

**INTERVENÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO ACOMPANHADO POR ENFERMEIRAS
OBSTÉTRICAS.
INTERVENTION IN ASSISTANCE FOR THE DELIVERY ACCOMPANIED BY NURSES
OBSTETRICS.
INTERVENCIÓN EN LA ASISTENCIA AL PARTO ACOMPAÑADO DE ENFERMERAS
OBSTETRAS.**

*Walkiria Fernandes Camilo Ferreira⁽¹⁾
Kleyde Ventura de Souza⁽²⁾*

Resumo: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, de delineamento transversal baseado no estudo intitulado "Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento" que tem como objetivo descrever as intervenções que alteram a fisiologia do trabalho de parto e parto empregadas por enfermeiras obstétricas, em três maternidades públicas do município de Belo Horizonte. Fizeram parte deste estudo 167 puérperas que foram assistidas exclusivamente por estas profissionais durante o trabalho de parto e parto. A coleta de dados deu-se através de prontuários e, entrevista com as mulheres. Os resultados mostraram: rotura artificial de membranas= 47%; infusão de ocitocina: 43%; posição litotômica no parto= 51%; episiotomia = 4,2% e manobra de Kristeller = 8,4 %. Conclui-se que as enfermeiras obstétricas têm, aos poucos, modificado a assistência ao parto, contudo, faz-se imperativa a adoção de estratégias que auxiliem estes profissionais no abandono de práticas inerentes ao modelo tecnocrático de assistência.

Palavras chave: Enfermagem Obstétrica; Parto normal; Humanização da Assistência; Práticas profissionais

Abstract: This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study based on the study entitled "Born in Belo Horizonte survey on labor and birth" to describe interventions that alter the physiology of labor and birth employed by midwives in three public hospitals in the city of Belo Horizonte. This study included 167 mothers who were attended exclusively by these professionals during labor and delivery. Data collection occurred through records and interviews with women. The results showed: artificial rupture of membranes = 47%; oxytocin infusion: 43%; lithotomy position at delivery = 51%; episiotomy = 4.2% and maneuvering Kristeller = 8.4%. It is concluded that obstetric nurses have gradually modified the delivery care, however, is made imperative the adoption of strategies to assist these professionals in the abandonment of practices inherent to the technocratic model of care.

Keywords: Obstetrical nursin; Normal birth; Humanization of Assistance; Professional practices

Resumen: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, basado en el estudio titulado "Nacido en Belo Horizonte encuesta sobre el trabajo y el nacimiento" para describir las intervenciones que alteran la fisiología del parto y el nacimiento empleado por parteras en tres los hospitales públicos de la ciudad de Belo Horizonte. Este estudio incluyó a 167 madres que asistieron exclusivamente por estos profesionales durante el parto. La recolección de datos ocurrió a través de los registros y entrevistas con las mujeres. Los resultados mostraron: rotura artificial de membranas = 47%; infusión de oxitocina: 43%; posición de litotomía durante el parto = 51%; episiotomia = 4,2% y manobra Kristeller = 8,4%. Se concluye que las enfermeras obstétricas han modificado gradualmente la atención del parto, sin embargo, se hace imprescindible la adopción de estrategias para ayudar a estos profesionales en el abandono de las prácticas inherentes al modelo tecnocrático de la atención

Palabras clave: Enfermería obstétrica; Parto normal; Humanización de la Atención; Practicas profesionales

⁽¹⁾ Enfermeira. Residente em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil. Email: walkiriafc.ferreira@gmail.com

⁽²⁾ Enfermeira. Doutora pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais . Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Email: kleydeventura@gmail.com

INTRODUÇÃO

A assistência obstétrica brasileira é reconhecida como uma das mais intervencionistas, com taxas de cesáreas que superam, e muito, àquelas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde(OMS). No Brasil em 2011 aproximadamente 98% dos partos ocorrem em ambiente hospitalar. No entanto, as taxas de mortalidade materna e neonatal ainda permanecem altas e estáveis no país⁽¹⁾. É sabido que o uso desnecessário e rotineiro de práticas que alteram a fisiologia do parto expõe as mulheres e seus bebês à uma cascata de intervenções, o que aumenta a morbimortalidade materna e neonatal ⁽²⁾. Estudo realizado em Pelotas, demonstrou que o aumento de induções e cesáreas ao longo de três décadas promoveu um maior número de prematuros, e bebês com baixo peso ao nascer ⁽³⁾.

Esse cenário começou a gerar a insatisfação das mulheres com a assistência ao parto recebida, e receber críticas de vários setores da sociedade. Estes movimentos começaram a cobrar do Estado, um posicionamento em relação à saúde da mulher, com a adoção de políticas públicas que norteassem as mudanças nesse panorama ⁽⁴⁾. Dessa forma, a partir da década de 1980 o Ministério da Saúde passou a considerar a saúde da mulher como prioridade ^(5,6) com o lançamento de programas que visavam à melhoria da assistência. O primeiro destes, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, modificou o olhar dirigido à saúde feminina, e, conceitos como integralidade e autonomia começam a fazer parte da assistência à mulher, que até então era vista somente como “genitora” ^(5,7).

