

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA NACIONAL DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO PRESTADA POR RESIDENTES EM ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES -
BELO HORIZONTE/MG.**

ORIENTANDA: Ana Luiza Ribeiro Figueiredo Coura

ORIENTADORA: Prof^a Dra. Marta Araújo Amaral

BELO HORIZONTE

2015

Ana Luiza Ribeiro Figueiredo Coura

**ASSISTÊNCIA AO PARTO PRESTADA POR RESIDENTES EM ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES-
BELO HORIZONTE/MG.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica ministrado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira Obstetra.

Belo Horizonte

2015

AGRADECIMENTOS

Nada nesta vida se faz sozinho... Muitas pessoas foram fundamentais para que eu conseguisse “gestar” e “parir” esta residência, assim como este trabalho. Reconheço que não foi fácil, nem perfeito, mas, com certeza, valeu a pena!

Agradeço primeiramente a Deus por me conduzir e guiar, por todas as bênçãos e graças concedidas, pela proteção, pela minha vida e por tudo que faz parte dela! Os planos do Pai são perfeitos!

Agradeço do fundo do coração a minha família, a meus amados pais Ronaldo e Magda, minhas irmãs Mariana e Isabella, meu namorado Tiago, enfim a todos que me apoiaram e deram forças para que eu pudesse chegar ao meu objetivo.

Meus sinceros agradecimentos a Professora Dra. Marta Araújo Amaral que, mesmo encerrando sua vida docente, me aceitou como sua orientanda e, com doçura, me conduziu de forma leve e correta na elaboração deste trabalho.

Minha gratidão a Enfermeira Obstetra Ana Maria Magalhães Sousa pela impecável preceptoria e por ter sido por muitas vezes fonte de inspiração teórica e prática. Os artigos compartilhados por você foram fundamentais para meu trabalho!

A amiga Bárbara Noelly que, mesmo cursando a faculdade de medicina, colaborou com a digitação do banco de dados e análise estatística. O que seria de mim sem você minha amiga?

As amigas que a residência me presenteou, minha gratidão... Ana Clara, Priscila, Flávia, Fabiana e Bruna, vocês foram fiéis companheiras nesta caminhada e a tornaram mais leve e feliz!

Não poderia deixar de agradecer a coordenação e equipe da maternidade do HRTN. Obrigada pela acolhida, pela possibilidade de aprendizado e pelo apoio para que este trabalho fosse realizado. Agradeço também as demais instituições que me abriram as portas e tanto me ensinaram.

Finalmente, minha eterna gratidão a todas as mulheres e famílias que me permitiram e permitem participar de momentos tão especiais quanto os são os nascimentos de seus filhos. Obrigada por me permitirem descobrir o protagonismo da mulher, o sentido da minha profissão, da humanização, do respeito e o valor imensurável que há em cada vida!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
OBJETIVO	10
METODOLOGIA	10
RESULTADOS	14
TABELA 1	15
TABELA 2	17
DISCUSSÃO	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	39
ANEXO 1	42
ANEXO 2	46
ANEXO 3	48

RESUMO

Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo que teve como objetivo descrever os indicadores resultantes da assistência ao parto normal prestada pelas enfermeiras residentes em enfermagem obstétrica (REO) da primeira turma da Escola de Enfermagem da UFMG, na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves em Belo Horizonte, no período de abril de 2013 a abril de 2014. Os dados foram coletados a partir do livro de registro de partos assistidos pelas enfermeiras obstetras (EO). O critério de inserção do estudo foi: partos assistidos por residentes em enfermagem obstétrica, independente se preceptorados por EO ou médico obstetra. As variáveis de interesse foram: idade materna, número de gestações, paridade, idade gestacional, posição do parto, episiotomia, contato pele a pele, presença de acompanhante, analgesia farmacológica, laceração perineal e Apgar. Os dados foram submetidos à análise descritiva com cálculo da frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e de desvio padrão para as variáveis contínuas. Dos 1434 partos assistidos por EO na maternidade do HRTN no período de 13 meses, 714 foram com a participação REO (49,8%). A faixa etária predominante no estudo foi de adultas jovens (69,5%), seguida por adolescentes (20,2%). Quanto ao número de gestações 39,6% eram primigestas, 29,8% secundigestas, 14,3% tercigestas, 16,1% tiveram quatro gestações anteriores ou mais. Multíparas foram 55,7% e primíparas 44,1%. Quanto à idade gestacional encontraram-se partos pré-termo (6,3%), termo (90,0%) e pós-termo (0,4%) e de idade gestacional desconhecida ou não informada (3,2%). Em relação às posições de parto a maior parte foi semi-sentada (64,7%), seguida da posição no banquinho (16,8%). Partos em posições não supinas somaram aproximadamente 92%. A taxa de episiotomia foi 4,2%. Na maior parte dos partos houve lacerações de primeiro grau (46,0%) e períneo íntegro (27,1%). Lacerações de terceiro (2,8%) e quarto grau (0,2%) apareceram em pequena proporção. O contato pele a pele na primeira hora de vida foi realizado em 94,4%. Houve acompanhante familiar em 96,0% dos partos. A analgesia farmacológica foi realizada em 16,6% por técnica peridural e 1,1% raquidiana. O Apgar no primeiro minuto foi ≥ 7 em 93,5% dos neonatos, com média de 8,3. O Apgar no quinto minuto foi ≥ 7 em 99,1% dos RN, com média de 9,3. Conclui-se que foram obtidos resultados obstétricos e neonatais favoráveis com a atuação das enfermeiras residentes na perspectiva da prática baseada em evidência científica e nos princípios da humanização da assistência. A atuação das residentes reflete a prática da preceptoría e o modelo institucional incorporado, baseado em práticas humanizadas. O incentivo à formação de enfermeiras obstetras é fundamental para o fortalecimento da categoria, para maior inserção em espaços onde a assistência ao parto ainda é médico-centrada, para mudança do modelo obstétrico hegemônico nacional e para melhoria da assistência prestada à mulher, recém-nascido e família.

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no final da década de 1990 e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004, diversas ações de saúde vêm sendo direcionadas a esses segmentos populacionais de forma mais sistemática no Sistema Único de Saúde (SUS), como parte dos esforços intergovernamentais para redução dos indicadores de morbimortalidade materno e infantil (CAVALCANTI, *et al* 2013).

A partir do entendimento de que a morbimortalidade materna e infantil são eventos complexos e, portanto, multifatoriais, essas questões permanecem como um desafio para o país. Alguns fatores têm dificultado a melhoria desses indicadores, tais como: o financiamento insuficiente; a deficiente regulação do sistema de saúde; a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; a organização dos serviços e, ainda, a produção do cuidado, que tende a “medicalizar” e “intervir” desnecessariamente nos processos de gestação, parto e nascimento (CAVALCANTI *et al*, 2013).

Em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guia no qual dividiu as práticas obstétricas no parto normal, a partir de evidências científicas, em quatro categorias: A – Práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas; B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C – Práticas que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; D – Práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado. Tomando como base essa categorização da OMS, em 2001 o Ministério da Saúde (MS) apresentou uma publicação semelhante sobre as condutas e práticas no parto normal, modificadas pelas novas evidências científicas disponíveis (OMS, 1996; BRASIL, 2001).

A OMS (1996) refere-se às enfermeiras obstetras como aquelas que prestam, mais adequadamente e com melhor custo-benefício, a assistência à gestação e ao parto normal, com competência para avaliar riscos e reconhecer complicações.

Segundo a Lei 7498 de 25 de junho de 1986, a qual regulamenta o exercício profissional da enfermagem, cabe ao profissional enfermeiro: prestar assistência de enfermagem à gestante,

parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, assistência ao parto normal sem distócia e ao recém-nascido. Segundo o artigo 9º desta lei fica definido ainda que às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, incumbe:

- I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;
- II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- III - realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Em meados dos anos de 1990, as enfermeiras obstetras começaram a se destacar no cenário nacional ao adotarem em sua prática assistencial as recomendações da OMS e do MS de boas práticas na assistência ao parto (ANEXO 1) (OMS, 1996). Gradativamente as enfermeiras obstetras passaram a ocupar espaços em diferentes instituições na assistência ao parto, em conjunto com equipe multiprofissional.

No Brasil, estudos mostram que a presença de enfermeiras obstetras reduz o excesso de cesarianas desnecessárias. Em maternidades onde os partos são assistidos por enfermeiras obstetras ou obstetizas, a taxa de cesariana é 78% menor quando comparada aos hospitais onde não há presença desse profissional no momento do parto. Contudo, apenas 16% dos partos no país são assistidos por tais profissionais, em sua maioria pelo SUS (BATALHA, 2015).

Para Sousa (2013) a adoção das boas práticas assistenciais para o parto normal vem sendo um dos grandes desafios para os serviços e profissionais da saúde, portanto permanecem como objeto de avaliação e discussão em muitos estudos, com o intuito de promover e fortalecer o embasamento teórico-científico à prática obstétrica na perspectiva da humanização e da formação profissional voltada para a tais recomendações.

Em 2000 a OMS estipulou Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 75 países, dentre os quais está o Brasil. Os objetivos 4 e 5 incluem respectivamente a redução em dois terços da mortalidade na infância (em crianças menores de 5 anos); e a melhoria da saúde materna, com A) redução em três quartos da taxa de mortalidade materna com relação ao nível

observado em 1990; e B) universalização do acesso à saúde sexual e reprodutiva, o que envolve a assistência ao parto por profissional capacitado (BRASIL, 2014).

A taxa de mortalidade materna no Brasil no período de 1990 a 2011 caiu em 55%, passando de 141 para 64 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2014). No ano de 2014 a OMS divulgou um relatório sobre o andamento dos ODM nos países participantes e, com relação a mortalidade materna no Brasil entre os anos de 2000 e 2013, a queda foi de apenas 1,7%, sendo o quarto mais lento dentre os 75 países. É certo que não se consiga atingir a meta de 35 mortes por 100.000 NV, pois o ritmo de queda é lento (OMS, 2014).

