

Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento

Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth

Análisis de partos atendidos por enfermeras obstétricas bajo la perspectiva de la humanización del parto y nacimiento

Carlos Sérgio Corrêa dos Reis¹, Danielle de Oliveira Miranda de Souza², Maria de Fátima Hasek Nogueira³, Jane Márcia Progianti⁴, Octavio Muniz da Costa Vargens⁵

Como citar este artigo:

Reis CSC; Souza DOM; Nogueira MFH; et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. Rev Fund Care Online. 2016 out/dez; 8(4):4972-4979. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4972-4979>

ABSTRACT

Objective: Analyze births attended by nurse midwives relating their practice to the policy of humanization of childbirth. **Methods:** Descriptive, retrospective, quantitative study based on documentary analysis of 745 births attended by nurse midwives during the year of 2011 in a municipal maternity from Rio de Janeiro, Brazil. **Results:** The first-time mothers represent 44,16% of the women in labor. The recurrent interventions were the administration of oxytocin and the amniotomy. The dorsal horizontal position occurred in 12,89% of childbirths. The incidence of episiotomy was 15,52%. Among those women not submitted to episiotomy, 36,42% remained with intact perineum. Only one case of severe perineal laceration occurred. The neonatal asphyxia (Apgar < 7) occurred in 0,55% of childbirths. **Conclusion** It was highlighted the importance of monitoring the labor by nurse midwives that values and put into practice the recommendations of the Health Ministry regarding the humanization of childbirth.

Descriptors: Humanized delivery, Humanization of assistance, Professional practice, Obstetrical nursing.

¹ Enfermeiro Obstetra; Douto em Enfermagem; Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Pesquisador do Grupo de Pesquisas sobre Gênero e Violência na Saúde e na Enfermagem.

² Enfermeira Obstétrica; Mestre em Enfermagem; Pesquisadora do Grupo de Pesquisas sobre Gênero e Violência na Saúde e na Enfermagem.

³ Enfermeira Obstétrica. Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Enfermeira Obstétrica; Doutora em Enfermagem; Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Vice-líder do Grupo de Pesquisas sobre Gênero e Violência na Saúde e na Enfermagem.

⁵ Enfermeiro Obstetra; Doutor em Enfermagem; Professor Titular da Faculdade de Enfermagem da UERJ; Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade (NEPEN _ MUSAS); Líder do Grupo de Pesquisas sobre Gênero e Violência na Saúde e na Enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Analisar partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas relacionando sua prática com a política de humanização do parto e nascimento. **Métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, baseado na análise documental de 745 partos acompanhados por enfermeiras obstétricas no ano de 2011 em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro. **Resultados:** As primigestas representaram 44,16% das parturientes. As intervenções mais recorrentes foram a administração de ocitocina e a amniotomia. A posição horizontal dorsal ocorreu em 12,89% dos partos. A incidência de episiotomia foi de 15,52%. Das que não foram submetidas a episiotomia, 36,42% permaneceram com períneo íntegro, havendo apenas um caso de laceração perineal grave. A asfixia neonatal (Apgar < 7) ocorreu em 0,55% dos partos. **Conclusão:** Evidenciou-se a importância do acompanhamento do trabalho do parto pela enfermeira obstétrica, que valoriza e põe em prática o que é preconizado pelo Ministério da Saúde no que se refere à humanização do parto e nascimento. **Descritores:** Parto humanizado, Humanização da assistência, Prática profissional, Enfermagem obstétrica.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los partos atendidos por enfermeras obstétricas relacionando su práctica a la política de humanización del parto. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo basado en el análisis documental de 745 partos atendidos por enfermeras obstétricas durante el año de 2011 en una maternidad municipal de Río de Janeiro, Brasil. **Resultados:** Las madres primerizas representan 44,16% de las mujeres en trabajo de parto. Las intervenciones recurrentes fueron la administración de oxitocina y la amniotomía. La posición horizontal dorsal ocurrió en 12,89% de los partos. La incidencia de episiotomía fue 15,52%. Entre las mujeres no sometidas a episiotomía, 36,42% se quedó con el perineo intacto. Sólo un caso de laceración perineal severo ocurrió. La asfixia neonatal (Apgar <7) ocurrió en 0,55% de los partos. **Conclusión:** Se evidenció la importancia, en el monitoreo del trabajo de parto, de enfermeras obstétricas que valoran y ponen en práctica las recomendaciones del Ministerio de Salud para la humanización del parto. **Descriptor:** Parto Humanizado, Humanización de la atención, Práctica profesional, Enfermería Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e nascimento tem sido marcada, em todo o mundo, pela adoção de práticas intervencionistas como o emprego de medicações e outros procedimentos para acelerar ou controlar o processo natural da parturição, além das elevadas taxas de cesáreas. O uso rotineiro e excessivo de intervenções não recomendadas e sem claras evidências sobre este processo que deve ocorrer de modo fisiológico podem ocasionar implicações desfavoráveis maternas e perinatais.^{1,2}