Em 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o “Care in the normal birth – a practical guide” , com foco no grande grupo de gestantes classificadas como de risco habitual, reiterando que no parto normal, uma razão válida deve existir para que se interfira no seu processo fisiológico ⁽⁸⁾. Este documento serviu como balizador para as mudanças nas práticas de assistência às mulheres e seus bebês, no processo de parto e nascimento no Brasil ⁽⁴⁻⁶⁾, e fortaleceu ainda mais a discussão sobre o modelo assistencial vigente, tecnocrático, permeado de intervenções que alteram a fisiologia do parto e tiram a mulher do protagonismo deste momento ⁽⁹⁾.

A partir da década de 1990, o Ministério da Saúde passa a considerar a enfermeira obstétrica como determinante para a mudança no cenário obstétrico nacional, uma vez que esta profissional é comprometida com uma atuação que busca respeitar a fisiologia do parto e promove a autonomia feminina ^(2,10). No final dessa década o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2815 e incluiu na tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) o “parto normal sem distócia realizado por Enfermeiro Obstetra”. Essa ação foi considerada um marco na assistência obstétrica, uma vez que respaldada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, inseriu de forma definitiva esta profissional no cenário de assistência ao parto ^(6,11).

Estudos demonstram que a presença da Enfermeira Obstétrica na assistência ao parto proporciona à mulher maior protagonismo, e respeito à fisiologia do parto, além de aumentar as chances da ocorrência de um parto normal ^(10,13).

Para que estes resultados sejam alcançados, faz-se necessário que médicos e enfermeiros atuem de forma conjunta, em prol de uma assistência qualificada como é proposto no modelo colaborativo de assistência. Nesse, espera-se que a relação entre os profissionais se dê de forma igualitária, o diálogo eficaz e que a tomada de decisão seja feita em conjunto e, que a mulher seja parte desse processo decisório ⁽¹⁴⁾. No entanto, para que esse modelo seja adotado, é importante que os papéis de cada profissional sejam bem definidos, além disso faz-se necessária a participação dos gestores, com a criação de protocolos que respaldem a prática da enfermeira obstétrica e valorize sua participação na assistência ⁽¹⁵⁾.

Tendo em vista esse contexto e a importância da inserção desses profissionais na assistência ao parto e nascimento com autonomia em serviços, cujos profissionais médicos e enfermeiros atuam colaborativamente na assistência ao parto, questiona-se sobre o uso de práticas que interferem na fisiologia do parto e nascimento por estas profissionais. Dessa forma este estudo tem como objetivo descrever o uso destas práticas pelas enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, que atuam em um modelo colaborativo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Em 1985, a OMS em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), realizou um estudo, que demonstrou que o emprego de inúmeras intervenções ao parto e nascimento traziam mais prejuízos do que benefícios às mulheres e bebês. Essa argumentação fez parte do escopo do documento “Care in normal birth – a practical guide”, que sugeria o ingresso de outros profissionais de saúde na assistência ao parto de risco habitual ⁽⁸⁾.

A enfermeira, devido à sua formação holística, e por enxergar o indivíduo em sua integralidade, seria a profissional mais capacitada para a assistência humanizada ao parto e nascimento ^(10,13). Essa atuação está respaldada na lei 7498 publicada em 1983 que garante ser privativa ao enfermeiro a assistência ao parto normal sem distócia ⁽¹²⁾, e na resolução 339 de 2008 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que dispõe sobre a responsabilidade legal do Enfermeiro Obstetra ⁽¹⁶⁾.

Porém, mesmo com todos os esforços despendidos somente no final da década de 1990 é que a assistência humanizada ao parto passou a ser pauta para o Ministério da Saúde, quando em 29 de maio de 1998 foi publicada a Portaria 2815, que inclui na tabela de procedimentos o “parto normal sem distócia realizado pelo Enfermeiro Obstetra”. Ainda como forma de melhorar os indicadores de

Comentado [Kleyde Ve1]: Pode ser utilizado m outra parte do texto.

saúde materna e neonatal no país em 2011 o Ministério da Saúde publicou a portaria 1459, que instituiu no âmbito do Sistema único de Saúde a Rede Cegonha. Em um dos seus componentes têm-se o “práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas”, que visa à redução da morbimortalidade materna e neonatal, através de uma assistência pautada nos melhores estudos e com o uso correto das intervenções ⁽¹⁷⁾.

O Brasil é reconhecido como um dos países com a prática obstétrica mais intervencionista. Dados apresentados pelo estudo “Nascer no Brasil” numa amostra de 6740 mulheres, revelaram que apenas 5,6% pariram de forma natural e que as intervenções mais utilizadas durante o processo de nascimento foram a infusão intravenosa (38,2%) e amniotomia (40,7%)⁽¹⁾. Em conjunto, estas práticas fazem parto do que é chamado de “manejo ativo” do trabalho de parto, que visa à redução da duração do primeiro período do trabalho de parto, uma vez que propicia um aumento na frequência e da intensidade das contrações ⁽¹⁸⁻²²⁾. Contudo, estas intervenções estão associadas à uma maior necessidade de cesáreas de urgência uma vez que propiciam a ocorrência de padrões de frequência cardíaca fetal não tranquilizadores ⁽²⁰⁻²²⁾.