Mesmo após a criação de políticas públicas, programas, manuais e ações voltadas para atenção à saúde da mulher, recém-nascido (RN) e criança, como o incentivo a humanização da assistência ao parto e nascimento, observa-se permanência de taxas de mortalidade materna elevadas no Brasil. Soma-se a isto o modelo de assistência obstétrica predominantemente medicalizado, com pequena inserção de enfermeiras obstetras e com permanência de práticas assistenciais sem base em evidências científicas na maior parte do país. Um exemplo desse contexto são as elevadas taxas de cesarianas no Brasil, atingindo a alarmante taxa de 52% em 2011. No setor público esta taxa é de 46% e no privado 88% segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, da Fundação Oswaldo Cruz, realizada entre os anos de 2011 e 2012 em todo território nacional.

Na tentativa de reverter este quadro o Ministério da Saúde elaborou em 2011 uma iniciativa inovadora, a estratégia Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459. A Rede Cegonha é operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, que assegura às mulheres, recém-nascidos e crianças direitos tais como: planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Uma das diretrizes da Rede Cegonha consiste na mudança do modelo da atenção aplicado ao parto e ao nascimento, com incentivo às práticas voltadas para humanização, baseadas em evidências científicas. Para a implementação desse modelo, é importante a intensificação da formação e especialização de profissionais em obstetrícia para que possam atuar no SUS (BRASIL, 2012).

Para atender a demanda de formação destas profissionais foi criado o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF), uma iniciativa inovadora do governo federal que forma enfermeiras obstétricas nas regiões que aderiram à estratégia Rede Cegonha. Participaram inicialmente 18 instituições de ensino, em 13 unidades da federação, com 156 bolsas financiadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. Os profissionais atuam desde o pré-natal e parto até o nascimento e pós-parto, dentro do preconizado pela Rede Cegonha. A estratégia visa intensificar a assistência integral à saúde das mulheres e crianças, do planejamento reprodutivo – passando pela confirmação da gravidez, parto, puerpério – até o segundo ano de vida do filho (BRASIL, 2012).

Em março de 2013 a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFMG) iniciou a primeira turma de residentes com 24 participantes, desenvolvendo o ensino clínico em quatro campos de prática: Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG), Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves (HRTN), Hospital Sofia Feldman (HSF), sendo estas no âmbito hospitalar e, Unidades de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), no âmbito da atenção básica. Divididas entre os campos, 24 enfermeiras residentes cumpriram carga horária de 60 horas semanais, sendo 48 horas de plantões e 12 horas de aulas teóricas na EEUFMG.

Para Amorim e Gualda (2011) as mudanças no modelo de ensino da enfermagem obstétrica são fundamentais para a formação ampla e de qualidade tanto no aspecto teórico quanto prático. Isso contribui para o desenvolvimento da atuação competente e para o enfrentamento do modelo assistencial hegemônico.

O Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica coordenado pela EEUFMG tem sido desenvolvido em concordância com estes princípios e apesar das atividades práticas terem sido iniciadas em março de 2013, até o momento não foi realizada uma pesquisa para avaliar a prática obstétrica das residentes na atenção ao parto normal nas maternidades envolvidas. A importância da inserção das enfermeiras obstétricas na assistência a mulher em todo ciclo gravídico puerperal, na atenção ao parto normal, na transformação do modelo obstétrico hegemônico e na implementação da prática obstétrica baseada em evidências científicas confere relevância a enfermagem obstétrica como campo de pesquisa. Considerando este

contexto, propõe-se um estudo sobre a assistência ao parto normal prestada pelas enfermeiras residentes da primeira turma da EE-UFMG na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves na perspectiva de aprimorar o ensino, a assistência e a atuação de futuras residentes.

OBJETIVO

Descrever os indicadores resultantes da assistência ao parto normal prestada pelas enfermeiras residentes em enfermagem obstétrica da primeira turma da Escola de Enfermagem da UFMG na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves em Belo Horizonte no período de abril de 2013 a abril de 2014.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo retrospectivo desenvolvido na maternidade do HRTN em Belo Horizonte-MG, no período de abril de 2013 a abril de 2014.

Cenário

O Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) foi escolhido para este estudo dentre as demais instituições de prática da residência por ser uma maternidade de referência regional para gestações de risco habitual, por ter enfermeiras obstetras inseridas diretamente na assistência ao parto normal e por estar recebendo a primeira turma de residentes em enfermagem obstétrica na história da instituição.

O hospital está localizado na região Norte de Belo Horizonte e mantém uma parceria de ensino com a UFMG desde sua criação. A maternidade foi inaugurada em 30 de julho de 2007 e tem como princípio uma assistência humanizada em que se valoriza o trabalho em equipe e um ambiente que proporcione a mulher um atendimento diferenciado e com total segurança. São assistidos em média 270 partos por mês com taxas de parto normal em torno de 80%. É composta por dois leitos de pronto atendimento obstétrico (admissão), dois leitos de pré-parto (PP), três leitos de PPP (pré/parto/pós), uma sala de litotomia e um centro cirúrgico. O alojamento conjunto é composto por 25 leitos, que recebem puérperas, recém-nascidos, assim

como gestantes em tratamento clínico, 4 leitos “Canguru” para RN em ganho de peso, 4 leitos de internação social para receber mães com filhos internados na unidade de cuidados progressivos, além de uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). A equipe de enfermagem é composta por uma coordenadora, 11 enfermeiras assistenciais, 12 enfermeiras obstetras e 54 técnicos de enfermagem (PORTAL HRTN, 2013).

As enfermeiras residentes atuam no centro obstétrico em conjunto com equipe multiprofissional, a qual é composta por médicos obstetras, médicos residentes em ginecologia e obstetrícia, anestesistas, pediatras, enfermeiras obstetras, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem, além de acadêmicos de enfermagem e medicina da UFMG que estagiam nesta instituição. Cada plantão, diurno ou noturno, conta com duas enfermeiras residentes que se dividem entre o bloco obstétrico e o alojamento conjunto, atuando exclusivamente no local escalado, portanto, em todos os plantões há pelo menos uma residente de enfermagem obstétrica atuando na assistência ao parto normal nesta maternidade.

A equipe presta assistência baseada nos princípios da humanização e do modelo colaborativo. Este modelo consiste na atuação conjunta, onde cada parte respeita a atuação individual dos membros da equipe, que trabalha com metas e objetivos comuns. As mulheres e suas famílias recebem acompanhamento multiprofissional, com práticas obstétricas majoritariamente baseadas em evidências científicas e na humanização da assistência. As parturientes são assistidas tanto por enfermeiras obstetras como por médicos obstetras em todas as fases da internação. A assistência é compartilhada entre as diferentes categorias profissionais em situações que variam desde a indução do trabalho de parto, assistência durante o trabalho de parto, parto, nascimento até o puerpério. Os casos são acompanhados de forma compartilhada, havendo comunicação entre os membros da equipe. Os partos normais podem ser assistidos por residentes, tanto enfermeiros como médicos, e ambos podem ser preceptorados por enfermeiras obstetras ou médicos obstetras, o que permite uma atuação complementar entre as categorias que traz benefícios ao serviço e à parturiente. Todos os partos assistidos por enfermeiras obstetras são registrados em um livro denominado “livro de registro de partos assistidos pelas enfermeiras obstetras”. Os partos assistidos por residentes em enfermagem obstétrica também são registrados neste livro, independente da preceptoria,

mas é importante considerar que estes são, em sua maioria, preceptorados por enfermeiras obstetras.

Fonte e coleta de dados

A fonte de informações para este estudo foi o “livro de registro de partos assistidos pelas enfermeiras obstetras”. Os dados nele registrados são: data / hora do parto, nome da paciente, idade, paridade, idade gestacional, posição de parto, realização de episiotomia e contato pele a pele, presença de acompanhante, se a parturiente recebeu analgesia e qual o tipo (peridural, raquianestesia), se houve laceração perineal e qual o grau, escore de Apgar do RN, nome dos profissionais que assistiram ao parto.

O banco de dados foi constituído por 1434 partos registrados no livro no período de treze meses (abril de 2013 a abril de 2014). Os dados de cada parto foram digitados na íntegra, no programa Epi-Info versão 3.5.3. Após a digitação foram selecionados somente os partos que atendiam ao critério para inserção no estudo: parto assistido por residente em enfermagem obstétrica, independente se preceptorado por enfermeira obstetra ou por médico obstetra. A partir daí delimitou-se a população final deste estudo, que foi de 714 partos. Os dados não informados de cada variável foram excluídos da amostra, exceto na variável idade gestacional.

Variáveis de interesse

Após ter sido identificada a população deste estudo, foram selecionadas onze variáveis de interesse, sendo elas: idade materna, número de gestações, paridade, idade gestacional, posição do parto, episiotomia, contato pele a pele, presença de acompanhante, analgesia farmacológica, laceração perineal e escore de Apgar.

A idade das mulheres assistidas pelas enfermeiras residentes foi classificada dentro do intervalo de idade reprodutiva da seguinte forma:

- Entre 10 e 14 anos (adolescentes precoces)
- Entre 15 e 19 anos (adolescentes)

- Entre 20 e 34 anos (adultas jovens)
- Acima de 35 anos (idade tardia)

Com relação à paridade as mulheres foram divididas em primíparas e múltiparas.

No que se refere ao número de gestações foram classificadas em primigestas, secundigestas, tercigestas ou que tiveram quatro gestações anteriores ou mais.

