

## Atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto

*Obstetric nurse's role in the care of labor and childbirth*

*Actuación de la enfermera obstétrica en la asistencia al trabajo de parto y parto*

Maria Elisângela Torres de Lima Sanches<sup>I</sup>; Sônia Maria Oliveira de Barros<sup>II</sup>;  
Amuzza Aylla Pereira dos Santos<sup>III</sup>; Tâmara Silva de Lucena<sup>IV</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** descrever as condutas utilizadas pela enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto. **Método:** estudo observacional, descritivo e retrospectivo, realizado em duas maternidades de Maceió-Alagoas com 138 prontuários. A coleta de dados se deu por meio do partograma e da declaração de nascidos vivos que ficam anexadas ao prontuário. As variáveis foram agrupadas em categorias e descritas em percentuais e variáveis categóricas. **Resultados:** foi possível observar que não houve diferença, estatisticamente significativa entre as instituições ( $p < 0,05$ ) nem em relação à idade, nem escolaridade. Já em relação às variáveis obstétricas, notou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre as instituições ( $p < 0,05$ ) em relação à paridade, idade gestacional, posição materna, uso de ocitocina e complicações. **Conclusão:** as ações realizadas pelas enfermeiras na assistência ao trabalho de parto e parto neste estudo estão dentro de um contexto de mudança real de paradigma e de postura frente às evidências científicas.

**Descritores:** Enfermagem obstétrica; parto; trabalho de parto; parto humanizado.

### ABSTRACT

**Objective:** to describe the managements used by the obstetric nurse in assisting labor and parturition. **Methods:** an observational, descriptive and retrospective study conducted in two maternity hospitals in Maceió-Alagoas with 138 medical records. Data were collected through the partograph and the declaration of live births attached to the medical record. Variables were categorized and described as percentages and categorical variables. **Results:** it was possible to observe that there was no statistically significant difference between institutions ( $p < 0.05$ ), regarding age and education. Considering maternal variables, it was observed that there was a statistically significant difference between institutions ( $p < 0.05$ ) regarding parity, gestational age, maternal position, oxytocin use and complications. **Conclusion:** actions performed by nurses in the care of labor and delivery in this study are within a context of real change of paradigm and attitude towards scientific evidence.

**Descriptors:** Obstetric nursing; labor, obstetric; parturition; humanized delivery.

### RESUMEN

**Objetivo:** describir las acciones utilizadas por la enfermera obstétrica para ayudar en el parto y el parto. **Métodos:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en dos maternidades de Maceió-Alagoas con 138 historias clínicas. Los datos se recopilaban a través del partograma y la declaración de nacimientos vivos adjunta a la historia clínica. Las variables se clasificaron y describieron como porcentajes y variables categóricas. **Resultados:** fue posible observar que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones ( $p < 0.05$ ), con respecto a la edad y la educación. Considerando las variables maternas, se observó que había una diferencia estadísticamente significativa entre las instituciones ( $p < 0.05$ ) con respecto a la paridad, edad gestacional, posición materna, uso de ocitocina y complicaciones. **Conclusión:** las acciones realizadas por las enfermeras en el cuidado del trabajo de parto y el parto en este estudio están dentro de un contexto de cambio real de paradigma y actitud hacia la evidencia científica.

**Descriptores:** Enfermería obstétrica; trabajo de parto; parto; parto humanizado.

## INTRODUÇÃO

A assistência ao parto normal vem passando por mudanças de cenário e de modelo de atenção, se transformando no que diz respeito à compreensão do parto como evento fisiológico<sup>1</sup>. Inicialmente, este era tratado como um evento natural, um desígnio divino da mulher pelo pecado original em que não se podia intervir. Depois passou a ser considerado perigoso, no qual a mulher é vítima e, por isso, deveria ser controlado. Assim, era submetida sem participação a procedimentos para livrá-la desse martírio. Por meio de uma série de procedimentos ao pé do leito, o que era visto como *cuidar da parturiente*, ganhou uma expressão concreta com o fórceps, que permitia a *visualização* da luta do homem contra a natureza e a substituição do paradigma não intervencionista pela ideia de parto como um ato controlado pelo homem<sup>2</sup>.

