



## PESQUISA

## THE ASSISTENCE OF PARTURIENT WOMEN BY OBSTETRIC NURSES: IN SEARCH FOR THE RESPECT OF NATURE

## ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO OBSTETRA À MULHER PARTURIENTE: EM BUSCA DO RESPEITO À NATUREZA

## ASISTENCIA DEL ENFERMERO OBSTETRA A LA MUJER PARTURIENTA: EN BÚSQUEDA DEL RESPETO A LA NATURALEZA

Cristiane Rodrigues da Rocha<sup>1</sup>, Letiery Costa Fonseca<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Objective:** To characterize parturient women, by age and the number of prenatal consultations done at a maternity hospital in the city of Rio de Janeiro, and to analyze the assistance carried out by the nurses which accompanied these women. **Method:** This is a quantitative and descriptive study using documental analysis. The research data has been obtained from a register book where the nurse's actions, during the assistance of parturient women, are registered. In this research 938 childbirths were studied in the period of 2005 to 2006. **Results:** The majority of the parturient women, 65.17%, were between 20 and 35 years of age, and 27.25%, the second largest proportion, were up to 19 years of age. 59.91% woman made 6 to 10 prenatal consultations, 29.74% had 1 to 5 consultations. The most commonly used intervention was the administration of ocitocina, corresponding to 55.51% of the childbirths. In 35.07% of the childbirths there wasn't any type of invasive or medicative intervention. The most commonly used care techniques in childbirth were: respiratory exercises (35.30%), pelvic movements (19.77%) and deambulation (12.78%). **Conclusion:** Even though the assistance of woman in labor and delivery has been experiencing changes through the performance of obstetrical nurses, it is still necessary to minimize interventionist actions, valuing the active participation of woman during labor and delivery. **Descriptors:** Natural childbirth, Obstetric nursing, Nursing care.

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar as parturientes, através da idade e número de consultas pré-natal, atendidas em uma maternidade do município do Rio de Janeiro e analisar a assistência realizada pelos enfermeiros no acompanhamento destas parturientes. **Método:** Pesquisa quantitativa, descritiva, de análise documental. Os dados foram coletados de um livro de registro das ações do enfermeiro na assistência à parturiente. Foram estudados 938 partos, no período de 2005 a 2006. **Resultados:** A maioria das parturientes, 65,17%, tinha entre 20 e 35 anos, a segunda maior proporção 27,25% foi das parturientes com até 19 anos de idade. Realizaram de 6 a 10 consultas pré-natal 59,91% das mulheres, 29,74% realizaram de 1 a 5 consultas. A intervenção mais utilizada foi a administração de ocitocina, correspondendo a 55,51% dos partos. Em 35,07% dos partos não houve qualquer tipo de intervenção invasiva ou medicamentosa. Tecnologias de cuidado no parto mais utilizado foram: exercícios respiratórios (35,30%), movimentos pélvicos (19,77%) e a deambulação (12,78%). **Conclusão:** Embora a assistência à gestante em trabalho de parto e parto venha sofrendo mudanças com a atuação do enfermeiro obstetra, ainda é preciso minimizar as ações intervencionistas, valorizando a participação ativa da mulher durante seu trabalho de parto e parto. **Descritores:** Parto normal; Enfermagem obstétrica; Cuidados de enfermagem.

## RESUMEN

**Objetivos:** Caracterizar a las parturientas, a través de la edad y número de consultas prenatales, atendidas en una maternidad del municipio de Rio de Janeiro y analizar la asistencia realizada por los enfermeros en el acompañamiento de esas parturientas. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, de análisis documental. Los datos fueron recogidos de un libro de registro de las acciones del enfermero en la asistencia a la parturienta. Se estudiaron 938 partos, en el período de 2005 a 2006. **Resultados:** La mayoría de las parturientas, 65,17%, tenía entre 20 y 35 años, la segunda mayor proporción, 27,25%, fue de mujeres de hasta 19 años de edad. Realizaron de 6 a 10 consultas prenatales el 59,91% de las mujeres, 29,74% realizaron de 1 a 5 consultas. La intervención más utilizada fue la administración de ocitocina, en el 55,51% de los partos. En el 35,07% de los partos no hubo ningún tipo de intervención invasiva o medicamentos. Las tecnologías de cuidado en el parto más utilizadas fueron: ejercicios respiratorios (35,30%), movimientos pélvicos (19,77%) y la deambulación (12,78%) **Conclusión:** Si bien la asistencia a la mujer en trabajo de parto y parto ha cambiado en la actuación del enfermero obstetra, todavía es necesario minimizar las acciones intervencionistas valorizando la participación activa de la mujer durante el trabajo de parto y parto. **Descriptor:** Parto normal; Enfermería obstétrica; Atención de enfermería.