Quanto ao parto, algumas intervenções se fazem presentes, como a posição litotômica, a episiotomia e a manobra de Kristeller. É sabido que o decúbito dorsal é desaconselhável na assistência ao parto uma vez que nesta posição há compressão da veia cava, com consequente redução da perfusão-útero-placentária e, padrões de frequência cardíaca fetal não tranquilizadores, além disso, as mulheres relatam maior desconforto e insatisfação com o parto nesta posição ⁽²³⁻²⁴⁾.

A episiotomia é, segundo a OMS, uma prática realizada de forma inadequada, foi incorporada à assistência ao parto como forma de reduzir as lacerações de terceiro grau, e evitar toco-traumatismos no neonato ^(1,8,23). Porém, esta prática está associada à maiores riscos de lacerações perineais graves, dor intensa, sangramento mais intenso e infecção ⁽¹⁾. No entanto, a Organização Mundial de Saúde não proíbe o uso desta prática apenas desaconselha o seu uso de forma rotineira, contudo, recomenda que esta taxa seja de 10 a 30% ^(1,23). A Manobra de Kristeller foi incorporada à assistência ao parto como uma forma de abreviar a duração do segundo estágio na vigência de sofrimento fetal ou, exaustão materna. No entanto, em uma revisão da Cochrane com 500 mulheres, concluiu-se que ainda não há estudos que sustentem o uso desta prática e, que dessa forma o seu uso deve ser evitado ⁽²⁵⁾.

Na tentativa de assistir à mulher em trabalho de parto de forma mais humanizada, o Enfermeiro Obstetra passou a ser visto como peça primordial para esta mudança devido à sua formação que enxerga o indivíduo como um todo, respeitando as suas individualidades, e a fisiologia do parto, além disso a presença deste profissional aumenta as chances da ocorrência de um parto normal uma vez que este prima pela participação ativa na mulher no processo ⁽²⁶⁻²⁸⁾. Em

estudo com Enfermeiras Obstetras, verificou que a presença destas profissionais promove um ambiente de igualdade de relações onde a mulher não é vista como um ser passivo mas sim, como peça primordial na cena do nascimento, esta é uma atitude que se difere do que é visto no modelo Biomédico de assistência, onde há autoritarismo e as decisões são tomadas de forma unilateral ⁽¹⁵⁾.

Trabalho publicado em 2010 comparou os resultados maternos e neonatais dos partos assistidos em Centro de Parto Normal (CPN) Intrahospitalar, com aqueles obtidos em CPN extrahospitalar, observou-se que no CPN hospitalar, onde atuam em conjunto, médicos e enfermeiros, a presença de intervenções como amniotomia, ocitocina e episiotomia estão mais presentes quando comparadas com o CPN extrahospitalar, local onde a assistência é prestada somente por Enfermeiras Obstétricas ⁽¹³⁾. Quanto à satisfação materna, outro estudo conclui que as mulheres acompanhadas por Enfermeiras Obstétricas durante o trabalho de parto e parto sentiram-se mais apoiadas, seguras, e respeitadas, além disso, estas mulheres relataram maior protagonismo durante o trabalho de parto ^(10, 26,28)

No entanto, apesar do caráter holístico do trabalho do profissional Enfermeiro, tem-se observado que mesmo sobre a assistência deste as mulheres têm sofrido inúmeras intervenções no processo de parir. Em um estudo em 2006 com uma amostra probabilística de 830 mulheres que tiveram seus partos assistidos por Enfermeiros Obstetras, demonstrou uma taxa de 75% de Amniotomia, 45% de Ocitocina e a posição de Litotomia foi adotada em 31% dos partos ⁽¹⁸⁾. Já em outro estudo realizado em uma maternidade escola do Rio de Janeiro com 4510 mulheres, apontou que 67,9% destas pariram com pelo menos uma intervenção, sendo a mais frequente a infusão de Ocitocina que esteve presente em 54% dos trabalhos de parto ⁽⁵⁾.

A mudança no cenário obstétrico brasileiro somente será obtida através do abandono do modelo tecnocrático de assistência ao parto e, conseqüente, valorização da humanização ⁽²⁸⁾. Para que estes objetivos sejam alcançados, a adoção de um modelo colaborativo é necessária, neste cenário há igualdade entre as relações profissionais, ou seja, médicos e enfermeiros são igualmente responsáveis pelo cuidado da mulher, não havendo relações de submissão ⁽¹⁴⁾, os conhecimentos e competências se complementam, visando ao bom resultado obstétrico ^(14,29).

Faz-se necessário que além das políticas públicas já implementadas, haja incentivo à formação de enfermeiras obstétricas, apoio por parte dos gestores à atuação da Enfermeira Obstétrica, mecanismos de fomento à adoção das práticas baseadas em evidências, de fortalecimento da identidade destas profissionais ^(15,30-31), além disso, é preciso discutir em conjunto com as mulheres o significado deste momento e o seu protagonismo, dessa forma caberia aos profissionais a correspondência destas expectativas ⁽³¹⁾.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de delineamento transversal, que teve como base de dados a pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto nascimento”, realizado em instituições públicas e privadas, com base na metodologia e com recursos materiais para o trabalho de campo e treinamento da equipe de pesquisa de um estudo nacional, de base hospitalar denominado “Nascer no Brasil: um inquérito sobre parto e nascimento”, no qual foram incluídos quatro serviços com maternidades e definidos por amostra aleatória.