<sup>I</sup>Enfermeira. Professora Assistente. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Brasil. E-mail: eli\_sanches23@hotmail.com

<sup>II</sup>Enfermeira. Doutora. Professora Titular. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil. E-mail: soniabarros@gmail.com

<sup>III</sup>Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Brasil. E-mail: amuzza.santos@gmail.com

<sup>IV</sup>Enfermeira. Mestre. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Brasil. E-mail: tamaralucena@gmail.com

Desse modo, houve também uma transformação em relação a quem fazia a assistência ao parto. O parto normal como processo que acontecia no domicílio, era realizado por parteiras, mulheres com conhecimentos empíricos sobre a gestação, parto e puerpério, aprendidos e apreendidos, de acordo com a prática, sem o domínio científico dos processos fisiológicos e dos mecanismos do parto. Com o declínio da parteira tradicional, o parto hospitalar começa a substituir o domiciliar, criando condições para inclusão de rotinas cirúrgicas em obstetrícia, como a episiotomia e o fórceps profilático<sup>3</sup>.

De experiência profundamente subjetiva, o parto é transformado em um momento privilegiado para o treinamento de médicos. O corpo feminino passa a ser interpretado como uma máquina, e a regularidade impõe-se como a premissa básica da obstetrícia técnica e científica. Assim, o local do nascimento mudou do domicílio para o hospital e iniciou-se processo de medicalização do parto, a hospitalização imperiosa da mulher com a finalidade de *controlar* esse evento doloroso à mulher e ao bebê<sup>4</sup>.

O envolvimento da enfermeira obstetra no parto fisiológico se intensifica no sentido de contribuir com a humanização da assistência e promover a realização do parto natural, utilizando tecnologia de modo apropriado. Assim, a enfermeira obstetra é uma das profissionais que busca o resgate do parto fisiológico, como um fenômeno feminino onde a mulher seja a protagonista. Um retorno à assistência que valoriza a mulher e o processo de parturição como um momento pessoal e único. Nesse contexto, o enfoque humanista é mais flexível que a tecnomedicina em relação aos protocolos e rotinas institucionais, assim como com outras modalidades de cuidado.

Nesse sentido, este estudo objetivou descrever as condutas utilizadas pela enfermeira obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto.

## REVISÃO DE LITERATURA

As Assembleias Mundiais de Saúde, estabeleceram por meio de resoluções que o envolvimento do enfermeiro obstetra e parteiras no parto fisiológico se intensificasse no sentido de contribuir com a humanização da assistência e promover a realização do parto natural, utilizando tecnologia de modo apropriado. E é com o verdadeiro entendimento da fisiologia do parto, que procedimentos começaram a ser questionados, iniciando um difícil movimento de mudança nas práticas no mundo, levando à realização de estudos que fornecessem evidências da eficácia desses procedimentos, o que culminou com revisões sistemáticas e, enfim, na medicina baseada em evidências, hoje saúde pautada em evidências, tornando-se recomendações pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e publicadas no Brasil, em 1996, intituladas *Maternidade Segura – Assistência a um parto normal: um guia prático*, com o estabelecimento uma definição de parto normal<sup>5</sup>.

A estratégia da Maternidade Segura identifica ainda as práticas mais comuns utilizadas no trabalho de parto e estabelece normas de boas práticas para a conduta do trabalho de parto sem complicações, sendo fundamentadas nas melhores evidências disponíveis e classificadas em quatro categorias recomendadas pela OMS: Práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas; Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cuidado, até que mais pesquisas esclareçam a questão; Práticas, frequentemente, utilizadas de modo inadequado<sup>6</sup>.