Em muitos países, incluindo o Brasil, parturientes de baixo risco obstétrico são submetidas a infusões intravenosas rotineiras e a administração de ocitocina durante o trabalho de parto e parto sem real indicação.³ As mulheres são deitadas na posição horizontal durante o trabalho de parto, com monitorização cardíaca fetal contínua e seus partos, via de regra, acontecem na posição litotômica. Em alguns países ainda se segue à risca o modelo medicalizado onde a tricotomia, o enema, a amniotomia, a redução do colo, a compressão do fundo de útero e a episiotomia são aplicados rotineiramente, ignorando por completo as recomendações da OMS para um parto normal saudável e humanizado.^{1,4}

A análise histórica da atenção à saúde da mulher aliada ao conceito exclusivamente biológico, construído socialmente, do corpo feminino, caracteriza este grupo populacional como objeto das ações e não como sujeito destas.^{3,4} Na tentativa de resgatar o protagonismo feminino, o Ministério da Saúde vem incentivando os serviços de saúde a adotarem uma atitude mais humanizada, menos controladora, na qual a mulher seja sujeito e participe ativamente do processo. Por isso mesmo, buscando modificar o modelo da medicalização excessiva do parto, foi elaborado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).⁴ Apesar do esforço do governo em criar programas que direcionem as práticas dos serviços de saúde para a promoção de um atendimento de boa qualidade, estes dependem, assim como o PHPN, da interpretação e incorporação do profissional para sua implantação e implementação.

Neste contexto, a enfermagem obstétrica do Rio de Janeiro, tem se utilizado das tecnologias não-invasivas de cuidados de enfermagem (TNICE), visando favorecer o auto-conhecimento e proporcionar mais conforto, autonomia e satisfação para a mulher, seu filho e sua família. A concepção de TNICE envolve diversas características como as diferentes dimensões do conhecimento estruturado que integram diversos conhecimentos, o resgate pela enfermeira obstétrica da fisiologia da gravidez e do parto normal e fisiológico e de cuidados/práticas não invasivas do corpo, da mente ou da privacidade das mulheres, elaborados entre a enfermeira obstétrica que cuida e a mulher que recebe o cuidado.^{5,6}

Estas TNICEO são também utilizadas pelas enfermeiras obstétricas como uma das estratégias para a desmedicalização do trabalho de parto e parto, pois acreditam que a humanização do parto e nascimento, como proposto pela

Organização Mundial de Saúde¹ e adotadas pelo Ministério da Saúde⁷, só será possível com a eliminação das intervenções utilizadas de forma rotineira e sem critérios que a justifiquem.⁸

OBJETIVO

Analisar partos acompanhados por enfermeiras obstétricas, relacionando sua prática com a política de humanização do parto e nascimento.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa baseado na análise documental. Os dados são relativos aos 745 partos acompanhados por enfermeiras obstétricas no ano de 2011. Foram coletados do livro de registros dos partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas de uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, através do preenchimento de um instrumento elaborado a partir dos dados deste livro.

Nesta instituição observa-se a coexistência dos modelos tecnocrático e humanizado de assistência ao parto e nascimento.

A análise dos dados foi realizada através da estatística descritiva, organizados de acordo com a frequência absoluta e relativa, considerando os registros no livro de registro dos partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas. Os dados não informados relacionados a cada variável foram considerados como perdas de informação, não sendo computados para análise.

As variáveis analisadas foram: número de gestações, idade materna, realização e frequência de pré-natal, utilização de intervenções medicalizadas, características do líquido amniótico, posicionamento da parturiente no momento do parto e condição perineal. Foram analisadas também as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica mais utilizada pelas parturientes durante o trabalho de parto e parto, além do peso de nascimento e das condições de adaptação do recém-nascido no 5º minuto de vida extra-uterina avaliada pelo índice de Apgar.