No estudo desenvolvido em Belo Horizonte/MG, ampliou-se o número de serviços e de participantes, de modo a torna-lo representativo para o município. Fizeram parte desse trabalho 14 maternidades, tanto públicas quanto particulares, totalizando assim 1088 puérperas. Como critérios de inclusão foram puérperas que tiveram como produto de concepção recém-nascidos com mais de 22 semanas de gestação e/ou 500 gramas.

Para fins desse estudo, foram considerados os dados de três serviços de saúde do estudo realizado em Belo Horizonte/MG, tendo em vista que neles as enfermeiras obstétricas atuam na assistência ao parto. Tratam-se de serviços que atendem exclusivamente usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A primeira maternidade é referência para uma população superior à 400.000 habitantes dos distritos sanitários Norte e Nordeste de Belo Horizonte. No entanto, devido ao seu reconhecimento pela assistência humanizada ao parto recebe mulheres e bebês de todas as regiões do Estado de Minas Gerais. Conta hoje 150 leitos no total, sendo 60 leitos Obstétricos. Nesta maternidade são realizados cerca de 900 partos/mês. A segunda maternidade esta conveniada a uma universidade federal, atuando assim como campo de estágio para diversos cursos oferecidos pela Universidade. A maternidade surgiu oito anos após a fundação do hospital como uma demanda da região de melhorar os indicadores da saúde materno-infantil. A população atendida é de cerca de 1,1 milhão de habitantes. Esta instituição tem capacidade de atender cerca de 350 partos/mês. A terceira trata-se de uma instituição, pertencente a um hospital geral, que atua de forma complementar ao Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH), sendo referência estadual para gestações de alto risco, adolescentes, pacientes vítimas de abuso sexual e atendimento ginecológico. Inaugurada em 1992, sobre os princípios da humanização, integralidade e qualidade no atendimento.

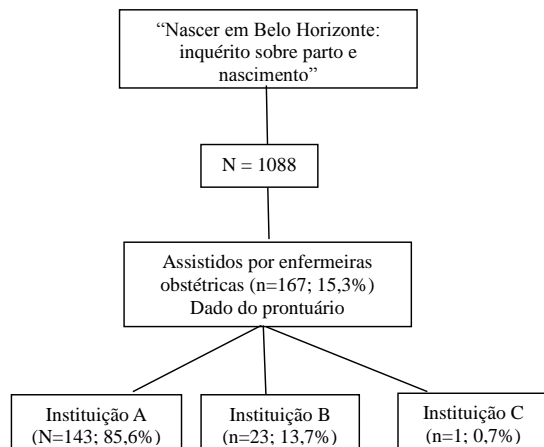
O estudo em tela contou com informações extraídas de um banco de dados eletrônico elaborado a partir de entrevistas realizadas diariamente, inclusive nos finais de semanas e feriados, pelos menos, 6 horas após o parto e, dados coletados em prontuário após a alta. As variáveis desse estudo podem ser agrupadas em três categorias:

- Sociodemográficos, colhidos através da entrevista: idade materna, escolaridade, situação

conjugal, atividade remunerada, e cor autorrelatada;

- Perfil obstétrico: paridade, idade gestacional, condição das membranas (obtidas em consulta no prontuário) e, número de consultas pré-natal realizadas (entrevista)
- Intervenções obstétricas: infusão de ocitocina, amniotomia, posição litotômica no parto, episiotomia, que foram colhidas através do prontuário e, a manobra de Kristeller que por apresentar uma discrepância entre os resultados nos dois instrumentos foi obtido por meio da entrevista.

A coleta de dados deu-se através da extração destes em banco de dados próprio da pesquisa “*Nascer em Belo Horizonte*” no programa SPSS versão 10.0. Esta foi realizada no período de setembro de 2014, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais pela autora do trabalho com auxílio de pesquisadora do trabalho “*Nascer em Belo Horizonte*”. Da amostra total de 1088 puérperas, selecionou-se aquelas que tiveram seus partos assistidos por enfermeiras obstétricas, o que gerou uma amostra de 167 mulheres (143 no primeiro serviço, 23 no segundo e 01 no terceiro). Os resultados obtidos foram trabalhados no programa Excel versão 11.0 e, analisados do cálculo de médias para as variáveis contínuas (como idade, por exemplo) e, frequências para as variáveis categóricas e, posterior confecção de tabelas.



O estudo maior, “*Nascer em BH: inquérito sobre parto e nascimento*” foi aprovado pelo

Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), também, obteve autorização pelos Comitês de Ética em Pesquisa das maternidades estudadas. Todas as participantes que aceitaram participar desta pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na amostra estudada a idade das puérperas variou entre 14 a 40 anos, sendo a faixa etária mais prevalente entre 20 a 29 anos que reuniu (53,3%). Em relação à escolaridade a maioria das mulheres (50,6%) afirmaram ter cursado até o ensino médio, e cerca de 5,4% das entrevistadas teriam alcançado o ensino superior. Quanto ao estado civil 67,7% das mulheres informaram serem casadas ou viver em união estável. Apenas 43,1% das participantes informaram exercer alguma atividade remunerada e, se autodeclaravam como pardas (71,3%)

Tabela I. Distribuição das parturientes segundo características sociodemográficas. Belo Horizonte, 2012.