Essas categorias surgem para que a assistência ao trabalho de parto e parto sejam adequadas as boas práticas de assistência, promovendo um processo de parturição de modo adequado, seguro e que satisfaça as necessidades de cada mulher. É nesse cenário de prestar uma assistência segura, baseada nas boas práticas que a enfermeira obstetra tem se inserido cada vez mais, buscando reduzir os índices de violência obstétrica, intervenções desnecessárias, cesáreas sem indicações reais e morbimortalidade materna e perinatal<sup>7</sup>.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo. A pesquisa foi realizada na cidade de Maceió-Alagoas na Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) pertencente ao Complexo Hospitalar da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. É especializada em Assistência de Média e Alta Complexidade, sendo Referência Estadual no Atendimento à Gestante de Alto Risco, pela Portaria Ministerial MS / SAS nº 89 de 19 de março de 1999. Compõe a Rede Estadual de Urgência e Emergência, no Atendimento Hospitalar Especializado às Urgências Obstétricas e na Casa Maternal Denilma Bulhões que é especializada em assistência de baixa e média complexidade (ambulatorial), sendo referência municipal no atendimento à gestante de baixo risco.

Os critérios de inclusão foram os prontuários clínicos das parturientes assistidas por enfermeiras com especialização em enfermagem obstétrica ou que tivessem diploma de obstetrix. Excluíram-se prontuários das mulheres

em trabalho de parto que apresentaram risco na gravidez, distócias durante o trabalho de parto e parto, foram excluídos ainda, os que na admissão, tinham o diagnóstico de óbito fetal intrauterino, e resolução do parto por cesariana.

As variáveis analisadas foram: obstétricas (paridade, idade gestacional, número de consultas pré-natais, utilização do partograma, posição materna, ocorrência de episiotomia, avaliação do canal de parto, complicações clínicas ou obstétricas ocorridas no parto e puerpério), neonatais (índice de apgar, destino do recém-nascido) e demográficas maternas (idade, escolaridade).

O tamanho da amostra foi estimado em 138 prontuários, sendo 51 da Maternidade Escola Santa Mônica e 87 na Casa Maternal Denilma Bulhões, considerando a proporção de realizações das ações humanizadas na população de 50% (estimativa mais segura quando se tem pouca informação da população estudada), a precisão absoluta de 8%, e o nível de significância de 5%.

A coleta de dados se deu em 2008, por meio de prontuários, com o partograma e a declaração de nascidos vivos que ficam anexadas ao mesmo. A amostragem probabilística casual sistemática, foi usada com base no livro de registro de parto das instituições, sendo verificado o total de partos assistidos por enfermeira no período acima estipulado. Após a seleção dos prontuários consultados foi colocada numeração própria em ordem crescente e realizado o sorteio observando os critérios de inclusão e exclusão e considerando o número da amostra proporcional para cada instituição. Foram registradas as informações relativas aos fatores de interesse foram registradas em uma ficha elaborada especificamente para o estudo.

Os dados foram coletados em um formulário padronizado e armazenados em uma planilha eletrônica da *Microsoft Excel*® 2007, assim, cada linha correspondeu a um formulário de coleta de dados e cada coluna aos dados coletados. A análise descritiva foi feita calculando o intervalo de confiança de 95% para cada ponto estimado.

As variáveis foram agrupadas em categorias e descritas em percentuais e variáveis categóricas: Realizou-se a análise estatística dos dados por meio da frequência absoluta e relativa, utilizando o teste Qui-Quadrado, ou exato de Fisher (F) quando necessário. Para os testes foi considerado um nível de significância de 5%. Desta forma, foram observadas diferenças entre os grupos quando p-valor foi menor do que 0,05 (p-valor<0,05).

A pesquisa seguiu o preconizado na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo sido o projeto submetido ao Comitê de Ética da instituição, aprovado pelo parecer nº 1.074/09.

## RESULTADOS

Foi possível verificar que o percentual de distribuição das variáveis de interesse foi semelhante entre as duas instituições avaliadas. Pelos resultados abaixo, observou-se que não houve diferença, estatisticamente significativa entre as instituições (p<0,05) em relação à idade, nem escolaridade, conforme mostra a Tabela 1.