Este estudo está vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher e Sociedade (NEPEN - MUSAS), através do Grupo de Pesquisas sobre Gênero e Violência na Saúde e na Enfermagem, cujo projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, sob protocolo nº 189/09, respeitando os princípios legais e éticos que envolvem as pesquisas realizadas com seres humanos, segundo a Resolução nº 196/96.⁹

RESULTADOS

Das 745 parturientes que tiveram seus partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas na maternidade alvo da

pesquisa em 2011, 230 (30,87%) eram adolescentes (menores de 20 anos). Quanto ao número de gestações, 329 (44,16%) eram primigestas (engravidaram e pariram pela primeira vez), 209 (28,05%) eram secundigestas e 207 (27,79%) já tinham engravidado mais de duas vezes. Constatou-se que 691 (92,75%) das parturientes iniciaram as consultas de pré-natal, porém, 460 (66,57%) do total das parturientes que iniciaram, aproximadamente dois terços compareceram a seis ou mais consultas, situação que prevaleceu semelhante nas diversas faixas etárias, menos de 20 anos de idade, entre 20 e 35 anos de idade e mais de 35 anos de idade das mulheres distribuídas no estudo.

Investigando sobre o emprego ou não de práticas classificadas como intervencionistas (administração de soro com ocitocina, rotura artificial das membranas amnióticas, compressão do fundo de útero, redução do colo uterino e realização da episiotomia), constatou-se que do total das parturientes que tiveram seus partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas em 316 (42,42%) o trabalho de parto e o parto evoluíram sem o emprego de nenhuma destas condutas. Entre as intervenções mais empregadas destacaram-se: a administração endovenosa da ocitocina em 370 (49,66%) e a realização da amniotomia 204 (27,38%), sendo a associação destas condutas evidenciadas em 125 (16,78%) parturientes durante o trabalho de parto e parto.

Ao se avaliar o emprego das práticas/cuidados que não interferem com a fisiologia do processo de parturição disponibilizado às parturientes pela instituição, e/ou pelas enfermeiras obstétricas que utilizam as TNICE e atuam sob a perspectiva da assistência humanizada do parto e nascimento, constatou-se que 549 (73,69%) tiveram a presença do acompanhante de forma participativa durante o trabalho de parto e parto, 626 (84,03%) utilizaram a prática de exercícios respiratórios. O estímulo à livre deambulação foi adotado em 227 (30,47%), à liberdade de movimentos pélvicos em 194 (26,04%), a adoção de posicionamento lateralizado foi verificada em 159 (21,34%), o uso da água morna através banho de aspersão em 152 (20,40%), a realização de massagens, simultaneamente ao estímulo ao acompanhante para massagear a parturiente 96 (12,89%). Outras medidas também foram empregadas, como por exemplo, a aromaterapia, a crioterapia, porém, com menor frequência. Importante, ainda salientar que o número de cuidados/práticas utilizados por parturiente variou de um a sete.

Quanto à posição adotada pela parturiente durante o período expulsivo, do total de 736 registros, o posicionamento verticalizado (sentada, semi-sentada, agachada ou em pé), foi verificado em 551 (74,86%) partos. Em 185 (25,14%), a expulsão fetal ocorreu em posição horizontal, ficando assim distribuídas: decúbito dorsal em 95 (12,91%) e decúbito lateral e quatro apoios 90 (12,23%).

A tabela 1 mostra a condição perineal, após concluído o período expulsivo, das parturientes que tiveram seus partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas. Do total de 741 registros, quanto à realização ou não da episiotomia,

constatou-se que este procedimento foi realizado em 115 (15,52%) das mulheres. Esta avaliação quando verificada no total de 329 primigestas foi igual a 55 (16,72%).

Das 626 parturientes que não foram submetidas a esta incisão cirúrgica, 228 (36,42%) permaneceram com o períneo íntegro, ou seja, não ocorreu qualquer tipo de lesão perineal ou da mucosa vaginal.

Quanto aos registros relativos à laceração perineal, verificou-se que, do total de 353 mulheres que tiveram o grau de laceração perineal classificado, (308/87,25%) foi classificada de primeiro grau. A lesão de 3º grau foi verificada em apenas 01 (uma) parturiente.