Com relação à idade gestacional no parto a classificação neste estudo foi:

- Pré-termo (<37 semanas)
- Termo (entre 37 semanas e 41 semanas+6 dias)
- Pós-termo (>42 semanas)
- Idade gestacional desconhecida/ não informada

Na variável posição de parto foram consideradas as seguintes posições: semi-sentada, sentada no banquinho, de cócoras, em decúbito dorsal, posição litotômica, em Gaskin, decúbito lateral, em pé e ajoelhada. Em relação à episiotomia, contato pele a pele e presença de acompanhantes os dados foram classificados em Sim/Não. Quanto às lacerações perineais foi feita a seguinte classificação: períneo íntegro, laceração de primeiro grau, de segundo grau, de terceiro grau e de quarto grau. Os dados sobre escore de Apgar foram divididos em <7 e \geq 7 no primeiro e quinto minutos.

Análise dos dados

As variáveis foram submetidas à análise descritiva com cálculo da frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e de média e desvio padrão para as variáveis contínuas. Para o processamento e análise dos dados, utilizou-se o software STATA (versão 9.0).

Aspectos éticos

Para realização do estudo o projeto de pesquisa teve aprovação da Coordenação do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo teve a anuência da coordenação da maternidade e foi aprovado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEPE) do HRTN em 06/08/2014 pelo parecer nº 25/2014, conforme consta no ANEXO 2.

Foi aprovado pela Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Materno Infantil (EMI) da EEUFMG em 10/11/2014, conforme consta no ANEXO 3.

RESULTADOS

No período de treze meses, de abril de 2013 a abril de 2014, foram registrados no livro 1434 partos. Destes, 714 foram com a participação das residentes em enfermagem obstétrica, representando 49,8% do total. Os demais 720 partos (excluídos da amostra) foram assistidos pelas enfermeiras obstetras sozinhas ou com participação de residentes em ginecologia e obstétrica, acadêmicos de enfermagem e medicina.

Os resultados e sua distribuição entre as variáveis analisadas estão representados nas tabelas a seguir:

TABELA 1

Perfil das gestantes assistidas por residentes em enfermagem obstétrica em relação a idade materna, paridade, número de gestações e idade gestacional. Belo Horizonte, MG.

Variáveis	n	%
Idade Materna (anos)		
10 – 14	6	0,8
15 – 19	144	20,2
20 - 34	498	69,5
≥ 35	57	7,9
Paridade		
Primíparas	315	44,1
Multíparas	398	55,7
Número de Gestações		
1	283	39,6
2	213	29,8
3	102	14,3
4 ou mais	115	16,1
Idade Gestacional		
Pré-termo (<37 semanas)	45	6,3
Termo (37 - 41 semanas)	643	90,0
Pós-termo (≥ 42 semanas)	3	0,4
Desconhecida/ não informada	23	3,2

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade Gestacional	714	38	1,5	24	42
Idade Materna	705	24	6,0	14	44

Neste estudo a faixa etária predominante das mulheres assistidas por residentes em enfermagem obstétrica foi de adultas jovens com 69,5%, seguida de adolescentes com 20,2%. Os extremos etários, adolescentes precoces e mulheres acima de 35 anos, apareceram em menor proporção, sendo 0,8% e 7,9% respectivamente. A média etária foi de 24 anos, com desvio padrão de 6 anos, sendo que a menor idade encontrada entre as mulheres assistidas por enfermeiras residentes foi 14 anos e a maior 44 anos.

No que se refere ao número de gestações o maior percentual foi de primigestas (39,6%), seguido das secundigestas (29,8%). A partir daí observou-se diminuição do percentual sendo que tercigestas representaram 14,3% e o somatório das mulheres que tiveram quatro gestações anteriores ou mais resultou em 16,1%. O caso com maior número de gestações encontrado neste estudo foi de uma parturiente que estava em sua 13^a gestação.

Com relação à paridade as mulheres foram divididas em dois grupos: primíparas e múltiparas, sendo 44,1% e 55,7% respectivamente. As mulheres que tiveram apenas uma gestação, ou seja, primigestas são 39,6% e as primíparas, logo que não tem partos vaginais anteriores são 44,1%. Isto evidencia que nem todas as primíparas eram primigestas, havendo abortamentos ou gestações ectópicas anteriores. O somatório das mulheres que tiveram duas ou mais gestações representou 60,2%. Isso justifica o fato de haver maior percentual de múltiparas quando se analisa paridade e ao mesmo tempo maior percentual de primigestas quando se analisa número de gestações entre as mulheres estudadas.

TABELA 2

Indicadores da assistência ao trabalho de parto e parto prestada pelas residentes em enfermagem obstétrica na maternidade do HRTN. Belo Horizonte, MG.

Variáveis	N	%
Posição do parto		
Semi-sentada	462	64,7
Banquinho	120	16,8
Cócoras	56	7,8
Decúbito dorsal	23	3,2
Litotômica	20	2,8
Sentada	9	1,2
Gaskin	7	0,9
Decúbito lateral	7	0,9
Em pé	4	0,5
Ajoelhada	2	0,2
Episiotomia		
Sim	30	4,2
Não	681	95,4
Laceração		
Não	194	27,1
1º grau	329	46,0
2º grau	169	23,6
3º grau	20	2,8
4º grau	2	0,2

Variáveis	n	%
Analgesia		
Não	587	82,2
Peridural	119	16,6
Raquidiana	8	1,1
Contato pele a pele		
Sim	674	94,4
Não	34	4,7
Acompanhante		
Sim	686	96,0
Não	27	3,7
Apgar no 1º minuto		
<7	46	6,4
≥7	668	93,5
Apgar no 5º minuto		
<7	6	0,8
≥7	708	99,1

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Apgar no 1º minuto	714	8,3	1,3	0	10
Apgar no 5º minuto	714	9,3	0,7	0	10

Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos partos assistidos por residentes em enfermagem obstétrica foram em posição semi-sentada (64,7%), as demais posições de parto encontradas foram no banquinho (16,8%), de cócoras (7,8%), em decúbito dorsal (3,2%), em posição litotômica (2,8%), sentada (1,2%), em Gaskin (0,9%), em decúbito lateral (0,9%), em pé (0,5%) e ajoelhada (0,2%). Considerando-se todas as posições de parto verticalizadas como semi-sentada, no banquinho, Gaskin, em pé e ajoelhada encontrou-se uma taxa em torno de 92% de partos em posição não supina.

A episiotomia foi realizada em apenas 4,20% dos partos. Em 95,38% dos casos as mulheres foram poupadas deste procedimento. Com relação as lacerações perineais a maioria das mulheres apresentou lacerações de primeiro grau (46,0%), seguidas de períneo íntegro (27,1%). Lacerações de segundo grau acometeram 23,6% das mulheres. Lacerações graves, de terceiro grau (2,8%) e de quarto grau (0,2%) ocorreram em uma parcela pouco significativa das mulheres assistidas pelas enfermeiras residentes.

A analgesia farmacológica foi realizada em 17,7% das parturientes, sendo em 16,6% por técnica peridural e 1,12% por técnica raquidiana. A analgesia farmacológica não foi ofertada a 82,21% das mulheres.

O contato pele a pele na primeira hora de vida foi proporcionado a 94,40% dos recém-nascidos. Em 4,7% a interação pele a pele não foi realizada.

As parturientes contaram com a presença de acompanhante familiar em 96,0% dos partos. Os partos sem acompanhante familiar representaram apenas 3,7%.

Os resultados sobre escore de Apgar foram: ≥ 7 no primeiro minuto em 93,5% dos neonatos e ≥ 7 no quinto minuto em 99,1%. Tais dados mostram que a quase totalidade dos recém-nascidos apresentava boas condições de vitalidade no primeiro e quinto minuto de vida.

DISCUSSÃO

→ Idade materna/ Paridade/ Número de gestações

Segundo o MS as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos representam 65% do total da população feminina, conformando um grupo social importante e que merece atenção no que se refere à elaboração de políticas de saúde (BRASIL, 2011).

Silva (2009) cita que mulheres muito jovens ou muito idosas são consideradas de maior risco para resultados adversos e complicações gestacionais, no parto e perinatais.

A OMS considera gravidez na adolescência aquela que ocorre em mulheres entre 10 e 19 anos, sendo que gestantes com menos de 14 anos são mais vulneráveis e mais expostas à morbimortalidade. A gravidez na adolescência está relacionada às condições de escolaridade e fatores socioeconômicos como escolaridade, renda, dentre outros e, no que se refere aos riscos, os principais referidos por Santos *et al* (2014) são prematuridade e baixo peso ao nascer. Já Gravena (2013) refere que estão relacionados à gravidez precoce riscos aumentados ao recém-nascido de baixo peso ao nascer, deficiências de micronutrientes e restrição do crescimento intrauterino, levando a alterações na evolução dessa gestação e no crescimento fetal, o que pode resultar também em parto prematuro.

Cesar (2011) em estudo sobre gestação na adolescência encontrou 20,18% de mães adolescentes e mostrou que estas estiveram, de forma sistemática, em desvantagem em relação às demais mães tanto no que se refere a características socioeconômicas quanto na assistência recebida durante a gestação e o parto. Afirma que as adolescentes possuíam pior nível de escolaridade e renda familiar, viviam mais comumente sem companheiro, realizaram um menor número de consultas de pré-natal, iniciaram estas consultas mais tardiamente, referiram com maior frequência a presença de anemia e corrimento vaginal patológico e foram mais submetidas ao uso de fórcepe e episiotomia. Considerando-se as categorias adolescentes precoces e adolescentes do presente estudo tem-se uma taxa de 21,0%, próxima da encontrada por Cesar (2011).

Mulheres entre 20 e 35 anos são consideradas adultas jovens e apresentam resultados obstétricos e neonatais mais favoráveis quando comparadas as adolescentes e a mulheres em idade avançada. Neste estudo as adultas jovens representaram a maior parte da população (69,5%). Este achado corrobora para os resultados obstétricos e neonatais favoráveis aqui verificados. Gravena, *et al* (2013) verificou em seu estudo que adolescentes e mulheres em idade tardia tiveram probabilidade maior de parto cesáreo em relação às adultas. No que se refere ao baixo peso ao nascer, tanto as gestantes adolescentes quanto as em idade avançada apresentaram mais chance de possuírem filhos recém-nascidos com baixo peso quando comparadas as adultas.