**TABELA 1:** Distribuição das amostras estudadas de duas maternidades, segundo as variáveis demográficas. Maceió- AL, 2008.

| Variáveis           |  | Maternidades      |      |                    |      | p-valor <sup>(***)</sup> |
|---------------------|--|-------------------|------|--------------------|------|--------------------------|
|                     |  | M1 <sup>(*)</sup> |      | M2 <sup>(**)</sup> |      |                          |
|                     |  | n                 | %    | n                  | %    |                          |
| <b>Idade</b>        | Menos de 20 anos                       | 10                | 20,4 | 15                 | 17,6 | <b>0,234</b>             |
|                     | De 20 a 25 anos                        | 11                | 22,4 | 31                 | 36,5 |                          |
|                     | De 26 a 30 anos                        | 14                | 28,6 | 25                 | 29,4 |                          |
|                     | Acima de 30 anos                       | 14                | 28,6 | 14                 | 16,5 |                          |
| <b>Escolaridade</b> | Nenhuma                                | 8                 | 17,0 | 9                  | 12,9 | <b>0,067</b>             |
|                     | Ensino fundamental incompleto          | 22                | 46,8 | 31                 | 44,3 |                          |
|                     | Ensino fundamental completo            | 3                 | 6,4  | 19                 | 27,1 |                          |
|                     | Ensino médio incompleto                | 9                 | 19,1 | 8                  | 11,4 |                          |
|                     | Ensino médio completo                  | 4                 | 8,5  | 3                  | 4,3  |                          |
|                     | Ensino superior incompleto ou completo | 1                 | 2,1  | 0                  | 0,0  |                          |

(\*) M1- Maternidade Escola Santa Mônica, (\*\*) M2- Casa Maternal Denilma Bulhões, (\*\*\*) p<0,05

Em relação às variáveis maternas, observou-se que houve diferença, estatisticamente significativa entre as instituições (p<0,05) em relação à paridade, idade gestacional, posição materna, uso de ocitocina e complicações, evidenciando que houve um maior percentual de primíparas entre as pacientes da Maternidade Escola Santa Mônica do que na Denilma Bulhões; houve um maior percentual de pacientes com idade gestacional entre 37 e 42 semanas

entre as pacientes de Denilma Bulhões do que na Maternidade Escola Santa Mônica; houve um maior percentual de pacientes com posição materna deitada entre àquelas da Maternidade Escola Santa Mônica do que da Denilma Bulhões; houve um maior percentual de pacientes com episiotomia entre as da Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) do que da Denilma Bulhões, como demonstrado na Tabela 2.

**TABELA 2:** Distribuição das amostras estudadas de duas maternidades, conforme as variáveis obstétricas e perinatais. Maceió, AL, 2008.