Tabela 1 - Distribuição numérica e proporcional da condição perineal das parturientes que tiveram seus partos acompanhados por enfermeiras obstétricas. Rio de Janeiro, Brasil, 2011

Realização de episiotomia (N=741)	N	%
Sim	115	15,52
Não	626	84,48
Episiotomia em primigestas (N=329)		
Sim	55	16,72
Não	274	83,28
Não submetidas a episiotomia (N=626)		
Períneo íntegro	228	36,42
Laceração perineal	398	63,58
Tipo de laceração (N=353)		
Primeiro grau	308	87,25
Segundo grau	44	12,46
Terceiro grau	01	0,29

Em relação às variáveis relacionadas no estudo que se referem à condição de nascimento e adaptação do recém-nascido constatou-se que, em relação à característica do líquido amniótico verificada após a rotura espontânea (amniorrexe) ou artificial (amniotomia) das membranas amnióticas, houve predomínio do líquido claro com grumos. Porém, o líquido tinto de mecônio esteve presente em 96 (12,89%) dos nascimentos, cujos partos foram acompanhados pelas enfermeiras obstétricas.

A tabela 2, em relação ao peso de nascimento, mostra que, apesar da maioria dos neonatos estarem na faixa de peso compreendida entre 2500 e 4000g, 24 (3,22%) foram de baixo peso e 29 (3,89%) foram grandes para a idade gestacional respectivamente. Esta tabela mostra ainda que 99,45% dos 732 registros referentes ao índice de Apgar no 5º minuto de vida extra uterina tiveram o valor igual ou superior que 7 (valor atribuído pelo médico neonatologista ou pediatra na sala de parto).

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual do peso ao nascimento e do Índice Apgar no 5º minuto de vida extra-uterina dos recém-nascidos, cujas mães tiveram seus partos acompanhados por enfermeiras obstétricas. Rio de Janeiro, Brasil, 2011

Peso ao nascimento (g)	n	%
< 2500	24	3,22
2500 - 4000	692	92,89
> 4000	29	3,89
Índice de Apgar		
> ou = 7	728	99,45
< 7	04	0,55

DISCUSSÃO

A principal descoberta foi verificar através dos resultados que a enfermagem obstétrica da referida instituição vem contribuindo e participando de modo efetivo, na mudança de paradigma no que se refere ao processo de parturição e nascimento, ao utilizar as TNICEO, como um dos recursos para a desmedicalização do parto e nascimento, o que significa garantir à mulher e a criança serem sujeitos que vivenciam seu próprio parto e nascimento, visando, com isto, garantir a implementação de cuidados/práticas obstétricas humanizadas no ambiente hospitalar⁸, como proposto pelo modelo de humanização do parto e nascimento recomendados pela OMS¹ pelo Ministério da Saúde do Brasil.⁷

Enfatizar que tais resultados só foram possíveis devido a participação ativa e determinada do grupo de enfermeiras obstétricas envolvidas na perspectiva de mudança na forma de parir e nascer, do envolvimento da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, do corpo de diretores e chefias dos serviços da maternidade, dos programas e diretrizes relacionados a humanização do parto e nascimento, pela responsabilidade na mudança do comportamento da população assistida, impregnada pelo modelo medicalizado de assistência ao parto e nascimento, pelo protagonismo da assistência mais centrada na mulher e na criança e no respeito à fisiologia do parto, e a intervenção desnecessária e pelas evidências científicas produzidas através dos resultados produzidos.¹⁰

Acompanhamento do trabalho de parto e parto em adolescentes

Dados governamentais apontam que apesar da taxa de natalidade e fecundidade no Brasil, apresentarem decréscimo constante nos últimos dez anos em todas as faixas etárias das mulheres. No entanto, este declínio tem se mostrado menos acentuado entre as adolescentes do que nas demais faixas etárias.^{11,12} Tal fato pode levar ao entendimento de que nas maternidades públicas a proporção de gestantes adolescentes, em comparação aos demais grupos etários, mostra-se maior a cada ano.

Nossos resultados apontam que aproximadamente um terço dos partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas, (30,87%) foi de adolescentes, versus mais ou menos um quarto (26,4%) observado por outro estudo¹³ no período de 2004 a 2008 na mesma instituição. Este aumento observado nesta maternidade pode estar relacionado às taxas de natalidade e fecundidade neste grupo e/ou pelo fato das enfermeiras obstétricas que atuam nesta instituição na perspectiva da humanização do parto e nascimento, entenderem que neste período a adolescente vivência além das modificações físicas, emocionais e sociais, as situações relacionadas ao período gravídico puerperal como afirmado por estudo de 2011,¹⁴ tais como: a conformidade da pelve, a elasticidade dos músculos e tecidos perineais, os medos, ansios, a desinformação.