A taxa de fecundidade vem apresentando queda no Brasil nos últimos anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000 a taxa de fecundidade era de 2,4 filhos por mulher e em 2014 foi menor que 1,8 filhos por mulher (IBGE, 2013). Dentre os vários fatores que colaboraram para esta transição na taxa de fecundidade encontram-se a elaboração e expansão da estratégia de saúde da família e das políticas voltadas para a mulher no ciclo gravídico puerperal, principalmente a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, lançada em 2005 e a Política Nacional de Planejamento Familiar, elaborada em 2007, que permitiu as mulheres expansão do acesso a informações sobre o planejamento familiar reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2007).

Define-se gestação tardia aquela que ocorre acima dos 35 anos e aquelas com mais de 45 anos são consideradas gestações com idade materna avançada. Os nascimentos em mulheres com 35 anos ou mais tem aumentado de forma consistente no Brasil, tendência observada principalmente nos países industrializados. As mudanças nos hábitos de vida como maior nível de escolaridade, maior inserção no mercado de trabalho e na expectativa de vida da mulher estimulam a postergação do momento da primeira gravidez, que acaba acontecendo em idades superiores, após serem atingidos outros objetivos de vida, pessoais e profissionais. Soma-se a isso o advento da reprodução assistida que permite as mulheres engravidarem em idades mais avançadas, período de comprovada diminuição da fertilidade. Há que se considerar que em países em desenvolvimento, como o Brasil, a maior parte das gestações tardias acontece em situações de multiparidade, o que também envolve riscos (SILVA, 2009).

A gestação tardia apresenta risco similar a gestação na adolescência em alguns aspectos, conforme citado anteriormente, e, mais elevados em situações como abortamento espontâneo, gravidez ectópica, anormalidades cromossômicas e malformações congênitas (SILVA, 2009). Gravena, *et al* (2013) cita que nas mulheres com gestação tardia, têm sido observados mais abortamentos espontâneos e induzidos, maior risco para mortalidade perinatal, baixa vitalidade do recém-nascido, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos para idade gestacional. As gestações de mulheres de idade materna avançada têm sido consideradas como de alto risco, em decorrência principalmente da incidência crescente de síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membranas, presença de diabetes, além de maior chance do índice de Apgar no quinto minuto ser menor que sete.

Analisando os 1434 partos registrados no livro no mesmo período, e nos quais estão incluídos os 714 partos das enfermeiras residentes, o percentual de primíparas e múltiparas foi de 41,5% e 58,3% respectivamente, valores muito próximos aos encontrados nos partos assistidos pelas enfermeiras residentes.

→ Idade gestacional

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 e 37 semanas ou entre 154 a 259 dias (ACOG, 2013). A prematuridade é um evento que afeta a vida da família e do RN de forma significativa, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais de difícil mensuração e que devem ser considerados pela equipe que assiste a família prematura (RAMOS, 2009).

A prematuridade tem sido estudada como uma das causas importantes de mortalidade infantil. O recém-nascido imaturo apresenta desenvolvimento incompleto de órgãos, como cérebro e pulmões, além de limitação da função renal e imaturidade da função hepática, podendo sofrer sérios comprometimentos ou intercorrências (GRAVENA, 2013). A literatura cita alguns fatores de risco gestacionais associados à prematuridade tais como parto prematuro prévio, gestação múltipla, história materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre, comprimento cervical < 3.0 cm, baixo nível socioeconômico, idade materna <18 anos ou >40

anos, primiparidade (mais frequente no primeiro filho), complicações maternas (clínicas ou obstétricas), atividade física aumentada, tabagismo, uso de cocaína, acompanhamento pré-natal inadequado ou ausente, situações de alto estresse, crescimento intrauterino restrito (CIUR), anomalias congênitas, polihidrâmnios, ruptura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), descolamento de placenta, presença de DIU, mioma (particularmente submucoso ou subplacentário), anomalias uterinas, insuficiência istmo-cervical, infecções maternas, síndrome antifosfolípide, trauma, cirurgia (RAMOS, 2009).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2013) classifica a gravidez além de 37 semanas da seguinte maneira:

- Termo precoce: entre 37 semanas e 38 semanas e 6 dias;
- Termo completo: entre 39 semanas e 40 semanas e 6 dias;
- Termo tardio: entre 41 semanas e 41 semanas e 6 dias;
- Pós-termo: 42 semanas em diante

Neste estudo a grande maioria dos partos assistidos pelas enfermeiras residentes foi de gestações a termo (90,0%). Tal fato se justifica pela maior atuação da enfermagem obstétrica nas gestações de risco habitual. A média de idade gestacional da amostra deste estudo foi de 38 semanas, sendo a menor idade gestacional encontrada 24 semanas e a maior, 42 semanas. Os partos pré-termo e pós-termo, ou seja, de maior risco, são preferencialmente acompanhados por médico obstetra. É rotina da instituição em estudo a indução do trabalho de parto nas gestações acima de 41 semanas. Também por esse motivo pode-se justificar a atuação das enfermeiras residentes em menos de 0,5% de partos pós-termo.

O ACOG define gestação pós-termo ou gestação prolongada como aquela que se estende além de 42 semanas ou 294 dias de gestação (ACOG, 2013). Para Amorim (2010) as gestações além de 42 semanas ocorrem em aproximadamente 5% dos casos, já as além de 41 semanas, em cerca de 10%. A causa mais comum de gestação pós-termo é o erro de datação e, quando realmente existe, a causa é desconhecida, sendo a primiparidade o principal fator de risco associado. Mais raramente outros fatores podem estar presentes como a anencefalia,

deficiência de sulfatase placentária, feto do sexo masculino e predisposição genética (BRASIL, 2011). O maior temor relacionado à gestação prolongada é de que ocorra insuficiência placentária, com redução do aporte de nutriente e oxigênio para o bebê, o que pode acarretar aumento da morbidade e mortalidade perinatal. Com maior frequência de morte perinatal, anormalidade da frequência cardíaca fetal intraparto, eliminação de mecônio, macrosomia e cesariana (AMORIM, 2010).

No Brasil tem sido frequente a indicação de cesariana quando a gestação ultrapassa 40 semanas, sobretudo no setor privado, porém esta conduta não é corroborada por evidências. Amorim (2010) em compilado sobre o tema cita uma revisão sistemática publicada em 2003 na qual concluíram que a indução do parto a partir de 41 semanas, quando comparada à conduta expectante, resultou em menor taxa de cesárias (20,1% x 22%) e de líquido amniótico meconial (22,4% x 27,7%), porém não houve diferença em termos de mortalidade perinatal, escores de Apgar, admissão em UTI neonatal e síndrome de aspiração meconial. Em 2012 outra revisão sistemática disponível na biblioteca Cochrane incluindo 22 ensaios clínicos randomizados e 9383 mulheres submetidas à indução do parto mostrou redução significativa do risco relativo de morte perinatal e de cesariana. Não houve diferença na taxa de natimortos ou de morte neonatal nos dois grupos. A incidência da síndrome de aspiração meconial foi menor no grupo submetido à indução do parto, porém não houve diferença na frequência de asfixia perinatal, baixos escores de Apgar e admissão em UTI neonatal. Os autores sugerem que a indução do parto a partir de 41 semanas reduz as taxas de cesariana sem comprometer o prognóstico perinatal. Além disso, o estudo mostrou maior satisfação das gestantes submetidas à indução do parto. Recomenda-se que as mulheres sejam esclarecidas sobre riscos e benefícios associados à indução do parto a partir de 41 semanas (AMORIM, 2010).

Posição de parto

Os benefícios da livre movimentação da parturiente durante o trabalho de parto, tais como a redução de sua duração, melhora do conforto materno e redução do uso de analgésicos são sustentados por evidências científicas (SOUSA, 2013). A adoção de postura vertical e movimentação podem, além de diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal

(SILVA, 2011).

A OMS (1996) classifica como práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (categoria A) a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e o estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto. Já o uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto e o uso de rotina da posição de litotomia com ou sem pernas durante o trabalho de parto são classificadas como práticas claramente prejudiciais e que devem ser eliminadas (categoria B).

Uma revisão sistemática sobre assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto publicada em 2010 mostra que a posição supina tem sido amplamente usada no segundo período do trabalho de parto, contrariando a evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário nessa posição. A posição litotômica é ainda recomendada em alguns tratados tradicionais de Obstetrícia, mas as posições alternativas incluem uma gama de posições que podem trazer benefícios para o parto: posição lateral (Sims), vertical (sentada, semi-sentada, de cócoras ou ajoelhada) e de quatro apoios. A imersão em água durante o período expulsivo do trabalho de parto aumentou o registro de satisfação por parte das parturientes no que diz respeito aos puxos, mas ainda não há evidências sobre os efeitos da imersão em água no segundo estágio, especialmente sobre a morbidade materna e neonatal (AMORIM, 2010).

Estudos apontam que posições verticalizadas ou a posição lateral associaram-se com redução da duração do segundo período do parto, redução nas anormalidades da frequência cardíaca fetal, bem como redução de relatos de dor grave e episiotomia. Ocorre, no entanto, maior perda de sangue estimada (acima de 500 mL), sem repercussões clínicas consideráveis. A conclusão dos revisores é que as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, com o balanço das evidências a favor das posturas não supinas (AMORIM, 2010).

Mouta *et al.* (2008) e Rocha, Fonseca (2010) encontraram percentuais entre 50% e 78% de posição vertical em partos assistidos exclusivamente por enfermeiras obstetras em maternidades públicas do Rio de Janeiro. Em um CPN de São Paulo, apenas 13% dos partos foram assistidos em posição horizontal, contra 77,6% assistidos em posição vertical (SOUZA, 2011).