| Variáveis   |                    | Maternidades      |       |                    |       | p-valor <sup>(***)</sup> |
|---|--------------------|-------------------|-------|--------------------|-------|--------------------------|
|   |                    | M1 <sup>(*)</sup> |       | M2 <sup>(**)</sup> |       |                          |
|   |                    | n                 | %     | n                  | %     |                          |
| <b>Paridade</b>   | primípara          | 20                | 55,6  | 17                 | 30,4  | 0,019                    |
|   | secundípara        | 13                | 36,1  | 23                 | 41,1  |                          |
|   | múltipara          | 3                 | 8,3   | 16                 | 28,6  |                          |
| <b>Idade gestacional</b>  | de 20 a 30 semanas | 1                 | 2,0   | 0                  | 0,0   | 0,003                    |
|   | de 30 a 36 semanas | 10                | 19,6  | 3                  | 3,4   |                          |
|   | de 37 a 42 semanas | 40                | 78,4  | 84                 | 96,6  |                          |
| <b>Consultas de pré-natal</b>   | nenhuma            | 2                 | 4,5   | 5                  | 6,3   | 0,692                    |
|   | de 1 a 3           | 10                | 22,7  | 15                 | 18,8  |                          |
|   | de 3 a 4           | 2                 | 4,5   | 8                  | 10,0  |                          |
|   | 5 ou mais          | 30                | 68,2  | 52                 | 65,0  |                          |
| <b>Utilização do partograma</b>   | não preenchido     | 3                 | 10,3  | 10                 | 11,8  | 0,479                    |
|   | incompleto         | 16                | 55,2  | 36                 | 42,4  |                          |
|   | completo           | 10                | 34,5  | 39                 | 45,9  |                          |
| <b>Local do parto</b>   | triagem            | 2                 | 3,9   | 2                  | 2,3   | 0,634                    |
|   | pré-parto          | 1                 | 2,0   | 4                  | 4,6   |                          |
|   | sala de parto      | 48                | 94,1  | 81                 | 93,1  |                          |
| <b>Posição Materna durante o parto</b>  | deitada            | 19                | 50,0  | 1                  | 1,1   | 0,001                    |
|   | semissentada       | 19                | 50,0  | 85                 | 97,7  |                          |
|   | sentada            | 0                 | 0,0   | 1                  | 1,1   |                          |
| <b>Episiotomia</b>  | Sim                | 20                | 40,0  | 13                 | 14,9  | 0,001                    |
|   | Não                | 30                | 60,0  | 74                 | 85,1  |                          |
| <b>Verificação da contratilidade uterina e exame rotineiro da placenta e membranas ovulares</b> | Sim                | 44                | 100,0 | 87                 | 100,0 | ***                      |
|   | Sim                | 49                | 100,0 | 87                 | 100,0 |                          |
| <b>Avaliação do canal de parto</b>  |                    |                   |       |                    |       |                          |
| <b>Complicações clínicas ou obstétricas ocorridas no parto e puerpério</b>                      | Sim                | 9                 | 17,6  | 1                  | 1,1   | 0,001                    |
|   | Não                | 42                | 82,4  | 86                 | 98,9  |                          |
| <b>Índice de Apgar no primeiro minuto</b>   | 1-3                | 1                 | 2,0   | 0                  | 0,0   | 0,234                    |
|   | 4-5                | 1                 | 2,0   | 4                  | 4,7   |                          |
|   | 6-8                | 20                | 40,0  | 24                 | 28,2  |                          |
|   | 9-10               | 28                | 56,0  | 57                 | 67,1  |                          |
|   | 9-10               | 47                | 92,2  | 81                 | 95,3  |                          |
| <b>Índice de Apgar no quinto minuto</b>   | 6-8                | 4                 | 7,8   | 4                  | 4,7   | 0,473                    |
|   | 9-10               | 47                | 92,2  | 81                 | 95,3  |                          |

(\*) M1- Maternidade Escola Santa Mônica, (\*\*) M2- Casa Maternal Denilma Bulhões, (\*\*\*) p<0,05

## DISCUSSÃO

Os resultados maternos e perinatais brasileiros nos últimos 23 anos vêm apresentando melhoras constantes, contudo a mortalidade e a morbidade ainda são inaceitavelmente elevadas. Por conta disso, a redução da mortalidade materna foi incluída na lista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). A finalidade era reduzir em 75% a razão da mortalidade materna até 2015, entretanto, as estimativas globais sobre o declínio desta mortalidade demonstram que os resultados alcançados não foram suficientes para alcançar a meta na maioria dos países<sup>8,9</sup>.

Apesar da redução desses índices, a prática na maioria das instituições ainda é de resistência à implantação das boas práticas obstétricas, pois é necessário um enfoque da atenção ao parto e nascimento centrado na parturiente. Desde sempre, na abordagem dos partos e das complicações maternas e perinatais, a mulher não tem sido o sujeito da

atenção, este papel, o de sujeito, vem sendo ocupado pelos profissionais, pelas instituições e por seus interesses. São identificados fatores que justificam a introdução maciça de tecnologias impróprias na assistência aos partos e nascimentos, fazendo que com esses procedimentos e práticas levem a inúmeras intervenções desnecessárias<sup>9</sup>.