<sup>1</sup>Enfermeira Mestre em Enfermagem, Especialista em Enfermagem Obstétrica. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da EEAP/ UNIRIO. E-mail: crica.rocha@hotmail.com. <sup>2</sup>Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO. E-mail: letiery@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A assistência prestada por profissionais enfermeiros e médicos à parturiente na sala de parto, freqüentemente, priva as mulheres de sua liberdade. Sabe-se que o preconizado pelos órgãos governamentais, entidades de classe (ABENFO, ABEN) e movimentos feministas é que o parto natural deve ser aquele no qual a mulher é ativa, desta forma a liberdade torna-se um elemento essencial, pois ela irá agir conforme suas necessidades. As parturientes, por muitas vezes, passam pela vivência do parto e nascimento de forma passiva e o profissional neste cenário torna-se o elemento ativo, fazendo com que as mulheres percam o protagonismo de seus partos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e outros órgãos não-governamentais, preocupados com a atual assistência ao parto, propuseram mudanças com estímulo da atuação da enfermeira obstetra na assistência à gestação e parto.

Nesse sentido, busca-se a humanização do atendimento, aqui compreendida como um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis no âmbito bio-psico-social e espiritual e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Contudo, exercer este compromisso não é fácil, a maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico<sup>1</sup>.

Desta forma, o objeto deste estudo é a característica da assistência prestada pelo enfermeiro obstetra à mulher em trabalho de parto e parto normal no centro obstétrico de uma

maternidade pública do Município do Rio de Janeiro.

A fim de conhecer esta assistência realizada pelo profissional enfermeiro foram traçados dois objetivos: 1) caracterizar as parturientes assistidas pela idade e número de consultas pré-natal e 2) analisar a assistência realizada pelos enfermeiros no acompanhamento destas parturientes.

O estudo contribui para uma auto-avaliação dos profissionais quanto às condutas realizadas enquanto categoria profissional e faz refletir sobre a assistência prestada às mulheres, que têm o direito de receberem um cuidado integral, respeitando a individualidade tanto nos aspectos fisiológicos como psicológicos e culturais. Assim, uma boa assistência poderá não ser mais vista como uma “sorte” da mulher em ser atendida por aquele plantão ou este profissional, mas, como fruto de uma conduta majoritária, resultante da reflexão a cerca da assistência prestada pelos enfermeiros.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de análise documental, de abordagem quantitativa, este tipo de pesquisa envolve a coleta sistemática de informação numérica mediante condições de controle, além da análise utilizando procedimentos estatísticos<sup>2</sup>. Do tipo descritiva, que de acordo com Gil<sup>3:44</sup>, “objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno”.

O campo do estudo foi o centro obstétrico de uma maternidade do município do Rio de

### ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Janeiro. A coleta de dados foi realizada através de livros de registros intitulados “Partos Assistidos por Enfermeiros Obstetras”, neles são feitos registros dos procedimentos realizados pelo enfermeiro, sobre a assistência prestada à mulher no pré-parto e parto. Na coleta de dados observou-se a ausência de alguns dados no livro de registros, o que se traduz em uma limitação do estudo.

Entre os dados disponíveis foram selecionados os seguintes itens de registros para coleta e análise: idade, número de consultas pré-natal, intervenções realizadas, tecnologias utilizadas, episiotomia, tipo de parto, ocorrência de laceração, APGAR no 1º minuto de vida e presença de acompanhante.

Foram selecionados 938 partos assistidos por enfermeiros obstetras no período de Fevereiro de 2005 a Fevereiro de 2006, excetuando-se Julho de 2005, pois o livro de registros do referido mês não foi localizado no setor.

Na quantificação dos dados coletados foi utilizado o nível nominal de mensuração, que envolve o ato de nomear ou rotular, ou em outras palavras, consiste em colocar indivíduos em categorias e contar a frequência com que ocorrem<sup>4</sup>.