Características sociodemográficas	n	%
Idade (em anos) (n=167)		
14 a 19	34	20,4
20 a 29	89	53,3
30 a 39	43	25,7
40 e mais	1	0,6
Escolaridade (em níveis) (n=166)⁽¹⁾		
Ensino fundamental	73	44,0
Ensino médio	84	50,6
Ensino superior	9	5,4
Situação conjugal (n=167)		
Com companheiro ⁽²⁾	113	67,7
Sem companheiro	54	32,3
Ocupação remunerada (n=167)		
Sim	72	43,1
Não	95	56,9
Cor da pele (autorrelatada) (n=167)		
Branca	23	13,8
Preta	18	10,8
Parda ⁽³⁾	119	71,3
Amarela	7	4,2

⁽¹⁾ – 1 não soube informar a escolaridade

⁽²⁾ – Inclui-se neste grupo as casadas e em união estável

⁽³⁾ – Pertencem a este grupo as mulatas e as morenas

A Tabela 2 apresenta o perfil obstétrico das mulheres estudadas. No tocante à paridade (40,7%) das participantes eram primigestas, e (47,5%) delas já apresentavam uma experiência de

parto. Para a determinação da idade gestacional à internação optou-se pelo cálculo por ultrassonografia por ser aquele que apresentou menor perda de dados, 64 no total, (68,0%) das gestações já haviam alcançando o termo. O número de consultas pré-natal foi obtido através de entrevista com as mulheres, destas 13 não souberam informar quantas consultas haviam realizado, contudo (76,5) das entrevistas afirmaram ter realizado entre 6 e 11 consultas.

Tabela II. Distribuição das parturientes segundo perfil obstétrico. Belo Horizonte, 2012.

Condições obstétricas	n	%
Gestações anteriores (n=167)		
0	68	40,7
1	44	26,3
2	30	18,0
3 e mais	25	15,0
Partos anteriores (n=99)⁽¹⁾		
0	10	10,1
1	47	47,5
2	21	21,2
3 e mais	21	21,2
Idade gestacional por Ultrassonografia (em semanas) (n=103)⁽²⁾		
32 a 35 sem.	6	5,8
36 a 37 sem.	15	14,6
38 a 40 sem.	70	68,0
41 sem.	12	11,7
Consultas de pré-natal⁽³⁾ (n=154)		
0	1	0,6
1 a 5	24	15,6
6 a 10	117	76,0
10 ou mais	12	7,8

⁽¹⁾ – Excluiu-se as primigestas

⁽²⁾ – Sem informação = 64

⁽³⁾ – Dado obtido através da entrevista, 13 mulheres não souberam informar

Na tabela 3, apresenta a prevalência das intervenções nos partos. Observa-se que 47% das mulheres tiveram suas bolsas rompidas pelo profissional durante a assistência. Em relação ao uso de ocitocina observa-se que (43%) dos prontuários apresentavam essa prescrição. Quanto ao momento do parto, observa-se que a posição litotômica ainda prevalece na cena do parto estando presente em 51% dos nascimentos, em (4,2%) dos partos foi realizada episiotomia e, (8,4%) das mulheres informaram que “alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar na saída do bebê”.

Tabela III. Intervenções obstétricas realizadas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto. Belo Horizonte, 2012

Intervenções obstétricas	n	%
Amniotomia ⁽¹⁾ (n=66)	31	47,0
Infusão de Ocitocina ⁽²⁾ (n=165)	71	43,0
Posição no parto ⁽³⁾ (n=157)		
Litotômica	80	51,0
Não litotômica ⁽⁴⁾	77	49,0
Epsiotomia (n=167)	7	4,2
Manobra de Kristeller ⁽⁵⁾ (n=167)	14	8,4

⁽¹⁾ – Excluiu-se aquelas que internaram com bolsa rota (n=47) e, aquelas que não tinham registrado em prontuário o tipo de ruptura

⁽²⁾ – 2 prontuários com informação ausente

⁽³⁾ – 10 prontuários sem esta informação

⁽⁴⁾ – Incluiu-se as posições “deitada de lado”, “sentada”, “de cócoras”, “de pé”

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico das participantes deste estudo corrobora os resultados apresentados em outras publicações. Trata-se de um população jovem, com idade média em torno de 25 anos, pardas, e com tempo de estudo médio de oito anos ^(5-6,19). A maioria das mulheres informaram ter um companheiro (67,7%), além disso (56,9%) destas mulheres não exerciam nenhum tipo de atividade remunerada ^(6,19). Este perfil é condizente com estudo realizado entre os anos de 2003 e 2006, em um Centro de Parto Normal perihospitalar da cidade de São Paulo⁽¹⁹⁾.

Em relação à paridade este estudo também condiz com o que estudo publicado em 2013 onde o perfil das mulheres eram primigestas, e nulíparas, e dentre as multiparas observa-se o predomínio daquelas com apenas um parto anterior ⁽⁶⁾. No que tange à gestação atual, a maioria das mulheres realizou mais de 6 consultas pré-natais. No entanto, segundo o Ministério da Saúde, em seu publicação de 2013, não há ainda um número ideal de consultas, uma vez que a qualidade da assistência pré-natal pode ser assegurada com um número menor de atendimentos, desde que o conteúdo de cada uma seja valorizado ⁽³²⁾.