Em contrapartida, o modelo humanista privilegia o bem-estar da parturiente e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, e a assistência caracteriza-se pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Nessa concepção, além dos hospitais, o parto tanto pode ocorrer em casas de parto ou ambulatorios, e reservam-se aos hospitais para casos em que comprovadamente são esperadas complicações, de forma a reduzir o tempo de transferência do setor de partos normais para os cirúrgicos.

A avaliação internacional de modelos de atenção evidencia que países que mantiveram o modelo de atenção ao parto, valorizando a atuação de enfermeiras-parteiras (*midwife ou nurse-midwife*), como os países escandinavos, a Inglaterra, Japão, Holanda, França, Alemanha e outros, conseguiram manter baixos seus indicadores de morbidade e mortalidade materna e fetal/neonatal, assim como o índice de intervenções, a exemplo de cesáreas, episiotomias, etc<sup>10</sup>.

De acordo com a análise das variáveis da assistência ao trabalho de parto e parto: dentre as condutas úteis e recomendadas pelo Ministério da Saúde, o partograma, se inclui na categoria A, práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto, seu uso permite acompanhar a evolução e documentar o trabalho de parto e diagnosticar suas alterações, indicando a tomada de condutas apropriadas para a correção dos desvios, evitando intervenções desnecessárias<sup>11</sup>.

Dos 73,2% dos partogramas preenchidos apresentados neste estudo, apenas 35,5% (49/138) estavam completos, demonstrando que ainda existe resistência dos profissionais que realizam a assistência ao trabalho de parto em utilizar o partograma, como instrumento de acompanhamento que melhora a assistência ao parto permitindo identificar distócia e intervir de maneira lógica e eficaz. Nas duas instituições estudadas, a parturiente é assistida por obstetras e enfermeiros em algum momento da evolução do trabalho de parto, o preenchimento, portanto, é feito por esses profissionais não sendo possível quantificar a participação do enfermeiro nesse sub-registro.

Um estudo, realizado num hospital escola de Pernambuco, demonstrou que o preenchimento do partograma se deu em apenas 40,6% dos partos. Desse modo, o preenchimento do partograma como uma boa prática obstétrica, conforme recomenda a OMS, deveria ser uma prática na assistência ao trabalho de parto dos profissionais, pois sua utilização permite que intervenções desnecessárias sejam realizadas<sup>12</sup>.

O partograma por ser utilizado como um critério para indicar as condutas durante o trabalho de parto, neste estudo, também foi avaliada a relação de seu preenchimento com outras condutas úteis na assistência ao trabalho de parto. Em 93,5% das parturientes, o parto ocorreu na sala de parto, houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) em relação ao local do parto, evidenciando um maior percentual de pacientes com local do parto na sala de parto entre os grupos, com uso de partograma completo e incompleto do que no grupo com utilização não preenchido, sendo observado nas duas instituições. A identificação dessa ocorre pela ausência nas duas instituições de salas PPP, e o acompanhamento do trabalho de parto pelo registro do partograma propicia a transferência da mulher em tempo hábil da sala de pré-parto à sala de parto, prática está classificada como categoria D.

A humanização do parto contempla a criação das salas de parto onde as parturientes permanecem durante o trabalho de parto (fase de dilatação cervical), parto (expulsão fetal e dequitação placentária) e puerpério imediato com seu acompanhante. Esta estratégia vem se mostrando efetiva na humanização do parto, no incentivo ao parto normal, buscando a integralidade da assistência obstétrica com a participação do trabalho em equipe, com consequente redução nos índices de cesárea<sup>13</sup>.