Após a quantificação, os dados foram trabalhados no software Microsoft Office Excel 1998 e transformados em gráficos. Os dados dos gráficos foram descritos e analisados com base em manuais do Ministério da Saúde e OMS, e autores como, Enkin, Serruyda, Lowdermilk, que tratam do tema assistência ao parto.

Quanto à idade, foi possível observar que a maioria das parturientes, 65,17%, tinha entre 20 e 35 anos, ou seja, estavam dentro da faixa etária mais apropriada biologicamente para a gravidez. A segunda maior proporção encontrada, 27,25%, foi das parturientes com até 19 anos de idade, fase da adolescência, em que há maiores riscos, tanto para a mãe quanto para o bebê. A terceira maior proporção encontrada foi 6,07% e representou as mulheres com mais de 35 anos de idade, fase de maior risco de intercorrências na gravidez. E 1,51% não foi identificada a idade.

A maioria das mulheres realizaram de 6 a 10 consultas pré-natal, dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde, obtendo um total de 59,91%. Já 29,74% das parturientes realizaram de 1 a 5 consultas pré-natal, quantidade abaixo do que é preconizado pelo MS. E 3,19% das mulheres realizaram mais de 10 consultas, o que pode ter ocorrido devido a alguma intercorrência durante a gestação ou devido a uma gestação prolongada. As parturientes que não realizaram consultas de pré-natal foram encontradas em menor proporção, totalizando 1,91%. Em 5,25% das parturientes não foi possível saber quantas consultas foram realizadas, isto, possivelmente, ocorreu porque as parturientes estavam sem o cartão de pré-natal no momento da internação, ou por este registro estar ilegível ou por não ter sido preenchido este dado no livro de registro.

Quanto às ações prestadas pelo enfermeiro obstetra à parturiente durante a progressão de seu trabalho de parto e durante o parto, constatou-se que a intervenção mais utilizada foi a

ocitocina, em 55,51% dos casos. A ocitocina precisa ser indicada com critério, pois é um hormônio capaz de induzir ou aumentar as contrações rítmicas a qualquer momento da gravidez e pode produzir efeitos adversos tanto para a mãe (taquissístolia, hipertonia, hiperestimulação uterina e rotura uterina), como para o feto, sendo o sofrimento fetal agudo, o mais freqüente efeito colateral<sup>4</sup>.

A ocitocina tem indicações profiláticas de uso durante vários momentos do terceiro período do parto. Mais freqüentemente é aplicada após o desprendimento do ombro anterior ou após o nascimento da criança. A ocitocina diminui a perda sangüínea no pós-parto, e sua administração na mulher durante a tração controlada do cordão e no momento da dequitação, pode apresentar vantagens em indicações precisas, como mulheres com alteração fisiológica que confira risco para hemorragia pós-parto<sup>5</sup>. Já nos partos de baixo risco, o uso da ocitocina de forma rotineira para manejo ativo do terceiro período, parece ser prematuro e dependente de estudos mais específicos<sup>5</sup>.

Não foi possível identificar com que indicação, em que período do trabalho de parto ou parto a ocitocina foi utilizada e/ou se seu efeito foi benéfico ou não, pois não é um dado oferecido pelo livro de registro dos procedimentos, mas seria um estudo de grande relevância para se estabelecer maiores critérios para seu uso.

Em 35,07% dos partos não houve qualquer tipo de intervenção durante o trabalho de parto e parto. Estes dados são importantes, pois demonstram que os enfermeiros obstetras desta unidade estão se adequando a uma nova postura voltada para a humanização do parto,

acompanhando a evolução fisiológica e, desta forma, desmedicalizando este processo e respeitando a natureza da mulher no momento do trabalho de parto e nascimento.

A atenção humanizada inicia-se no pré-natal e este tipo de atenção procura garantir que a equipe de saúde evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e autonomia da mulher. Ainda para muitos profissionais, a gestação, o parto e o puerpério são tidos como processos predominantemente biológicos, onde o patológico é mais valorizado. Entretanto, a gestação é um evento que geralmente decorre sem complicações, de forma fisiológica. Desta forma é preciso que os profissionais de saúde façam as pazes com a natureza.

O Ministério da Saúde reconhece que é necessário individualizar a assistência à mulher para se humanizar o atendimento, além disso, esse modelo de assistência permite ao profissional perceber as necessidades da mulher, lidar com o processo do nascimento e também adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê<sup>1</sup>. A OMS, tem como objetivo, mulheres e bebês saudáveis, com o mínimo de intervenção possível, compatível com a segurança<sup>5</sup>.