A relação do número de gestações e o acompanhamento pela enfermeira obstétrica

Os dados relacionados ao acompanhamento durante o trabalho de parto e parto realizado por enfermeiras obstétricas nesta unidade, considerando o número de gestações das parturientes, têm apontado um aumento crescente na assistência ao grupo de primigestas (44,16%) versus (36,6%), período de 2004 a 2008.¹³ Tal aumento no número de primigestas, assim como, o aumento no número de adolescentes, pode representar um correspondente aumento de intervenções, uma vez que, no modelo de assistência tecnocrático, estas estariam mais sujeitas a intervenções, como por exemplo, a realização da episiotomia visando a proteção perineal.³ Este fato não foi observado nos nossos resultados, em que constatou-se que o aumento de atenção a estes grupos específicos pelas enfermeiras obstétricas não esteve diretamente relacionado ao número de intervenções. Verificou-se que o percentual episiotomia nestes grupos vem diminuindo ao longo dos anos no serviço (16,72%), percentual menor do que nos encontrados em estudo anterior¹³ que foi de (44,0%). Mesmo assim, não se observou aumento na incidência de lesões perineais graves, que manteve-se constante na instituição e semelhante ao encontrado em outros serviços, em que a enfermeira atua no acompanhamento ao trabalho de parto e parto. Este percentual foi também menor do que os encontrados em outras pesquisas, cujos autores avaliaram a incidência de episiotomia em nulíparas.¹⁵⁻¹⁷

A importância do acompanhamento no pré-natal para o desfecho do parto e nascimento

Para o Ministério da Saúde,¹⁸ o acompanhamento pré-natal visa garantir o incremento da gestação até o termo, permitindo o nascimento de uma criança saudável, sem comprometimento da saúde da mãe. O acompanhamento durante o pré-natal teve-se constituir-se como a primeira medida visando o processo de parturição humanizado. Neste aspecto, a enfermeira que atua sob a perspectiva do parto humanizado tem desenvolvido papel relevante seja no

acompanhamento das condições maternas e fetais, no processo de orientação desta gestante quanto a sua participação ativa durante o trabalho de parto e parto e no preparo quando de sua passagem pelo centro obstétrico.

A garantia de um pré-natal de qualidade comprovadamente apresenta impacto na morbimortalidade materna e perinatal.¹⁹ Quanto a este aspecto, verificou-se que manteve-se praticamente inalterado o percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal e que tiveram no mínimo seis consultas por ocasião do parto, no presente estudo (referente apenas ao ano de 2011), no período avaliado de 2004 a 2008).¹³ Chama a atenção, ainda, os resultados referentes ao acompanhamento do pré-natal das adolescentes que tiveram seus partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas, que foi semelhante ao observado nas demais faixas etárias.

Emprego de práticas classificadas como intervencionistas

Não obstante às dificuldades encontradas pelas enfermeiras obstétricas, principalmente daquelas que atuam em instituições que convivem ainda com os diferentes modelos de assistência, estas profissionais têm demonstrado ser possível suprimir ou eliminar algumas condutas, como a realização do enema e da tricotomia.

O estudo evidenciou ainda que 42,42% das parturientes que foram acompanhadas pelas enfermeiras obstétricas, e passaram por todo o processo da parturição sem que fosse adotada nenhuma conduta intervencionista. Este resultado é similar ao verificado em outra pesquisa que também analisou partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em maternidade pública do Rio de Janeiro.²⁰ Ambos estudos demonstram que o processo de desmedicalização do parto e nascimento é possível de acontecer, mesmo em ambiente que, a princípio, se mostre adverso. No entanto, apesar dos resultados comentados anteriormente, constatou-se que a administração da ocitocina mostra-se ainda elevada (49,66%), muito próximo dos resultados de outros estudos os quais evidenciaram 55%²⁰ e 54%¹³, respectivamente.