Em relação à variável posição do parto, observados os valores por instituição, a Casa Maternal Denilma Bulhões apresentou 97,7% em posição semi-sentada e 1,1% em litotomia, contra 37,3% na mesma posição na MESM, distribuição igual à posição deitada com também 37,3%. Houve diferença estatisticamente significativa entre as duas instituições ( $p < 0,05$ ), com um maior percentual de parturiente com posição materna deitada entre aquelas da MESM do que na Denilma Bulhões. Isso se dá provavelmente, pelas suas características distintas, a Casa Maternal tem as enfermeiras de sua equipe mais voltadas para o natural, onde as mulheres têm maior liberdade de movimento e escolha. Já na MESM, por ser referência de alto risco, as enfermeiras têm repetido as práticas dos obstetras em sua assistência, sem exercer sua autonomia e o direito da parturiente.

O estímulo à liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto são práticas demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas. Assim, a OMS recomenda que as mulheres adotem a posição de sua preferência, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. Os profissionais devem estimular a posição verticalizada que

causa menos desconforto e dificuldade de puxos, menos dor durante o trabalho de parto e menos traumatismo vaginal ou perineal no expulsivo, no entanto, devem respeitar a posição de escolha da mulher<sup>5</sup>.

Entre as intervenções incorporadas à assistência à saúde da mulher durante o parto está a episiotomia. O uso liberal ou rotineiro da episiotomia foi classificado como prática, frequentemente utilizada de modo inadequado, devendo ser feita somente nos casos em que houver necessidade, indicada em cerca de 10% a 15% dos casos, pela OMS. Embora a episiotomia seja técnica realizada com frequência, sua incidência é variável. Uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane sobre a prática e os efeitos da episiotomia, comparando o uso de rotina com o restrito, apontou os seguintes resultados: a episiotomia foi aplicada de rotina em 72,7% e, quando de uso restrito, em 27,6% das mulheres avaliadas (2.209 no primeiro grupo e 2.441 no segundo) e; a episiotomia de uso restrito associou-se a menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e de complicações na cicatrização<sup>14</sup>.

No estudo realizado numa maternidade do interior de São Paulo, mostrou que a episiotomia ainda é realizada em 17,6% das pacientes, demonstrando que ainda não houve a modificação nas práticas dos profissionais, tanto enfermeiros como médicos, uma vez que eles acreditam que a episiotomia protege o períneo contra outras morbidades<sup>15</sup>.

Em relação à verificação da contratilidade uterina e o exame rotineiro da placenta e das membranas ovulares, ocorreram em 94,9% da amostra estudada, ficando 5,1% com ausência de registro sobre este item. O exame da placenta, cordão umbilical e membranas, imediatamente após a expulsão são práticas indispensáveis, sobretudo para verificar a integridade, para se certificar que não foram deixados restos placentários ou de membrana na cavidade uterina; é uma prática preconizada pela OMS e MS<sup>5,6</sup>.

Quanto a revisão do canal de parto, após a dequitação, procura-se encontrar lacerações do trajeto (vagina, colo) e do períneo. A revisão da cavidade uterina pode ser necessária, caso se suspeite de possível retenção de restos placentários ou membranas ou se houver sangramento aumentado. No presente estudo, observou-se que, em 98,6% dos partos, a enfermeira fez a avaliação do canal de parto, ficando apenas 1,4% sem registro de realização ou não desta atividade. A ausência de registro ocorreu especificamente na MESM, tendo a Casa Maternal Denilma Bulhões 100% da realização da avaliação do canal de parto registrada.

A análise das variáveis neonatais demonstrou o resultado do índice de Apgar percebeu-se na Casa Maternal Denilma Bulhões, o Apgar entre 8-10 com 67,1% no primeiro minuto seguido de 95,3% no quinto minuto e a MESM com 56% seguido de 92,2%, respectivamente. Em estudo realizado no interior do estado do Ceará<sup>16</sup>, os índices de Apgar foram correlacionados com as variáveis obstétricas, onde os recém-nascidos apresentaram apgar entre 8-10 nas mães que possuíam entre 20-29 anos, que tiveram gestação a termo entre 37-41 semanas e naquelas que possuíam mais de sete consultas de pré-natal, demonstrando que quanto mais há uma assistência integral desde a gestação, parto e puerpério os índices de complicações maternas e perinatais diminuem.