Em relação à amniotomia, observou-se ocorrência em 5,82% dos casos. Este procedimento consiste na rotura artificial das membranas amnióticas. “Ao se realizar, deve-se ter certeza de que o pólo fetal esteja apoiado sobre a bacia para evitar a grave ocorrência do prolapso do cordão umbilical”<sup>1:124</sup>. Outro efeito adverso é o aumento do risco de infecção<sup>1</sup>.

Em 0,40% dos partos foi realizada a redução do colo, correspondendo “ao deslocamento digital das membranas amnióticas do colo uterino e segmento inferior [...]. Teoricamente o método estimula o trabalho de parto por promover a liberação de prostaglandina”<sup>1:124</sup>, favorecendo o início do trabalho de parto. De acordo com o Ministério da Saúde <sup>(1)</sup>, existem poucos relatos na literatura para estabelecer a real eficiência e segurança deste procedimento.

Em 2,10% dos partos houve algum tipo de intervenção, porém esta foi descrita como “outros” pela legenda do livro, não permitindo conhecer, especificamente, que método foi utilizado. Não se pôde identificar 1,10% dos dados desta categoria por não haver registro ou pelo mesmo apresentar-se ilegível.

Na assistência à mulher no trabalho de parto, o profissional pode oferecer à mulher mais de um tipo de cuidado, por isso o somatório dos cuidados realizados não conferem o valor de 100%, eles ultrapassam este valor, pois geralmente a mulher deseja e associa mais de um cuidado proposto. No trabalho de parto e parto o cuidado mais utilizado foram os exercícios respiratórios (35,30%). Estes exercícios funcionam como um instrumento de ajuda para a mulher manter o controle durante as contrações. No primeiro estágio, essas técnicas respiratórias promovem o relaxamento dos músculos abdominais, aumentando a cavidade abdominal. Isso diminui a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal durante as contrações. No segundo estágio, usa-se a respiração para aumentar a pressão abdominal, auxiliando a expulsão do feto. À medida que evolui o trabalho de parto e a

mulher entra na fase ativa, ela é estimulada a iniciar pela respiração lenta, passar para uma mais curta, e quando a contração atingir seu pico, voltar à lenta<sup>(1)</sup>. A respiração rápida, se for realizada por longo período, pode causar hiperventilação, que reduz o nível de pCO<sub>2</sub> no sangue. Na realidade, são utilizadas variações nos padrões respiratórios, pois há algumas mulheres que descobrem um padrão respiratório próprio que lhes é mais confortável. Desta forma, com esta técnica e a individualização do padrão ventilatório, os exercícios respiratórios visam minimizar a dor.

O segundo cuidado mais utilizado foram os movimentos pélvicos, com 19,77%. Esta tecnologia consiste em realizar movimentos circulares com o quadril. Estes ajudam na dilatação da cérvix e descida do feto. Além disso, estão associados a maior intensidade e maior eficiência das contrações.

Em 13,32% dos cuidados utilizados, verificou-se que algum método foi utilizado, porém não foi discriminado, impossibilitando sua identificação.

A deambulação foi utilizada em 12,78% das situações. Sabe-se que fisiologicamente é muito melhor para a mãe e para o filho quando a mulher se mantém em movimento durante o processo de parturição. A posição vertical é usada e preferida, por possibilitar menos dor, diminuir o tempo do trabalho de parto e do parto, melhorar a contratilidade uterina e oferecer mais conforto às parturientes e assegurar os intercâmbios materno-feto-placentários durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal. A deambulação traz vantagens para a mulher, como o aumento da atividade uterina; a redução do desconforto do

trabalho de parto; o reforço do controle materno sobre o próprio trabalho de parto e a criação de uma interação mais próxima com o parceiro da parturiente e com os provedores de cuidado, quando esses a ajudam a caminhar. Além disso, a deambulação está associada a um índice reduzido de partos operatórios e do uso de analgesia.

Em 7,95% dos partos estudados não houve nenhum tipo de cuidado para auxiliar a dilatação, descida ou no alívio da dor. Isto pode ter ocorrido por razões como: a parturiente ter sido internada com a dilatação bastante avançada ou até mesmo no período expulsivo do feto; por não aceitação da gestante em relação às técnicas; ou por impossibilidade do profissional realizar cuidados que requerem um longo tempo junto à parturiente.