Sousa (2013) observou em seu estudo com 61 mulheres assistidas em Hospital da rede pública de Belo Horizonte que mais de 75% pariram deitadas de costas com pernas levantadas, sem uso de perneiras. As demais mulheres deram a luz em posição de cócoras (9,8%), deitada de lado (6,6%), sentada/reclinada (6,6%) ou Gaskin (1,6%).

A maternidade do HRTN faz parte da rede de hospitais de Belo Horizonte que assinou o Termo de Compromisso das Maternidades do SUS-BH, estabelecido pela Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH), o qual estabelece metas para diversos indicadores assistenciais, objetivando humanizar a assistência e reduzir as taxas de cesariana nas maternidades da rede pública de Belo Horizonte. No que se refere a posição de parto a SMSA-BH tem como meta que mais de 70% dos partos sejam realizados em posição não supina. Segundo dados institucionais fornecidos pela coordenação da maternidade sobre todos os partos do HRTN no mesmo período deste estudo a taxa de partos em posição não supina variou de 62,02% em abril de 2014 a 81,38% em abril de 2013.

Diante dos resultados deste estudo é possível inferir que no HRTN a equipe incentiva e apoia o uso de deambulação e posições verticalizadas durante o trabalho de parto e período expulsivo. As mulheres devem orientadas sobre os benefícios da verticalização para a evolução do trabalho de parto. No momento do parto deve haver incentivo à livre escolha da posição dentro das possibilidades da maternidade. Ainda não há disponibilidade de parto com imersão em água, mas há quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) com chuveiro, bola suíça, banquinho meia lua, escada de Ling e espaço físico que permite deambulação. Em alguns plantões a equipe conta com a participação das Doulas no cuidado à mulher em trabalho de parto.

Os resultados deste estudo são similares aos encontrados por Sousa (2013), o que mostra que ambas as instituições componentes do SUS em Belo Horizonte, que tem atuação efetiva das enfermeiras obstetras, estimulam o parto em posições verticalizadas e, provavelmente, respeitam a livre escolha da posição de parto.

O fato da maior parte dos partos serem em posição semi-sentada gera certa inquietação, pois

sabe-se que esta posição permite maior controle e melhor visibilidade, sendo cômoda para o profissional que assiste ao parto. Outra justificativa possível para a grande porcentagem de partos semi-sentada pode ser a falta de informação e/ou orientação das mulheres/acompanhantes sobre a possibilidade de parirem em outras posições que lhes sejam confortáveis. Ressalta-se a necessidade de orientação e incentivo quanto à liberdade de posição e sobre os benefícios das posições verticalizadas para o trabalho de parto e período expulsivo, desmitificando a clássica posição de parto, e empoderando-as a escolher a posição que lhes for mais confortável.

Episiotomia

A episiotomia foi inicialmente proposta com o objetivo de facilitar o parto, reduzindo o trauma perineal e facilitando o reparo. Entretanto, não obstante a indicação de livros-texto, sua realização de rotina não pode ser recomendada, uma vez que existem várias evidências de que não é necessária e de que pode ser prejudicial (AMORIM, 2010).

Entre as principais morbidades relacionadas à episiotomia estão a dor perineal e o sangramento aumentado. Nesses casos, devido a urgência, os traumas perineais muitas vezes são suturados sem a boa visualização do local, podendo produzir acidentes, com lesão no trato geniturinário e nas estruturas do assoalho pélvico, causando hiper mobilidade uretral e prolapso genital. Após o parto, também podem surgir hematúria, incapacidade vesical e incontinência urinária (RIESCO *et al*, 2011).

A OMS (1996) considera o uso liberal e rotineiro de episiotomia uma prática claramente prejudicial e que deve ser eliminada (categoria B). Embora os dados disponíveis na literatura revelem que a realização de episiotomia não cumpre os objetivos que justificariam sua realização de forma rotineira, sejam eles a prevenção de lesões nas genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido, ainda hoje tal intervenção permanece sendo usada de forma abusiva em muitas instituições de saúde.

Em revisão sistemática incluindo oito ensaios clínicos (n=5.541), observou-se que, comparada à episiotomia de rotina, a episiotomia seletiva (com indicação precisa) esteve associada com

menos trauma perineal grave, menor necessidade de suturas, menos complicações na cicatrização e mais trauma perineal anterior. Não houve diferença na frequência de trauma vaginal ou perineal grave, dispareunia, incontinência urinária ou dor intensa. Os revisores recomendam que a episiotomia não seja realizada rotineiramente e, quando necessária, seja realizada com o consentimento pós-informação da parturiente (AMORIM, 2010).

Cesar (2011) encontrou ocorrência média de episiotomia de 72% entre as 2557 gestantes estudadas no Sul do Brasil. Houve variação de 86% entre as adolescentes e 66% entre as demais mães. As taxas encontradas foram bastante elevadas, principalmente entre as adolescentes, o que indica baixa incorporação de práticas baseadas em evidência na assistência ao parto no cenário do estudo.

Em contrapartida Sousa (2013) verificou em seu estudo em uma maternidade da rede pública de Belo Horizonte índice de episiotomia em torno de 11% e observou segurança na prática dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto da instituição estudada no que se refere ao uso seletivo desse procedimento e aos critérios de utilização. Tal instituição tem princípios humanizados e grande inserção de enfermeiras obstetras na assistência ao parto o que pode, também, ter justificado a baixa taxa de episiotomia encontrada.

Considerando todos os partos realizados no HRTN no período deste estudo a taxa de episiotomia variou entre 9,0% em abril de 2013 a 14,9% em abril de 2014. A SMSA-BH tem como meta de realização de episiotomia em menos de 30% dos partos vaginais. Considerando os 1434 partos assistidos por EO no mesmo período a taxa de episiotomia foi de 4,6%, o que mostra uso criterioso do procedimento por parte desta categoria profissional.

No presente estudo a taxa de episiotomia foi 4,2%. Nestes casos a episiotomia pode ter sido indicada devido a períneo resistente, no intuito de prevenir lacerações graves, mesmo que não haja respaldo científico para tal prática. Também em situações de estado fetal não tranquilizador durante o período expulsivo, já com o feto em planos avançados, no intuito de acelerar o nascimento ou mesmo por distócia de ombro ou outra complicação, sendo uma decisão conjunta entre preceptor e residente. Deve-se considerar que a baixas taxas de

episiotomia nos partos assistidos por enfermeiras residentes são reflexo da atuação da preceptoria, tanto de enfermeiras obstetras como de médicos obstetras. A episiotomia não foi realizada em 95,38% dos partos, o que mostra que as residentes em enfermagem obstétrica faziam uso seletivo do procedimento. Um aspecto relevante deste estudo é que, mesmo com a baixa taxa de episiotomia, encontrou-se pequenas taxas de lacerações perineais de terceiro (2,8%) e quarto grau (0,28%). Isso aponta para um modelo de assistência obstétrica com incorporação de práticas baseadas em evidências científicas na maternidade do HRTN.

Contato pele a pele

As práticas referentes ao contato da mãe com seu bebê e ao aleitamento materno ainda na sala de parto são também indicadores relevantes da qualidade da atenção ao parto humanizado e, segundo a OMS (1996) e MS (2001), deve ser encorajada no parto normal (categoria A).

O passo quatro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) preconiza que os bebês que tenham condições clínicas favoráveis permaneçam por pelo menos uma hora junto à pele da mãe, e que iniciem o aleitamento materno ainda na primeira meia hora após o nascimento, independentemente da via de parto (BRASIL, 2010).

O contato pele a pele precoce melhora os resultados neonatais em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória e aumenta significativamente o sucesso da amamentação, sem efeitos negativos aparentes em curto e longo prazo, segundo estudo de meta-análise. O contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora de vida, além de propiciar o envolvimento mãe-filho e o aleitamento materno, é um indicativo de que o parto transcorreu adequadamente. Além disso, favorece o vínculo afetivo, propiciando o reconhecimento entre mãe e filho, pode aumentar a autoestima materna, diminuir a ansiedade, melhorar os sentimentos de aceitação do seu novo papel e a satisfação durante o processo de parto (MOORE *et al.*, 2012).

Apesar de o contato pele a pele ser uma prática demonstradamente útil e que deve ser encorajada no parto normal especificamente, também pode e deve ser promovida no parto

operatório. Sousa (2013) verificou em sua pesquisa que dos 89 recém-nascidos vivos, o contato precoce entre mãe e filho foi garantido em mais de 77% dos partos, embora a maior frequência tenha ocorrido entre os filhos nascidos de parto normal.

Na maternidade do HRTN o contato pele a pele é incentivado e apoiado por toda a equipe multiprofissional, sendo uma prática consolidada conforme apontam os resultados deste estudo. As parturientes devem ser orientadas sobre os benefícios desta prática e preparadas para receber seus RN após o nascimento. A assistência ao RN estável deve ser feita, preferencialmente, no colo da mãe e, quando houver necessidade de encaminhar o RN ao berço aquecido, assim que este estabelecer condições favoráveis deve retornar para o contato pele a pele. Assim como o contato pele a pele, a amamentação na primeira hora de vida também deve ser apoiada e estimulada, respeitando o desejo da mulher.

No presente estudo o contato pele a pele na primeira hora de vida foi realizado em 94,40% dos partos. Os 4,75% em que não foi realizado pode ter como justificativa o nascimento de um RN deprimido, sem condições clínicas de permanecer com a mãe e que necessitaram de assistência pediátrica, seja reanimação neonatal ou transferência para unidade neonatal. Também pode ter como justificativa impossibilidade materna ou desejo de não realizar contato pele a pele.

Pela pactuação da maternidade em estudo com a SMSA-BH a meta é que 100% dos recém-nascidos vivos realizem contato pele a pele efetivo na primeira hora de vida. Considerando todos os partos realizados na instituição no mesmo período deste estudo este indicador variou entre 90,5% em abril de 2013 a 96,0% em agosto de 2013, segundo dados institucionais fornecidos pela coordenação a maternidade. Estes dados sinalizam boa incorporação desta prática pela equipe, mas indicam também necessidade de melhoria para que seja atingida a meta.