A amniotomia é a ruptura artificial das membranas ovulares durante o exame cervical, manualmente ou através de instrumentos. É realizada como forma de induzir o trabalho de parto em associação com fármacos (Ocitocina ou Prostaglandinas), de acelerar o trabalho de parto prolongado ou, avaliar o bem estar fetal. Este último, pode ser feito através da análise do líquido ou, da introdução de um scalp para a coleta de sangue fetal ^(20,33). É uma das intervenções mais utilizadas na Obstetrícia Moderna, e foi introduzida na prática como forma de reduzir as taxas de cesárea, prevenindo as distócias e reduzindo a duração do trabalho de parto ^(20,33).

No presente estudo a amniotomia foi realizada em 47% das mulheres, este resultado é superior àquele encontrado em estudo realizado no ano de 2004, que contou com uma amostra de 4510 mulheres que tiveram os seus partos assistidos por enfermeiras obstétricas, nesse estudo, em 25,1% dos trabalhos de parto foram realizada amniotomia ⁽⁵⁾. No entanto, este resultado é menor do que aquele apresentado em trabalho realizado em uma maternidade no município de São Paulo onde a ruptura artificial ocorreu em 75,1% das mulheres ⁽¹⁹⁾.

Revisão sistemática com 5583 mulheres em que se comparou vários resultados entre a conduta expectante e a amniotomia de rotina no trabalho de parto espontâneo, observou-se que a redução da duração do primeiro período do trabalho de parto provocado pela ruptura artificial de membranas não é estatisticamente significativa, no entanto esta prática reduz a necessidade do uso de Ocitócitos para a progressão do trabalho de parto ou, quando esta é necessária os seus efeitos são obtidos em menor dosagem ⁽²⁰⁾. Em contrapartida a Amniotomia parece aumentar o risco de cesáreas, e de padrões anormais de frequência cardíaca fetal ⁽²⁰⁾. A fim de se reduzir a duração do trabalho de parto foi instituído o “Manejo ativo” que constituía na ruptura precoce das membranas (dilatação cervical menor que 5 cm) e, infusão de ocitocina endovenosa ^(19-21,33) para o aumento da frequência e intensidade das contrações ⁽²²⁾.

A infusão de ocitocina esteve prescrita em 43% dos trabalhos de parto assistidos nestas instituições, taxa esta maior do que aquela encontrada em estudo nacional de base hospitalar que contou com amostra 6740 puérperas onde encontrou-se uma incidência, em nível nacional, de 38% de ocitocina nos trabalhos de parto de risco habitual ⁽¹⁾. Contudo este resultado está condizente com outros estudos, onde esta intervenção variou entre 23,5% a 44,5% dos trabalho de parto ^(18,19). A presença desta intervenção na assistência ao parto do enfermeira obstétrica demonstra ainda a força do modelo medicalizado, uma vez que a prescrição de ocitocina é uma atividade característica deste modelo⁽³⁴⁾.

A ocitocina é um fármaco utilizado mundialmente para acelerar a progressão do trabalho de parto ⁽³⁵⁾, no entanto há poucos estudos que tratem exclusivamente dos efeitos deste fármaco e que, sustentem o seu uso de forma segura ⁽²³⁾. A utilização deste fármaco pode aumentar a sensação dolorosa materna, maior imobilidade no leito, taquissitolia, e alterações na perfusão útero placentária o que se traduz em padrões de frequência cardíaca fetais alterados o que propicia uma maior possibilidade de cesárea de urgência ^(19,34).

Em 2014 Bugg et al. publicaram uma revisão sistemática que realiza duas comparações, os resultados maternos e neonatais quando a ocitocina está presente e, os resultados quando comparados o momento de início da infusão. Estes contaram com uma amostra de 1338 mulheres classificadas como de risco obstétrico habitual e, que haviam entrado em trabalho de parto de forma

espontânea. Esses autores concluíram que o uso de ocitócitos não reduz significativamente a necessidade de cesáreas, além disso o início precoce da infusão aumenta o risco de hiperestimulação uterina com alterações da frequência cardíaca fetal ⁽³⁵⁾.

As posições verticais estão associadas à redução da duração do segundo estágio, menor relato de dor, e mais conforto materno, melhor perfusão uteroplacentária com conseqüente melhores padrões de frequência cardíaca fetais, além disso, as mulheres relatam maior satisfação com o parto ⁽²⁴⁾. Segundo revisão da biblioteca Cochrane, com amostra de 7280 mulheres, as posições não supinas além de reduzir a duração do primeiro estágio, diminuí a necessidade de partos instrumentalizados, e de Epsiotomias ⁽²⁴⁾. No presente estudo, cerca de 49% das mulheres pariram em posições não supinas, atendendo as recomendações da OMS, no entanto, as posições supinas ainda estão presentes em 51% dos nascimentos ocorridos nesta instituições. Estes resultado demonstram uma necessidade de mudança, uma vez que esta taxa apresenta-se maior que aquela demonstrada em outro estudo de 2011, onde cerca de 84% das mulheres deram a luz em posições não supinas ⁽⁵⁾.