A massagem foi utilizada em 5,94% dos trabalhos de parto. Esta técnica tem como objetivo aliviar a dor e facilitar o relaxamento. A massagem adquire forma de golpes leves ou firmes, vibração, amassamento, pressão circular profunda, pressão contínua e manipulação articular. As várias formas de toques e massagem estimulam diferentes receptores sensoriais. Quando são interrompidas, a consciência da dor aumenta, é importante saber que o uso intermitente ou a variação no tipo de golpe e na localização do toque podem prolongar os efeitos de alívio da dor<sup>7</sup>.

Em 5,64% dos partos estudados aplicou-se a musicoterapia, que consiste no uso de músicas calmantes entre as contrações, cujo volume é controlado pelas mulheres. No uso desta técnica é relevante saber que o uso de fones de ouvido pode aumentar a eficácia da música porque os sons em volta não constituirão uma distração. Vários

autores relataram diminuição do uso de medicação analgésica e menos dor com o uso da audioanalgesia<sup>7</sup>.

Em 3,86% dos partos estudados fez-se uso da bola. Este cuidado favorece a dilatação da cérvix através de movimentos que a mulher realiza sentada sobre a bola. Estes movimentos podem ser circulares, para frente e para trás ou para os lados. Devido à posição verticalizada da mulher, este cuidado também favorece a descida do feto, elas referem menor desconforto, dores menos intensas e se observa menor risco de traumas vaginais ou perineais, menor duração do período expulsivo e melhores resultados neonatais.

O banho foi realizado por 2,31% das parturientes. Esta prática inclui o uso de duchas, banheiras, hidromassagem e “piscinas de parto” especiais. Esta conduta proporciona o alívio do desconforto, e o relaxamento geral que ela produz, diminui a ansiedade da mulher, o que por sua vez, diminui a produção de adrenalina. Isso desencadeia um aumento nos níveis de ocitocina (para estimular o parto) e de endorfina (para reduzir a percepção da dor). Também foi constatada uma dilatação de 2 a 3 cm da cérvix em 30 minutos na terapia de hidromassagem. O efeito relaxante da água pode reduzir a necessidade de métodos farmacológicos de alívio da dor. A imersão na água pode acelerar o trabalho de parto, reduzir a pressão arterial, aumentar o controle materno sobre o ambiente do parto, resultar em menor traumatismo do períneo e menor necessidade de intervenções<sup>7</sup>. Apesar de ser de fácil aplicação, o banho talvez não tenha sido tão utilizado nesta instituição porque só havia água fria disponível no período em que foi

realizada esta análise, fazendo com que as mulheres se negassem a utilizar esta tecnologia.

O banco foi utilizado em 1,66% dos partos estudados. Nesta técnica, a mulher senta em um pequeno banco de forma semicircular, permitindo que a vulva e o cóccix permaneçam livres, facilitando a dilatação da cérvix, a manutenção dos puxos e todos os benefícios já descritos proporcionados pela posição vertical.

Apenas 1,07% dos partos foram classificados como não identificados, devido aos registros estarem ilegíveis ou não existirem.

A aromaterapia, que se refere ao uso de óleos essenciais destilados de plantas, de flores, de ervas e de árvores, para promover a saúde e o bem-estar e que podem ser administrados de várias formas, como por exemplo, gotas no banho quente, água aquecida para as compressas aplicadas ao corpo, para vaporizar a sala de parto ou no óleo para massagear as costas, na frente da mulher em trabalho de parto<sup>6</sup> não foi utilizada em nenhum caso estudado.

Em relação à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, observou-se que 56,60% das parturientes foram acompanhadas por alguém de sua escolha. “O direito ao acompanhamento já é reconhecido em diversas instâncias, incluindo o Ministério da Saúde, entretanto, não é praticado de forma regular e sistemática em todo o país”<sup>5:64</sup>. Este acompanhamento à parturiente deve ser entendido como um direito seu no processo de humanização do nascimento. “Representa um suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para

estimular positivamente à parturiente nos momentos mais difíceis”<sup>5:64-65</sup>.