Acompanhante

A presença de acompanhante durante todo o período de internação é um direito conquistado pelas mulheres, assegurado na Lei nº. 11.108/2005, regulamentado pelo Ministério da Saúde

pela Portaria nº. 2418/2005, portanto, obrigatório em todas as instituições, sejam elas públicas ou privadas (BRASIL, 2005). Esta prática é classificada pela OMS como demonstradamente útil e que deve ser estimulada (categoria A).

A presença do acompanhante durante o processo de parturição pode proporcionar bem-estar físico e emocional à mulher e benefícios clinicamente significativos ao binômio mãe-filho. Os efeitos do suporte à mulher foram encontrados em recente meta-análise e estão associados à menor duração do trabalho de parto, uso de ocitocina, redução de cesariana e de partos vaginais instrumentais, diminuindo ainda a utilização de analgesia intraparto e melhorando os índices de Apgar no quinto minuto (SOUSA, 2013).

Outros estudos destacam ainda a importância do acompanhante quando este se envolve, não só no apoio físico e emocional, mas também no desenvolvimento, junto à parturiente, de ações como massagem, auxílio e encorajamento durante a deambulação, banho e também no período expulsivo, o que proporciona também maior grau de satisfação com o parto. Sousa (2013) verificou em sua pesquisa que quase a totalidade (92,2%) das mulheres assistidas em uma instituição de saúde da rede pública de Belo Horizonte permaneceu com o acompanhante de sua escolha durante o período de internação, sendo a maioria o companheiro/ pai da criança (62,7%).

No HRTN a presença de acompanhante familiar de livre escolha é uma prática consolidada pela instituição e apoiada pela equipe multiprofissional. A valorização do acompanhante deve acontecer em todas as etapas da internação: durante o trabalho de parto os acompanhantes podem ser encorajados a participar ativamente no apoio à parturiente, ofertando métodos alternativos para alívio da dor como massagens por exemplo. No momento do parto quando possível pode ser oferecido ao familiar que corte o cordão umbilical, o que pode ter grande representação simbólica para aquela família. No puerpério os acompanhantes devem ser orientados junto à mulher sobre os cuidados com o RN, aleitamento materno e como apoiar a mãe na nova fase.

No presente estudo houve acompanhante familiar em 96,0% dos partos assistidos pelas enfermeiras residentes. Partos sem acompanhante familiar foram apenas 3,7%. Estes dados

corroboram com a afirmação de que a presença do acompanhante familiar é uma prática consolidada e respeitada pela equipe da maternidade do HRTN.

Analgesia

Métodos não farmacológicos

A OMS (1996) recomenda que o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor deve ser privilegiado durante a assistência ao trabalho de parto, considerando-os como “práticas reconhecidamente úteis e que devem ser estimuladas”, Categoria A na recomendação de boas práticas na assistência ao parto.

Entre as práticas não medicamentosas, tem-se estudado o uso de acupuntura, acupressura, hipnose, técnicas de relaxamento e respiração, aplicação de frio e calor, aromaterapia, áudioanalgesia, massagem, deambulação e banho de imersão durante o parto (SILVA, 2011).

Em um estudo de revisão sistemática, foram incluídos 14 ensaios com 1.448 parturientes que utilizaram diferentes formas de tratamento para a dor (acupuntura, hipnose, áudioanalgesia, aromaterapia, massagem e relaxamento). A hipnose mostrou-se efetiva em termos de reduzir a necessidade de métodos farmacológicos para alívio da dor, aumentando o grau de satisfação materna. Maior chance de parto vaginal e redução da necessidade de analgesia. A acupuntura também se associou a uma menor intensidade da dor e redução do uso de ocitocina. A eficácia de métodos como acupressão, aromaterapia, áudioanalgesia, relaxamento e massagem não foi ainda estabelecida, sendo necessários ensaios clínicos randomizados para avaliação dessas terapias complementares para alívio da dor durante o trabalho de parto (PORTO, 2010).

Deve-se considerar que o suporte contínuo intraparto e as posições verticalizadas durante o parto também se associam à redução da dor e maior grau de satisfação materna como já demonstrado em revisões sistemáticas. A imersão em água em banheiras ou similares durante o trabalho de parto tem sido investigada como um método de promoção de relaxamento e alívio da dor. Em uma revisão sistemática de 11 ensaios clínicos, a imersão em água foi associada à redução no uso de analgesia e redução no relato de dor, sem prejudicar a duração do trabalho de parto, as taxas de partos cirúrgicos ou o bem-estar neonatal (PORTO, 2010).

A SMSA-BH recomenda que os métodos não farmacológicos para alívio da dor sejam ofertados a 100% das mulheres em trabalho de parto. De acordo com dados institucionais fornecidos pela coordenação da maternidade a oferta variou entre 75,71% em julho de 2013 a 87,78% em julho de 2013, considerando todos os partos realizados na instituição no período de abril de 2013 a abril de 2014.

No livro fonte de dados deste estudo a oferta de métodos não farmacológicos não é registrada, não sendo possível quantificar estes dados nos partos assistidos por REO, mas pode-se inferir que esta é uma prática adotada pelas enfermeiras obstetras e residentes, quando se observa, por exemplo, as baixas taxas de analgesia farmacológica, em torno de 16%, nos partos assistidos por estas profissionais.

Métodos farmacológicos

Classicamente, vários métodos farmacológicos foram propostos, mas existe consenso atualmente de que, se algum método farmacológico for indicado para alívio da dor durante o trabalho de parto, a analgesia regional com peridural ou técnica combinada (raquidiana e peridural) deve ser empregada preferencialmente, em relação ao uso de opióides sistêmicos ou analgesia inalatória. A técnica ideal para analgesia de parto deveria ter mínima ou ausente transferência placentária, ausência de efeitos sobre o fluxo sanguíneo uteroplacentário, efeitos mínimos e reversíveis sobre o feto e neonato, ausência de efeito ocitócico ou tocolítico e ausência de bloqueio motor (PORTO, 2010).

Uma revisão sistemática realizada em 2011, incluindo 38 estudos, comprovou a eficácia da analgesia peridural para redução da dor de mulheres durante o processo de parto, mas também revelou maior risco de parto instrumental, maior necessidade de ocitocina e aumento da duração do segundo estágio do parto. Não houve associação dessa intervenção com risco de cesariana, cefaléia e escores de Apgar menores que sete no quinto minuto (AMORIM, 2011).

Na maternidade em estudo a analgesia farmacológica, seja por técnica peridural ou raquianestesia, é considerada um direito da mulher de acordo com os princípios da humanização e é ofertada conforme desejo da parturiente, após a oferta de diferentes métodos

não farmacológicos para alívio da dor e sob orientações sobre os riscos e benefícios do procedimento, ou nos casos em que há indicação clínica para realização do mesmo. A técnica de analgesia empregada na instituição permite, na maior parte dos casos, a deambulação, movimentação e uso concomitante de outros métodos alternativos de alívio da dor como chuveiro. Isto pode influenciar para o desfecho favorável dos partos, conforme mostram as evidências sobre movimentação e verticalização durante o trabalho de parto.

A SMSA-BH recomenda a utilização de analgesia, quando esgotados os recursos não farmacológicos para alívio da dor, em torno de 30% dos partos normais. A proporção de parto normal com analgesia variou de 14,1% em janeiro de 2014 e 27,9% em agosto de 2013, considerando todos os partos realizados na instituição no mesmo período deste estudo. Considerando os 1434 assistidos por EO no período do estudo 14,7% recebeu analgesia por técnica peridural e, 1,1% raquidiana. Os demais 84,1% dos partos foi sem analgesia farmacológica.

No presente estudo a analgesia farmacológica foi realizada em 17,6% dos partos, sendo 16,6% por técnica peridural e 1,1% raquidiana. Analgesia não foi realizada em 82,2% dos partos assistidos por REO. Estes dados demonstram que a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor pode ter sido influenciado positivamente na escolha da parturiente em receber ou não a analgesia farmacológica.

Lacerações perineais

Lacerações perineais são traumas em estruturas componentes da vagina que podem ocorrer de forma espontânea durante a passagem do feto pelo canal de parto ou em decorrência de episiotomia, as quais podem se prolongar.

A laceração de primeiro grau é aquela que não atinge nenhum músculo, estendendo-se através da fúrcula, mucosa vaginal e da pele. Já a laceração de segundo grau acomete os músculos perineais, porém, sem lesão do esfíncter retal. A laceração de terceiro grau atinge essa estrutura e, algumas vezes, prolonga-se até a parede anterior do reto. Neste último caso, em que a parede do reto é comprometida, por vezes utiliza-se o termo laceração de quarto grau. As lacerações de primeiro e segundo grau são consideradas leves e lacerações de terceiro e

quarto grau são consideradas graves, pois podem levar à incontinência urinária e fecal, sendo estas últimas mais raras (REZENDE, 2005).

A ocorrência de lacerações perineais no parto normal depende de diversos fatores, que podem estar relacionados às condições maternas, ao feto, ao parto em si e ao prestador de serviço. Embora estes fatores não estejam definitivamente estabelecidos, existem evidências indicando o local do parto e o profissional que assiste, a escolaridade materna, a paridade, a altura do períneo, a duração do segundo estágio do parto, a cicatriz perineal anterior, a infusão de ocitocina, a posição no parto, a analgesia farmacológica, os puxos dirigidos, as manobras de proteção perineal, o peso e o perímetro cefálico do RN, como fatores relacionados, entre outros. Quanto a integridade perineal, sua chance aumenta entre as mulheres com um ou mais partos vaginais anteriores (RIESCO *et al*, 2011).