## CONCLUSÃO

As ações realizadas pelas enfermeiras na assistência ao trabalho de parto e parto neste estudo estão dentro de um contexto de mudança real de paradigma e de postura frente às evidências científicas. Elas assumem seu papel de coadjuvante, mas extremamente importante no processo de parturição para promoverem uma assistência segura e onde a mulher seja a protagonista desse momento. Elas fazem com que todas as fases sejam vivenciadas com embasamento científico, reduzindo assim, as intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto. É importante frisar que a enfermeira obstétrica está à frente na luta pela humanização da assistência ao parto, onde orienta e educa mulheres a conhecerem a fisiologia do seu próprio corpo e a escolherem o tipo de parto que desejam, livre de intervenções desnecessárias, demonstrando sua influência na educação dessas mulheres.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva R CV. Good Partices in obstetric care and its interface with humanization of assistance. Rev. enferm. UERJ. [Internet] 2017 [cited 2019 Dec 05]; 25:e26442. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26442>
2. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. The labor of obstetricians: thinking styles and the normalization of “cesarean birth” among obstetricians. Physis [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 05]; 27(3):415-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300003>
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2014 [cited 2019 Dec 05]; 30( Suppl 1 ): S17-S32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
4. Campos AS, Almeida ACCH, Santos RP. Beliefs, myths and taboos of pregnant women about vaginal birth. Rev Enferm UFSM [Internet], 2014 [cited 2019 Dec 05]; 4(2):332-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769210245>
5. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura: assistência ao parto normal. Um guia prático. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde [Internet], 1996 [cited 2019 Dec 05]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S0102-311X201400130002400022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0102-311X201400130002400022&lng=en)

6. Ministério da Saúde (Br). Universidade Estadual do Ceará. Humanização do Parto e Nascimento. Cadernos Humaniza SUS [Internet], 2014 [cited 2019 Dec 05]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/pdf>
7. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev Rene [Internet] 2014 [cited 2019 Dec 05]; 15(4):720-28. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1121>
8. Martins EF, Almeida PFB, Paixão CO, Bicalho PG, Errico LSP. Multiple causes of maternal mortality related to abortion in Minas Gerais State, Brazil, 2000-2011. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 05]; 33(1):e00133115. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000105009&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105009&lng=pt)
9. Abreu LP, Filho RL, Santana RL. Obstetric characteristics of pregnant women undergoing cesarean section, by the Robson Classification. Rev. enferm. UERJ. [Internet] 2019 [cited 2019 Dec 05]; 27:e37858. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.37858>
10. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva. [Internet] 2013 [cited 2019 Dec 05]; 18(4):1059-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>
11. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. [Internet] 2016 [cited 2019 Dec 05]; 20(2):324-31. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en\\_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf)
12. Lucena TS, Santos AAP, Morais RJL. Analysis of partogram completion as good obstetric practice in the monitoring of labor. Rev. Fun. Care Online [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 05]; 11(1):222-27. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968516>
13. Brüggemann OM, Ebsen ES, Ebele RR, Batista BD. Possibilities of inclusion of the partner in deliveries in public institutions. Ciênc. saúde coletiva [Internet], 2016 [cited 2019 Dec 05]; 21(8):2555-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.16612015>
14. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library [Internet], 2009 Jan Ago [cited 2019 Dec 05]; 21(1):CD000081. DOI <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>
15. Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Implementation methodology of practices based on scientific evidence for assistance in natural delivery: a pilot study. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 05]; 49(5):716-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf>
16. Muniz EB, Vasconcelos BB, Pereira NA, Frota RG, Moraes CEB, Oliveira MAS. Analysis of Apgar score on data from the Live Births Information System registered at a hospital in the state of Ceará, Brazil. Rev. Med. Saude. [Internet] 2016 [cited 2019 Dec 05]; 5(2):182-91. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6677/4563>