Já 43,40% das parturientes não foram acompanhadas. O sentimento de isolamento da mulher pode aumentar com o aparecimento e desaparecimento intermitente de pessoas desconhecidas, incluindo obstetras, enfermeiras, estudantes e outros profissionais da saúde. Além disso, quando o parto é vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento, ocorre a chance de aparecerem os distúrbios psicológicos, afetivos e emocionais, que podem influenciar o relacionamento mãe/filho, além de sua vida afetiva e conjugal. O medo gera dor e a dor aumenta o medo<sup>4</sup> gerando um ciclo que precisa ser interrompido. A interrupção ocorre devido aos cuidados individualizados que minimizam ou excluem as causas do medo e da dor.

Na categoria tipo de parto, de acordo com a posição da parturiente foi identificado que 73,88% dos partos foram realizados com a parturiente em posição vertical. Na instituição estudada, é considerado que a mulher está em posição vertical quando a cabeceira da cama apresenta inclinação superior à 30° alcançando até 90°.

Em 20,57% foi realizado o parto horizontal. Neste caso, a cabeceira da cama permanece a 0° durante todo o trabalho de parto e parto.

A posição lateral, onde a mulher permanece, normalmente, na posição de Sims voltada para o decúbito lateral esquerdo, esteve presente em 4,58% dos partos estudados.

Em 0,31% dos partos estudados a mulher apresentou-se de cócoras. Nesta posição a mulher fica agachada sobre a cama apoiando-se em uma

barra de ferro. E 0,66% da posição da mulher no parto não foram registrados.

Vários estudos sugerem que uma posição verticalizada ou uma inclinação lateral apresentam maiores vantagens do que uma posição dorsal. “A posição verticalizada causa menos desconforto e dificuldade de puxos, menos dor durante o trabalho de parto, menos traumatismo vaginal ou perineal e infecções de incisão”<sup>(1:80)</sup>. “Num estudo, observou-se uma menor duração do segundo estágio na posição verticalizada. Em relação ao resultado fetal, em alguns estudos houve menos escores de Apgar abaixo de 7 na posição verticalizada”<sup>5:28</sup>. As mulheres referem um maior entusiasmo pelas posturas verticalizadas, que produzem menos dor e menos dor lombar”<sup>5</sup>.

Quanto à realização de episiotomia, observou-se que em 68,55% dos partos não foi necessária sua realização. Já 31,45% dos partos estudados necessitaram que a mesma fosse realizada.

As evidências em favor dos supostos benefícios do uso da episiotomia foram investigadas em vários estudos randomizados, “os dados desses estudos não fornecem indícios em favor desta prática”<sup>5:28</sup>. O uso da episiotomia está associado a maiores taxas de traumatismos ao períneo e a menores taxas de mulheres com períneo intacto. Este procedimento deve ser realizado sob as seguintes indicações: “sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau ou ocorrência de laceração de terceiro grau em parto anterior”<sup>1:82</sup>. Portanto, há evidências claras de que o uso de episiotomia pode causar danos como os já

descritos, além de trauma de períneo posterior e complicações na cicatrização.

Quanto à ocorrência de laceração, pode-se perceber que na maioria dos partos, 56,45%, não ocorreu nenhum tipo de laceração, isso demonstra que a realização de episiotomia sem indicação, de forma liberal, é desnecessária. A laceração de 1º grau foi a que ocorreu mais frequentemente entre as lacerações, correspondendo a 32,12% dos casos. Este tipo de laceração afeta a pele e às vezes não necessita de sutura. As lacerações de 2º grau ocorreram em 2,56% dos partos estudados. Normalmente esse tipo de laceração afeta pele e mucosa, sendo suturadas com facilidade sob analgesia local. Já as lacerações de terceiro grau ocorreram apenas em 0,10% dos partos estudados. Estas afetam pele, mucosa e músculo, podendo atingir o esfíncter anal, ocasionando conseqüências mais sérias e devem ser suturadas, a fim de evitar problemas de fístula ou incontinência anal<sup>4</sup>. E os não identificados somaram 8,77% dos casos estudados.

Quanto ao APGAR no 1º minuto de vida, verificou-se que a maioria dos recém-nascidos cujo parto foram assistidos por enfermeiros, apresentaram-se sem qualquer índice de asfixia, totalizando 91,79%. Os valores de APGAR entre 4 e 6, que seriam uma asfixia moderada, foi o segundo mais encontrado, totalizando 3,73% dos recém-nascidos. A asfixia grave, representada pelos índices de APGAR entre 1 e 3, foi encontrada em baixa proporção, somando 1,06% dos recém-nascidos. O índice de APGAR igual a zero, que seria o recém-nascido com asfixia, foi encontrado em 0,10% das situações estudadas. Não foi possível identificar o valor do APGAR em 3,32% dos dados



Rocha CR, Fonseca LC.