Estudos também têm buscado associação entre a posição materna no parto e as lacerações perineais. Sousa (2013) verificou que a posição deitada de lado, juntamente com a posição de cócoras foram as que tiveram maior ocorrência de lacerações, de primeiro grau principalmente, com 75,0% e 83,3% dos casos, respectivamente. Essas duas posições também foram as que mais favoreceram para que as mulheres tivessem lacerações na pesquisa desenvolvida por Souza (2011) em um CPN do Rio de Janeiro, com incidência de 50,2% nos partos assistidos em posição lateral e 69,6% naqueles assistidos de cócoras. Em ambas pesquisas a posição de Gaskin foi a que teve menor incidência de traumas perineais, seguida da posição sentada/reclinada.

Entre as principais morbidades relacionadas estão a dor perineal e o sangramento aumentado. Após o parto, também podem surgir hematúria, incapacidade vesical e incontinência urinária. A disfunção geniturinária e sexual produzida pelo trauma perineal pode ser também devida à perda ou diminuição do tônus muscular perineal. Porém, esse achado contrasta com dados de outros estudos, os quais concluíram que a via de parto, a paridade, a idade materna, o peso do recém-nascido (RN) e a episiotomia não foram fatores determinantes para a redução da força muscular perineal. Considerando os problemas em curto prazo (perda sanguínea, necessidade de sutura e dor perineal) e em longo prazo (disfunções intestinais, urinárias e sexuais),

associados ao trauma perineal no parto, sua prevenção, redução e reparação adequada são fatores importantes para as mulheres e os profissionais que as assistem (RIESCO, 2010).

Considerando os 1434 partos assistidos por EO em 30,4% houve períneo íntegro, 44,7% lacerações de primeiro grau, 22,8% lacerações de segundo grau, 1,95% de terceiro grau e 0,14% de quarto grau. Tais resultados são próximos aos verificados neste estudo e, associados com as baixas taxas de episiotomia nos partos assistidos pelas enfermeiras residentes, corroboram com a recomendação do uso seletivo da episiotomia como um prática favorável.

Escore de Apgar

O momento de transição da vida intrauterina para extrauterina é crucial para o desenvolvimento do bebê, e deve ser minuciosamente preparado e vivenciado. É indispensável que nos primeiros minutos de vida do neonato seja realizada avaliação completa e sistemática, visando identificar desvios da normalidade, e que forneça às informações básicas sobre a vitalidade e a adaptação do RN à vida fora do ventre materno (BARBOSA, 2006).

A avaliação realizada imediatamente após o parto é composta pelo o escore de Apgar, sendo complementada com a avaliação do aspecto geral, a medida dos sinais vitais e medidas antropométricas. O índice de Apgar avalia cinco critérios clínicos: cor da pele, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, respiração e tônus muscular. O RN é avaliado no primeiro e no quinto minuto de vida e cada critério garante de 0 a 2 pontos, desencadeando assim uma soma adequada entre 7 e 10 pontos. Quando a soma total resulta em 4 a 6 pontos sugere dificuldade moderada do RN em adaptar-se e menor que 4 pode indicar sofrimento. Julga-se assim o grau de adaptação imediata e o grau de depressão neurológica do RN nos primeiros cinco minutos de vida (SBP, 2011).

O índice Apgar tem sido pouco utilizado para avaliar a qualidade de assistência ao parto, sendo considerado um indicador pontual, além de não ser utilizado para determinar o início da reanimação neonatal. No entanto, sua aplicação permite avaliar a resposta do neonato às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras. O Apgar no quinto minuto é mais utilizado

para avaliação da adaptação do RN por melhor representá-la, se comparado ao Apgar de primeiro minuto. Se o escore é inferior a 7 no 5º minuto, recomenda-se realizá-lo a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida. É necessário documentar o escore de Apgar de maneira concomitante à dos procedimentos de reanimação executados (SBP, 2011).

É importante considerar que um Apgar baixo não é necessariamente resultado de uma assistência ao parto e ao neonato inadequada, assim como um bom índice de Apgar não indica boa qualidade assistencial ao binômio. Este índice, entretanto, é um bom indicador para resultados perinatais a longo prazo, além de ser considerado importante preditor da avaliação do bem-estar e do prognóstico inicial do recém-nascido. A avaliação imediata do RN pode ser feita por pediatra ou outro profissional capacitado para prestar a assistência necessária, desde o suporte básico até a reanimação neonatal. Na maternidade do HRTN o pediatra é o profissional responsável pela assistência ao RN na sala de parto. A instituição possui UTI neonatal para onde são encaminhados os RN que necessitam de cuidados específicos. Os neonatos que apresentam boa vitalidade são colocados em contato pele a pele com as mães e após, permanecem em alojamento conjunto até a alta.

Pela SMSA-BH a meta de Apgar <7 no quinto minuto é no máximo 3%. Este indicador variou entre 0,8% em fevereiro de 2014 a 2,4% em novembro de 2013 considerando todos os partos realizados na instituição no mesmo período do estudo, ou seja, esteve sempre dentro da meta estabelecida.

No presente estudo os dados sobre escore de Apgar foram divididos em Apgar <7 (6,44%) e ≥ 7 (93,56%) no primeiro minuto; <7 (0,84%) e ≥ 7 (99,16%) no quinto minuto. Tais dados mostram que a quase totalidade dos RN apresentava boas condições de vitalidade no primeiro e quinto minuto. A este dado se associa o incentivo e a alta taxa de contato pele a pele precoce, sendo um dos fatores que contribuem para melhor adaptação a vida extrauterina, além de assistência qualificada aos RN que necessitam de cuidados específicos ou reanimação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciam que a assistência ao parto prestada pelas residentes em enfermagem obstétrica foi coerente com as recomendações de boas práticas em todos os aspectos analisados, consolidando as evidências literárias sobre a assistência ao parto promovida por enfermeiras obstetras. Foi possível observar maioria de partos em posições verticalizadas, uso seletivo de episiotomia, com baixa incidência de lacerações perineais graves, alto índice de contato pele a pele, presença de acompanhante na maioria dos partos, baixas taxas de analgesia farmacológica, e escores de Apgar que demonstram boa vitalidade fetal em quase todos os recém-nascidos. Diante do exposto é possível concluir que a atuação das enfermeiras residentes em enfermagem obstétrica contribuiu para a obtenção de resultados obstétricos e neonatais favoráveis na maternidade do HRTN.

Devido à forma de organização e registro dos procedimentos no livro utilizado para coleta de dados, não foi possível avaliar algumas práticas obstétricas tais como uso de ocitocina, amniotomia, oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor, oferta de líquidos durante o trabalho de parto e uso de partograma. Estes dados seriam importantes para uma análise mais detalhada sobre a assistência ao parto. Os dados institucionais fornecidos pela coordenação da maternidade forneceram uma dimensão de algumas destas práticas na maternidade, contudo, não foi possível, neste estudo, avaliar quantitativamente tais procedimentos somente nos partos assistidos por enfermeiras residentes. Sugere-se ampliação dos indicadores no livro de registro e padronização no seu preenchimento para melhor qualificação dos dados da assistência ao parto prestada pelas enfermeiras obstetras/residentes.

A capacitação profissional no modelo de residência é intensa e exige dedicação. A extensa carga horária prática aliada à teoria são determinantes para uma formação qualificada e humana das enfermeiras residentes. A possibilidade de atuar efetivamente na assistência, em conjunto com outras categorias profissionais, enriquece a formação, abrangendo diferentes fases e situações do ciclo gravídico-puerperal. É importante salientar que a capacitação das enfermeiras obstetras nesta modalidade pioneira de residência só foi possível graças ao estímulo governamental, com recursos provenientes do programa Rede Cegonha, e os esforços conjuntos da Escola de Enfermagem da UFMG e demais instituições envolvidas.

Os resultados deste estudo evidenciam a incorporação do modelo assistencial humanizado e baseado em evidências científicas pela equipe do HRTN. O modelo colaborativo de assistência obstétrica pode gerar resultados favoráveis e promissores com as atuações complementares entre as diferentes categorias profissionais. A prática supervisionada durante todo o processo de formação e a avaliação constante das habilidades adquiridas pelas residentes são fundamentais para a consolidação do conhecimento, para maior segurança das aprendizes e para a oferta de uma assistência qualificada e humanizada a mulher, recém nascido e família.

A instituição que acolhe as enfermeiras residentes obtém retorno positivo, pois a atuação preceptorada das mesmas resulta em assistência qualificada, que atende a perspectiva da prática baseada em evidência científica, segura, com baixo custo e bons resultados obstétricos e neonatais. Os resultados da atuação das enfermeiras residentes refletem o modelo institucional incorporado, o qual é transmitido as residentes pelos preceptores. O incentivo a formação de enfermeiras obstetras é fundamental para o fortalecimento desta categoria profissional, para maior inserção destas profissionais em espaços aonde a assistência ao parto ainda é médico-centrada e para mudança do modelo obstétrico hegemônico nacional.

REFERÊNCIAS

ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists- Committee opinion no. 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. **Obstet Gynecol** 2013; 121:908-10.

AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R; PORTO, A.A.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010.

AMORIM, T e GUALDA, D.M.R. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. **Rev. Rene**, Fortaleza, 2011 out/dez; 12(4):833-40.

BARBOSA R. F. et al.; Reanimação Neonatal; in ALVES FILHO, N. et al.; **Perinatologia Básica**. 3a edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. Cap.21, p.172. 2006.

BATALHA, E. O lugar das Enfermeiras e Obstetrizes. **Revista RADIS**, Ed. 148/ Jan 2015. P.30 a 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Lei 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: 07 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.**– Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Planejamento Familiar**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**: Institui no Sistema Único de Saúde, SUS, a Rede Cegonha. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 18 de Abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Departamento de Atenção**

Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011** : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p. : il.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014. 208 p. : il., gráfs., mapas color.

NASCER NO BRASIL: inquérito sobre parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Vol.30 supl.1. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102. Acesso em 15 de junho de 2015.