Utilização de tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica pelas parturientes que tiveram seu trabalho de parto e parto acompanhado pelas enfermeiras obstétricas

Ao comparar os resultados de estudos anteriores^{13,20} com o estudo atual constatou-se que a disponibilização pelas enfermeiras obstétricas das TNICEO, e sua utilização a cada dia mais efetivo pelas parturientes no acompanhamento ao trabalho de parto e parto nesta instituição, têm contribuído, nos últimos anos, para diminuir o número de intervenções rotineiras que interferem no processo fisiológico do parto e nascimento. Ao atuar desta maneira, a enfermeira obstétrica possibilita que a parturiente fique mais segura, confiante,

ativa e participativa do seu processo de parturição durante o período de passagem pelo centro obstétrico.

Posicionamento adotado pela parturiente no momento do parto

A postura não litotômica, ou supina, adotada por (87,09%) das parturientes que tiveram seus partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas na instituição alvo do estudo foram semelhantes aos resultados obtidos em outra pesquisa,¹³ demonstrando com isto que esta profissional tem sido um agente de fundamental importância na mudança do modo de parir e nascer. Tais resultados vão de encontro às recomendações de que as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável e nas evidências de que a adoção de posições não supinas e alternativas têm produzido melhores resultados, tanto para a parturiente como para o feto e recém-nascido.²

Condição perineal das parturientes após concluído o período expulsivo

A disponibilização das TNICEO durante o trabalho de parto e parto, associado a outras estratégias utilizadas pelas enfermeiras obstétricas durante o pré-natal no município do Rio de Janeiro¹⁰, tem mudado significativamente a condução do trabalho de parto e parto em algumas maternidades deste município. Tais mudanças têm produzido resultados que questionam condutas até então adotadas na maioria das instituições de assistência ao parto.

Chama atenção o resultado observado de que em 36,42% das mulheres que não foram submetidas à episiotomia verificou-se integridade perineal. Este resultado corrobora a ideia de que nem toda mulher, mesmo as primigestas e/ou nulíparas, tem que ser submetida a episiotomia.²¹ Outros estudos também vêm apontando a diminuição, a cada ano, na incidência de realização deste procedimento, tanto em primigestas (16,72%), índice menor do que os encontrados de episiotomia em nulíparas, como em múltíparas, sem contudo apresentar aumento das condições adversas tanto para a mãe como para o recém-nascido.^{15,22}

Apesar deste resultado estar bem próximo aos recomendados pela OMS,¹ ainda estão bastante distantes dos obtidos pela Casa de Parto David Capistrano Filho²³, onde as enfermeiras obstétricas têm por princípio respeitar o processo fisiológico e a autonomia da mulher no acompanhamento do trabalho de parto e parto.

Outro resultado que merece destaque no estudo é o relacionado à presença de laceração perineal em 353 registros. Deste total, 87,25% foram classificados como de primeiro grau e 12,46% e 0,29% classificadas como de segundo e terceiro graus respectivamente, resultados semelhantes aos encontrados em outra pesquisa²³.

Indicações mais restritas quanto a administração de infusões de ocitocina, o rompimento das membranas amnióticas, a compressão do fundo uterino e a redução do colo uterino,

associado ao maior uso das TNICEO têm se mostrado como medidas efetivas na diminuição dos índices de episiotomia nos partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas.¹³

Condição do recém-nascido avaliado pelo Índice de Apgar no 5º minuto de vida extra-uterina cujos partos foram acompanhados pelas enfermeiras obstétricas

A asfixia perinatal associada ao parto ainda é uma das principais causas de morbimortalidade neonatal. Avaliação pelo índice de Apgar, utilizado desde a década de 1950, continua sendo o único método utilizado em muitos países. Um valor do índice de Apgar menor do que 7 no 5º minuto de vida passou a ser o referencial mais importante no diagnóstico e no prognóstico de asfixia, tendo em vista, entre outros fatores, sua relação com a mortalidade.²⁴

Nossos achados relacionados à adaptação do recém-nascido ao meio extra-uterino, avaliada pelo índice de Apgar no 5º minuto de vida igual ou maior do que 7 (99,45%), mostraram-se semelhantes aos encontrados em outra pesquisa,¹⁵ com 99,9% nos recém-nascidos do Centro de Parto Normal, 99,4% dos neonatos nascidos no Hospital, e também os 99,7% encontrados na Casa de Parto David Capistrano Filho.²³