The assistance of...

avaliados, por estarem ilegíveis ou não registrados.

### CONCLUSÃO

Diversas mudanças vêm sendo implementadas nos serviços obstétricos. Entre elas, destaca-se a maior participação de enfermeiros obstétricos na assistência à mulher no trabalho de parto e parto. O estímulo da atuação do enfermeiro nesta assistência está no interesse da diminuição das intervenções desnecessárias, reduzir os altos índices de cesáreas, contribuir com a diminuição da morbi-mortalidade materna e devolver à mulher o seu papel de protagonista no parto, respeitando a fisiologia desta e fornecer suporte clínico e emocional adequado.

É importante ressaltar neste estudo um aspecto diferencial da assistência da enfermagem obstétrica que são as tecnologias de cuidado ofertado à mulher durante o trabalho de parto e parto. Essas tecnologias são métodos não farmacológicos e humanizados de assistência, que visam a maior autonomia da mulher e maior controle por ela de seu trabalho de parto e parto, tornando-a assim o elemento ativo deste momento. Assim, o conhecimento feminino, na perspectiva do cuidado humanizado e baseado em evidências científicas é o que subsidia nossa prática<sup>12</sup>.

Outro aspecto diferencial da enfermagem obstétrica, que foi evidenciada no estudo, é a baixa proporção de intervenções no parto, respeitando o processo natural do trabalho de parto e parto. O índice de APGAR, apesar de sofrer variações por motivos outros além da assistência prestada à mulher no trabalho parto e

nascimento, demonstrou que os recém-nascidos assistidos pelo enfermeiro, com todas as características demonstradas no estudo, em sua maioria, encontravam-se com boa vitalidade, com o índice de APGAR variando entre 7 e 10.

Este estudo permitiu perceber que embora a assistência à mulher em trabalho de parto e parto venha sofrendo mudanças com a atuação do enfermeiro obstetra, muito ainda deve ser realizado para considerá-la de qualidade. É necessário minimizar ainda mais as ações intervencionistas, valorizando a participação ativa da mulher durante seu trabalho de parto e parto natural.

A missão dos profissionais de saúde que prestam assistência a estas mulheres é, portanto, não só utilizar os avanços que a ciência disponibiliza, mas valorizar a natureza humana com toda sua complexidade, individualidade, crenças, valores e sentimentos de cada indivíduo em prol de nascimentos saudáveis e felizes.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério - assistência humanizada à saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2003; 9-125 p.
2. Leopardi, M. T. Teorias em enfermagem: instrumentos para prática. 1ªed. Florianópolis: Papa-livros, 1999.
3. Gil, AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4° ed. São Paulo: Atlas, 2002.
4. Levin, J. Estatística Aplicada a Ciências Humanas. 2ª ed. São Paulo: Harbra, 1987.

Rocha CR, Fonseca LC.

The assistance of...

5. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto: Um guia prático. Relatório de um grupo técnico, 1996; 1-31p.
6. Enkin M. et al. Guia para atuação efetiva na gravidez e no parto. 3° ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000; 170-173 p.
7. Economides, Dr. A. O parto sem dor. Arte Nova, 1977; 121-123 p.
8. Lowdermilk, D L, Perry, SE, Bobak, IM. O cuidado em enfermagem materna. 5° ed. Porto alegre: Artmed, 2002; 318-322p.
9. Odent, M. A cietificação do amor. 2° ed. Florianópolis: Saint German, 2002; 105-111p.
10. Pereira, AV. Do ventre ao berço, em casa. São Paulo: Antroposófica, 1994; 43-53
11. Simões, S MF. O ser parturiente - Um enfoque vivencial. Niterói: UFF, 1998; 21-27 p.
12. Macedo,PO, QuiteteJB, Santos I, Vargens OMC. Tecnologias de cuidado fundamentados pela teoria ambientalista. Esc Anna Nery Ver Enferm 2008 jun;12 (2):341-7.

Recebido em: 02/09/2009

Aprovado em: 09/04/2010