No que tange à episiotomia das 167 mulheres 4,2% receberam a incisão que está abaixo daquela encontrada em outros estudos nacionais, que giram em torno de 11% à 56% ^(1,38), o que demonstra que os profissionais envolvidos na assistência destas mulheres têm atuado em conformidade com a OMS. A episiotomia é uma das intervenções mais utilizadas na obstetricia, que objetiva à redução da ocorrência de lacerações perineais graves, preservação da musculatura pélvica, já para o neonato os prováveis benefícios seria a redução do risco de asfixia perinatal, de cefalohematoma e de hemorragias intracranias ^(37,38). Em revisão sistemática publicada em 2007 pela biblioteca Cochrane, que objetivou comparar os resultados maternos da episiotomia de rotina contra a seletiva, concluiu-se que a episiotomia seletiva está associada à menor taxas de traumas perineais em assollo posterior, e de necessidade de sutura destes traumas, além disso há menor comorbidade nos primeiros sete dias pós parto, dessa forma não deve ser realizada de forma rotineira ⁽²³⁾. No entanto, não se observou diferença estatística entre os escores de dor, dispareunia ou incontinência urinária ⁽³⁸⁾.

Cerca de 8,4% das mulheres relataram ter “tido alguém que subiu em sua barriga” durante o nascimento, esta taxa é menor do que aquela encontrar em 2014 pela pesquisa “Nascer no Brasil” onde a Manobra de Kristeller foi observada em 37,3% dos nascimentos⁽¹⁾. A Manobra de Kristeller, ou pressão manual no fundo uterino, visa à redução da duração do segundo período do trabalho de parto através do incremento da força de expulsão. Alguns autores relatam o incremento de maus resultados perinatais com esta manobra como, ruptura uterina e hepática, lacerações perineais graves, além de fratura de clavícula, cefalohematoma, e de transmissão de vertical do HIV e

Hepatite B em populações com alta prevalência ⁽²⁵⁾.

Observou-se que a prática da enfermeira obstétrica visa respeitar a fisiologia do parto, um vez que, intervenções como a manobra e Kristeller, que é uma manobra proscrita e que não deveria ser utilizada, e episiotomia, apresentaram menores taxas que em outros estudos nacionais, demonstrando que estes profissionais estão trabalhando de acordo com o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde. No entanto, apesar deste avanço ainda há nesta assistência, práticas que estão pautadas no modelo tecnocrático de cuidado. No modelo tecnocrático, o corpo feminino é visto como uma máquina imperfeita e que necessita de intervenções para que funcione de forma adequada, este é o cenário predominante no país, tal panorama confirmou-se com o estudo publicado através da pesquisa “Nascer no Brasil”, onde apenas 5% das mulheres consideradas de risco habitual, pariram de forma natural, ou seja sem qualquer intervenção ⁽¹⁾.

Para que ocorra uma mudança consistente neste cenário é necessário o envolvimento de todos os setores interessando, desde às mulheres até os gestores. Faz-se imperativo que, para a atuação livre das enfermeiras obstétricas, haja apoio dos gestores das instituições, através do fornecimento de recursos materiais e humanos, do reconhecimento dessa profissional na equipe, e da elaboração de protocolos baseados em evidências científicas que respaldem a prática das enfermeiras obstétricas ^(15,31). Com relação aos profissionais é preciso que estes reconheçam a sua importância na equipe, revejam a sua identidade, e mantenham os seus conhecimentos sempre atualizados, a fim de proporcionar uma assistência sempre respaldada nas melhores evidências ⁽¹⁵⁾. E por fim temos a mulher, parte mais essencial desta tríade. Precisa-se envolvê-las nesta discussão, retirando-as deste lugar de pacientes, e devolvendo à elas o protagonismo deste cenário, ressignificando o parto, afastando medos e dúvidas ⁽³¹⁾.

CONCLUSÕES

Ao analisar os resultados do presente estudo observa-se que a presença da enfermeira obstétrica proporciona um maior respeito à fisiologia do parto, uma vez que intervenções como episiotomia e manobra de Kristeller estão menos frequentes que em outros trabalhos já publicados. Contudo, mesmo com um resultado favorável no que tange à manobra de Kristeller, este não é um achado a ser comemorado, uma vez que esta é uma prática que não deveria acontecer em nenhum nascimento. Quanto à posição de parto, faz-se necessário estudos mais direcionados para esta prática uma vez que está diretamente relacionada com a decisão da mulher. A prescrição de ocitocina esteve presente em boa parte dos trabalhos de parto analisados, demonstrando que ainda nestas instituições onde o enfermeiro obstétrica apresenta maior autonomia o modelo medicalizado

de assistência ainda se faz notar.