Mudanças na maneira de nascer associadas às mudanças na recepção dos recém-natos parecem apresentar benefícios tanto para a mãe como para a criança. A presença do acompanhante durante o trabalho de parto é um dos fatores responsáveis por menores índices de Apgar, menor do que 7 na condição do recém-nascido.²⁵

CONCLUSÃO

O estudo aponta que mesmo no ambiente hospitalar, onde ainda predomina o modelo de assistência tecnocrática e medicalizado, a enfermeira obstétrica, que atua sob a perspectiva da atenção humanizada ao parto e nascimento, tem se mostrado agente importante na desmedicalização do parto e nascimento, entendendo que ao substituir práticas e intervenções classificadas como rotineiras, que geralmente interferem de modo prejudicial com o processo de parturição, por cuidados /práticas que não interferem com desenvolvimento fisiológico do trabalho de parto e parto e que tornam a parturiente e seus acompanhantes atores ativos e participativos deste processo.

Neste contexto, ao atuar desta maneira, a enfermeira obstétrica tem colaborado e contribuído de forma significativa com as políticas públicas de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil e atendido as recomendações emanadas pela Organização Mundial de Saúde visando o aumento do parto vaginal normal e a diminuição da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal.

AGRADECIMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) que financiou o projeto desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. Department of reproductive health e research. Geneva: WHO, 1996.
2. Amorim MMR, Porto AMF, Souza ASR. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010; 38(11):583-91.
3. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Austin (Tex): Int j gynecol obstet*. 2001; 75:5-23.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: Humanização no pré-natal e no nascimento. Brasília, 2002.
5. Torres JA, Santos I, Vargens OMC. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. *Texto & contexto enferm*. 2008; 17(4):656-74.
6. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*. London, 2013; 29(2013): e99-e106.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199 p.: il.
8. Progianti JM, Lopes AS, Gomes RCP. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. *Rev enferm UERJ*. 2003; 11:273-7.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 1996/96 de 10 se outubro de 1996.
10. Mouta, RJO, Pilotto DTS, Vargens OMCV, Progianti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev enferm UERJ*. Rio de Janeiro, 2008; 16(4):472-6.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.132 p.
12. Ferreira RAF, Ferriane MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. *Cad saúde pública*. 2012; 28(2):313-23
13. Souza DOM. Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
14. Busanello J, Kerber NPC, Filho WDL, Lunardi VL, Mendoza-Sassi RA, Azambuja EP. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19(2):218-23.
15. Schneck CAS, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Junqueira SM, Oliveira V. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev saúde pública*. 2012; 46(1):77-86.
16. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Progianti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19(2):181-5.
17. Trinh A, Khambalia A, Ampt A, Morris JM, Roberts C. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Austrália: support for a change in practice in Viet Nam. *Bull World Health Organ*. 2013; 91: 350-6 / doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.114314>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)
19. Narchi NZ. Análise do exercício de competências dos não médicos para a atenção à maternidade. *Saúde Soc*. São Paulo, 2010; 19(1):147-58.
20. Rocha CR, Fonseca LC. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. *Rev pesqui cuid fundam (Online)*, 2010; 2(2):807-16.
21. Lurie S, Kedar D, Boaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch gynecol obstet*. 2013; 287:201–4. DOI 10.1007/s00404-012-2551-8
22. Dietz HP, Shek KL, Chantarasorn V, Langer SEM. Do women notice the effect of childbirth-related pelvic floor trauma? *Aust N Z j obstet gynaecol*. 2012; 52:277–81 DOI: 10.1111/j.1479-828X.2012.01432.x
23. Pereira ALF, Azevedo LGF, Medina ET, Lima TRL, Schroeter MS. Maternal and neonatal care in David Capistrano Filho Birth Center, Rio de Janeiro, Brazil. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*, 2012; 4(2):2905-13.
24. Oliveira TG, Freire PV, Moreira FT, Moraes JSB, Arrelaro RC, Rossi S, et al. Score de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. *Einstein*. 2012; 10(1):22-8.
25. Enkin MW, Keirse MJNC, Neilson JP, Crowther CA, Duley L. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª edição. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005.

Recebido em: 01/09/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 17/09/2015
Publicado em: 01/10/2016

Endereço para correspondência:

Carlos Sérgio Corrêa dos Reis
Av. Pedro Calmon, 550 - Cidade Universitária
Rio de Janeiro - RJ
CEP: 21941-901