CAVALCANTI,P.C.S; GARIBALDI D. Jr; VASONCELOS, A.L.R; Guerrero, A.V.P. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2013; 23 [4]: 1297-1316.

CESAR, J.A. *et al.* Características sociodemográficas e de assistência a gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 985-994, 2011.

DOMINGUES, R.M.S.M; SANTOS, E.M.S; Leal, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. 20 Sup 1:S52-S62 .

COFEN, Decreto nº 94406.87. **Regulamentação da Lei 7498/86**. Fonte: PORTAL EDUCAÇÃO. Disponível em : <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/1735/decreto-n-94406-87-regulamentacao-da-lei-n-7498-86#!5#ixzz3duAFhIYV>. Acesso em 23/06/2015.

GRAVENA, A.A.F.; PAULA, M.G.; MARCON, S.S.; CARVALHO, M.D.B.; PELLOSO, S.M. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul Enferm.** 2013; 26(2):130-5.

IBGE, **Projeção da População do Brasil - 2013**. Disponível em <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total>. Acesso em 31/10/2014.

MOORE, E.R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The Cochrane Library**, n. 12, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003519>>. Acessado em: 15 de outubro de 2014.

MOUTA, R.J.O. *et al.* Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16. n. 4, p. 472-476, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: 1996, 53p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio** <http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>. Acesso em 09/03/2015;

PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 10, 2010.

RABELO, L.R.; OLIVEIRA, D.L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, 2010; 44(1):213-20.

RAMOS H.A.C, CUMAN R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2009 abr-jun; 13 (2): 297-304.

RIESCO, M.L.G. *et al*. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n.1, p. 77-83, 2011.

REZENDE, J. Obstetrícia fundamental. 2. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2005.

ROCHA, C.R.; FONSECA, L.C. Assistência do enfermeiro obstetra a mulher parturiente: em busca do respeito a natureza. **Rev. de Pesq.:** cuidado é fundamental, v. 2, n. 2, p. 807-816, 2010.

SANTOS, NCP; VOGT,SE; PIMENTA, AM; DUARTE, ED; MADEIRA, LM; ABREU, MNS, *et al*. Resultados maternos y neonatales en el trabajo de parto y parto de adolescentes admitidas en un Centro de Parto Normal brasileiro. **Adolesc Saude**. 2014;11(3):39-50.

SILVA, L.M et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**. 2011;24(5):656-62.

SILVA, J.L.C.P; SURITA, F.G.C. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2009 31(7): 321 – 5.

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria. **Programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria**: Condutas 2011. 27p.

SOUSA, A.M.M. **Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte**. Tese de mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

SOUZA, D.O.M. **Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008**. 2011, 84f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

SOGC – Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. **JOGC**, september 2008.

VOGT, S.E. *et al.* Características da assistência ao trabalho de parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011.

ANEXO 1

RECOMENDAÇÕES DE BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO SEGUNDO CLASSIFICAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001.

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente

- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
- Uso rotineiro de ocitocina, clampeamento tardio (1 a 3 minutos após o nascimento) e tração controlada do cordão, durante o 3o estágio do trabalho de parto
- Condições estéreis ao cortar o cordão
- Prevenção da hipotermia do bebê
- Contato pele a pele precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:

- Uso rotineiro de enema
- Uso rotineiro de tricotomia
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto
- Cateterização venosa profilática de rotina
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto

- Exame retal
- Uso de pelvimetria por Raios-X
- Amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
- Lavagem uterina rotineira após o parto
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto

CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos
- Amniotomia e ocitocina precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto para prevenção de progresso inadequado do parto
- Pressão do fundo uterino durante o trabalho de parto

- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
- Manipulação ativa do feto no momento do parto
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
- Controle da dor por agentes sistêmicos
- Controle da dor por analgesia peridural
- Monitoramento eletrônico fetal
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto
- Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
- Cateterização da bexiga
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário
- Clampeamento precoce do cordão umbilical
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto
- Parto operatório e exploração manual do útero após o parto

ANEXO 2

HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES	
Parecer de Projeto de Pesquisa	
Belo Horizonte, 06 de agosto de 2014	
Processo Nº 25/2014	
Título do Projeto: Análise dos indicadores da assistência ao parto prestada pelas residentes em Enfermagem Obstétrica em uma maternidade pública de ensino de Belo Horizonte no período de Abril de 2013 a Abril de 2014.	
Pesquisador: Ana Luiza Ribeiro Figueiredo Coura (Enfermeira Residente) e Profa Marta Araújo Amaral	
Descrição/objetivos	
A proposta apresentada refere-se a um estudo quantitativo, retrospectivo a ser desenvolvido na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) como parte integrante da monografia de uma Enfermeira do curso de Residência em Enfermagem Obstétrica. Os dados a serem estudados serão retirados do "Livro de registro de partos assistidos pelas Enfermeiras Obstetras", considerando o período de abril de 2013 a abril de 2014.	
Os objetivos do estudo são analisar os indicadores da assistência ao parto prestada pelas Enfermeiras Residentes em Enfermagem Obstétrica na maternidade de uma instituição de ensino de Belo Horizonte e comparar os resultados da assistência prestadas pelas Residentes em Enfermagem Obstétrica com as recomendações de boas práticas de assistência ao parto propostas pelo Ministério da Saúde.	
Relevância As pesquisadoras declaram que os resultados da pesquisa poderão ser utilizados para aprimoramento da assistência obstétrica.	
Metodologia	
Serão incluídas todas as pacientes cujo parto tenha sido assistido por residente em enfermagem obstétrica da primeira turma do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). A coleta tem início previsto para agosto de 2014 com término previsto para o mesmo mês. Os dados registrados no referido Livro são: data / hora do parto, nome da paciente, idade, paridade, idade gestacional, posição de parto, realização de episiotomia e contato pele a pele, presença de acompanhante, se a parturiente recebeu analgesia e qual o tipo (peridural, raquianestesia), se houve laceração perineal e qual o grau, escore de Apgar do RN, nome da residente e nome da enfermeira obstetra que assistiu ao parto. Em alguns casos os partos assistidos por enfermeiras residentes são preceptorados por médicos obstetras e estes também são registrados no Livro. Os dados serão organizados em um banco de dados para análise estatística simples.	
RDU NGQ Ver. 01/0513	R. das Carminhas, 81 - Vila Odivia Belo Horizonte - MG. 31775-020 - (51) 3488-0000



Equipe de pesquisadores

Proponentes (Residente e orientadora)

Financiamento/Custos

A pesquisa não conta com recursos provenientes de financiamentos. Os gastos previstos com materiais, banco de dados, análise estatística e demais gastos serão de total responsabilidade das pesquisadoras que declaram que não haverá ônus para o HRTN.

Aspectos éticos

O estudo não envolve intervenção. Não foi incluído Termo de Consentimento e sua ausência não foi justificada. O estudo tem a anuência da Coordenação de Enfermagem Obstétrica da Maternidade do HRTN. Os nomes dos profissionais cuja atuação está em questão não serão divulgados.

O estudo será submetido à análise somente pelo NEPE.

Parecer

Sou salvo melhor juízo pela aprovação do estudo.



Colegiado do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão - NEPE/HRTN

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

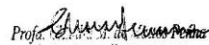
PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA

Título do projeto: “Análise da Assistência ao parto prestada pelas residentes em enfermagem obstétricas em uma Maternidade Pública de ensino de Belo Horizonte no período de abril de 2013 a abril de 2014”.

Autores: Ana Luiza Ribeiro Figueiredo Coura (Residente de enfermagem do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais) e Profa. Dr^a. Marta Araújo Amaral (Orientadora).

Descrição do projeto: Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo retrospectiva, cujo objeto de estudo refere-se à prática na assistência ao parto, realizados por enfermeiras, residentes em enfermagem obstétrica. Propõe-se como objetivo do estudo analisar a assistência prestada no parto pelas enfermeiras residentes em Enfermagem Obstétrica da primeira turma do PRONAENF na maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves em Belo Horizonte (HRTN). O banco de dados será elaborado a partir do livro de registros de partos assistidos pelas residentes. Neste banco serão incluídos os partos registrados no período de abril de 2013 a abril de 2014. Serão selecionados os seguintes dados: idade materna, paridade, idade gestacional, analgesia farmacológica, posição do parto, episiotomia, laceração perineal, Apgar, contato pele á pele e presença de acompanhante. No que tange aos aspectos éticos a autora relata que o projeto já obteve aprovação da coordenação do programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e a anuência da coordenação da maternidade, bem como também do Núcleo de Pesquisa (NEPE) do HRTN (parecer n.25/2014). Constam ainda no Projeto o cronograma e anexos relativo às boas práticas na assistência ao parto, segundo classificação do

Aprovado em "ad referendum" da Câmara
Departamental do EMI em 10/11/14

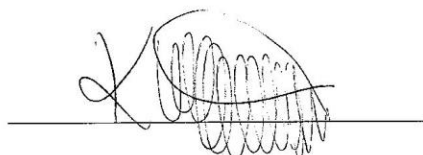

Prof.ª Marta Araújo Amaral
Chefe do Centro de Enfermagem
Materno Infantil de Saúde Pública
Escola de Enfermagem UFMG

Ministério da Saúde(BRASIL, 2001), além do instrumento que será utilizado para de coleta de dados a serem utilizados no Banco de dados.

Mérito e análise do projeto: apresenta coerência teórica e metodológica e o objetivo proposto é passível de consecução.

Conclusão: Diante do exposto sou pela **aprovação** do projeto de pesquisa "Análise da Assistência ao parto prestada pelas residentes em enfermagem obstétricas em um Maternidade Pública, de ensino", salvo melhor juízo da Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 02 de outubro de 2014.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'K' followed by a series of loops and a horizontal line, positioned above a solid horizontal line.

Prof.ª Dr.ª Kleyde Ventura de Souza
Mat. UFMG 213756
Relatora do parecer pela Câmara Departamental do EMI