Contudo, este trabalho não visa à acusação destes profissionais mas sim, reconhecer o atual panorama das instituições onde estão inseridos e tentar compreender as possíveis causas desta dicotomia. Dessa forma, faz-se necessário outras pesquisas que trabalhem sobre os dificultadores da prática humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Leal, MC. Pereira, APE. Domingues, RMSM. Theme-Filha, MM. Dias, Makamura-Pereira, M. Bastos, MH. Gama, SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 supl: S17-S47. 2014.
2. Silva, FMB. Paixão, TCR. Oliveira, SMJV. Leite, JS. Riesgo, MLG. Osava, RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. *Rev. Esc. Enf. da USP*. São Paulo. 47(5):1031-8. 2013
3. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl 3:S390-8.
4. Diniz, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e saúde coletiva*. 10(3): 627-37. 2005
5. Souza DOM. Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008 [dissertação].UERJ. Rio de Janeiro. 2011
6. Sousa AMM. Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte [dissertação]. UFMG. Belo Horizonte. 2013.
7. Serruya, SJ. Cecatti, JG. LAGO, TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 20(5):1281-1289, set-out, 2004
8. OMS, Department of reproductive health and research. *Care in the normal birth: a practical guide*. Genebra. 1996
9. Davis-Floyd, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, n. 1, p. S5-S23, 2001.
10. Frigo, J. Ferreira, DG. Ascari, RA. Marin, SM. Adamy, EK. Busnello, G. Assistência de Enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. *Cogitare Enfermagem*. 18(4):761-6. 2013
11. Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 2815 de 29 de maio de 1998, que inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra. Publicado no DOU, em 30 de maio de 1998. Brasília.
12. Brasil. Lei 7498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Publicado no DOU, em 26 de junho de 1986.

Brasília

13. Cruz, AP. Barros, SMO. Práticas obstétricas e resultados maternos e neonatais: análise fatorial de correspondência múltipla em dois centros de parto normal. *Acta Paulista de Enfermagem*. 23(3): 366-71. 2010.
14. Keleher, K.C. Collaborative practice: characteristics, barriers, benefits, and implications of midwifery. *J. Nurse Midwifery*.43(1): 8-11. 1998.
15. Camacho, KG. Progianti, JM. A transformação da prática obstétrica na assistência ao parto humanizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]*. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.18588> > 15 (3):648-55.2013.
16. COFEN. Resolução 339 de 2008. Normaliza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto, e dá outras providências. Brasília. 2008.
17. Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 1459 de de 24 de junho de 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – A Rede Cegonha. Brasília.
18. Schneck, C.A. Riesco, M.L.G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Rev. Min. De Enf.* 10(3):240-246, jul./set., 2006
19. Lobo, SF. Oliveira, SMJV. Schneck, CA. Silva, FMB. Bonadio, IC. Riesco, MLG. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*, 44(3):812-8. 2010
20. Smyth Rebecca MD, Markhan Carolyn, Dowswell Therese. Amniotomy for shortening spontaneous labor. *Cochrane database of sistematic reviews*. In: *The Cochrane Librrary*, Issue 11. 2014
21. Porto, AMF. Amorim, MMR. Souza, ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseado em evidências. *Femina*. 38(10): 527-37. 2010.
22. Wei Shuqin, Wo Bi Lan, Qi Hui-Ping, Xu Hairong, Luo Zhong-Cheng, Roy Chantal, Fraser Willian D. Early Amniotomy and early oxitocin for prevention of, or terapy for, delay in first stage spontaneous labor compared with routine care. *Cochrane database of sistematic reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 11. 2014
23. Amorim, MMR. Porto, AMF. Souza, ASR. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseado em evidências. *Femina*. 38(10): 583-91.2010
24. Gupta Janesh K, Hofmeyr G Justus, Shehmar Manjeet. Position in the second stage for woman without epidural anaesthesia. *Cochrane database of sistematic reviews*. In: *The Cochrane Libary*, Issue 11. 2014.
25. Verheijen Evelyn C, Raven Joanna H, Hofmeyr G Justus. Fundal pressure during the second

- stage of labor. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library. Issue 11. 2014.
26. Prata, JA. Progianti, JM. A influência da prática das Enfermeiras Obstétricas na construção de uma nova demanda social. *Revista de Enfermagem da UERJ*. Rio Janeiro. 21(1):23-8. 2013.
27. Progianti, JM. MOUTA, RJO. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev. Enferm. UERJ*, 17(2): 65-9, 2009
28. Malheiros, PA. Alves, VH. Rangel, TSA. Vargens, OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto e Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 21(2): 329-37. 2012.
29. Payne, PA. King, V.J. A model of nurse-midwife and family physician collaborative care in a combined academic and community setting. *J. Nurse Midwifery*, 43(1):19-26. 1998.
30. Vargens, OMC. Progianti, JM. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. 38(1):46-50. 2004.
31. Serruya, SJ. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! In: Debate sobre o artigo de Leal et al. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 30Supl: S17-S47. 2014.
32. Brasil, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Departamento de atenção básica. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. 2013. 318 pg.
33. Ventura, W. Lam-Figueiroa, K. ¿ Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo? Una revisión de la literatura. *An Fac Med* 69(2): 127-9. 2008.
34. Pereira, ALF. Araújo, CS. Gouveia, MS. Potter, VMB. Santana, ALS. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [internet]. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a11.htm> > 14(4): 831-40. 2012.
35. Bugg George J, Siddiqui Farah, Thornton Jim G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labor. Cochrane database of systematic reviews. In: The Cochrane Library. Issue: 11. 2014
36. Pereira, ALF. Lima, TRL. Schoeter, MS. Gouveia, MSF. Nascimento, SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc. Anna Nery*. 17(1):17-23. 2013.
37. Figueiredo, GS. Santos, TTR. Reis, CSC. Mouta, RJO. Progianti, JM. Vargens, OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev. Enf. UERJ*. Rio de Janeiro. 19(2):181-5. 2011.
38. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of systematic reviews.

In: The cochrane library. Insue 3. 1999