortável e suas escolhas devem ser apoiadas. A posição lateral (sims), vertical (sentada, semissentada, de cócoras ou ajoelhada) e de quatro apoios, quando assumidas no segundo estágio do parto, apresentam maiores vantagens do que uma posição dorsal. A posição verticalizada causa menos desconforto e dificuldade de puxos, menos dor durante o trabalho de parto, menos traumatismo vaginal ou perineal e infecções da incisão.^{5,15}

A posição dorsal é muito utilizada no segundo período do trabalho de parto, pois favorece a visão do prestador de serviço no momento da expulsão fetal, contrariando as evidências científicas sobre essa posição não fisiológica. É sabido que nesta posição há uma redução na eficiência uterina e conseqüente diminuição do fluxo sanguíneo placentário. Uma revisão sistemática²³ com 20 ensaios clínicos randomizados com 6.135 mulheres apontou que as posições verticalizadas ou a posição lateral associaram-se com a redução da duração do segundo período do parto, a redução nas anormalidades da frequência cardíaca fetal, o aumento dos diâmetros do canal de parto, a melhora da circulação uterina que permite que as fibras musculares cumpram com sua função contrátil de maneira mais eficiente, bem como a redução de relatos de dor grave e episiotomias. Ocorreu, no entanto, maior perda de sangue, mas sem repercussões clínicas consideráveis.²²

Os atendimentos aos recém-nascidos saudáveis na sala de parto basicamente incluem aquecer e secar para promover calor, contato pele a pele com a mãe e estímulo a amamentação. No entanto, o que se vê na maioria das salas de parto são diversas intervenções com o recém-nascido (Procedimentos utilizados por vezes de forma desnecessária com recém-nascidos saudáveis, como por exemplo: realização de clampeamento precoce do cordão umbilical, aspiração as vias aéreas de forma rotineira, distanciamento da mãe e do bebê na primeira hora de vida). Tais intervenções precoces influenciam a fisiologia e o comportamento do binômio mãe-bebê. O contato pele-a-pele ajuda a regular a temperatura do recém-nascido, a colonização por microrganismos maternos, ajusta a respiração e o choro.^{3,5}

O contato pele-a-pele, logo após o nascimento, melhora os resultados neonatais em relação ao choro e melhora a estabilidade cardiorrespiratória, além de aumentar o sucesso da amamentação na primeira hora, sem efeitos negativos aparentes em curto e

longo prazo, devendo ser recomendado.²³ Uma revisão sistemática com 297 neonatos, que incluíram sete estudos, demonstrou que o clampeamento tardio do cordão umbilical parece estar associado com uma menor necessidade de transfusão e menos hemorragia intraventricular.²⁴

Observou-se ainda no Brasil uma grande variação entre as práticas usadas na assistência ao recém-nascido saudável. Um coorte nacional revelou que o contato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido, logo após o nascimento, foi mais frequente na Região Sul (32,5%), assim como a oferta do seio materno na sala de parto (22,4%). Apesar das proporções de oferta do seio na sala de parto ainda serem baixas em todas as regiões do Brasil (16,1%), sendo a menor proporção na Região Nordeste (11,5%). Nos hospitais com o título Amigo da Criança, a ida ao seio na sala de parto foi significativamente maior, mas ainda baixa (24%). O afastamento do bebê da mãe também variou significativamente entre as Regiões do Brasil. Na Região Norte, 87,3% dos recém-nascidos foram encaminhados ao alojamento conjunto com a mãe, enquanto na Região Sudeste esse valor foi de apenas 61,4%.²⁵

A presença das enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência à parturiente contribui de forma qualificada e humanizada para a adesão de práticas claramente benéficas na assistência à mulher e ao recém-nascido. Os dados deste estudo demonstram que a utilização das boas práticas, recomendadas pelo OMS e Ministério da Saúde, estão sendo amplamente empregadas, bem como a discreta utilização de intervenção durante o trabalho de parto e parto, permitindo que um maior número de mulheres possam vivenciar partos mais fisiológicos. O modelo de assistência obstétrica vigente no país ainda se desenvolve segundo o modelo biomédico, em que prioriza-se as intervenções sob o processo fisiológico no trabalho de parto e parto, caracterizado como modelo tecnocrático. Os resultados revelaram empenho das enfermeiras obstetras e das residentes, que integram o cuidado ao parto e nascimento na instituição onde foi realizado este estudo, na tentativa de adaptar-se ao modelo humanizado e na perspectiva de práticas baseadas em evidências científicas. Demonstrando o apoio ao modelo humanizado de atenção ao parto na maioria das práticas.

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, enquanto estratégia para qualificação dos profissionais, possibilita a redução do número de intervenções obstétricas desnecessárias, refletindo diretamente na melhoria da saúde da mulher e recém-nascido.

É importante que os gestores de saúde propor-

cionem condições para a implementação do modelo de assistência que inclua a enfermeira obstetra e obstetriz na assistência ao parto de baixo risco, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres. A transformação do modelo assistencial obstétrico é um desafio atual que requer esforços tanto de gestores quanto dos profissionais de saúde.

A atuação ativa da enfermeira obstetra e obstetriz é um ponto em comum nos sistemas de saúde dos

países que apresentam melhores indicadores de assistência ao parto e nascimento. Pois, observa-se em estudos anteriores e ratificamos, nos resultados desta pesquisa, a presença da enfermeira obstetra, como ponto importante no processo de humanização do parto, associando-se diretamente ao aumento dos índices de partos normais, a maior utilização de boas práticas na assistência ao parto e a redução das intervenções obstétricas

Referências

1. Carmo ML, Esteves APP, Madeira RMSD, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Supl. 1): S17-S32.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012. Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica. Brasília, DF; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento/Ministério da Saúde. Brasília, DF; 2014.
4. Merighi, MA B, Gualda, DMR. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetras para assistência ao parto. *Rev Latino-am Enf*. 2009; 17 (2): 265-70.
5. WHO (World Health Organization). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996.
6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (8): CD004667.
7. Rosenstein MG, Nijagal M, Nakagawa S, Gregorich S, Kuppermann M. The association of expanded access to a collaborative midwifery and laborist model with cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol*. 2015; 126 (4): 716-23.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília, DF; 2002.
9. Bruggemann MO, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2013; 17 (3): 432-8.
10. D'Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S154-68.
11. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias, MAB, Schneck CA. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S140-53.
12. 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.
13. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2005; 19 (1): 103-15.
14. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; (1): CD003930.
15. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (8): CD003934.
16. Molina FJ, Sola PA, Lopez E. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. *J Pain Symptom Management*. 2000; 13 (2): 98-103.
17. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2): CD000111.
18. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni MC. Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26 (5): 478-84.
19. Osório SMB, Silva Junior LG, Nicolau AIO. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. *Rev Rene*. 2014; 15 (1): 174-84.
20. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Theme Filha MM, Schilithz AOC, Leal MC. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S220-31.
21. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48 (2): 304-13.
22. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (1): CD002006.
23. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 11: CD003519.
24. Rabe H, Reynolds GJ, Diaz-Rosello JL. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (4): CD003248.

25. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Leal MC. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Supl.): S128-39

Recebido em 29 de Janeiro de 2018

Versão final apresentada em 27 de Outubro de 2018

Aprovado em 28 de Novembro de 2018