

Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais

Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais
Prácticas de atención al parto en maternidades con inclusión de enfermeras obstetras en maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais

Ana Maria Magalhães Sousa¹

Kleyde Ventura de Souza¹

Edna Maria Rezende¹

Eunice Francisca Martins¹

Deise Campos²

Sônia Lansky³

1. Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte, MG, Brasil.

2. Fundação Hospitalar do Estado de Minas

Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

3. Secretaria Municipal de Saúde de Belo

Horizonte. Belo Horizonte, MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Discutir práticas na assistência ao parto em instituições de saúde, onde atuam conjuntamente médicos e enfermeiras obstétricas. **Métodos:** Estudo transversal que teve como fonte de dados a pesquisa *Nascer em Belo Horizonte: um inquérito sobre parto e nascimento*, realizada entre 2011 e 2013. A amostra foi de 230 e 238 puérperas para práticas no trabalho de parto e parto, respectivamente. A análise deu-se mediante frequências absoluta e relativa. **Resultados:** Práticas úteis: dieta oral (54,6%), livre movimentação (96%), métodos não farmacológicos para dor (74,2%), acompanhante (95,4%), partograma (77,4%); práticas prejudiciais: enema (0), tricotomia (0), posição deitada (66,8%), Kristeller (9,3%); práticas usadas inapropriadamente: amniotomia (67,1%), ocitocina (41,7%), analgesia (14%), episiotomia (8,4%). **Conclusão:** Mesmo em instituições que se empenham na mudança do modelo de atenção obstétrica, identificaram-se práticas que reproduzem o modelo tecnocrático. A transformação do modelo de assistência permanece um desafio que requer esforços conjuntos de gestores e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; Trabalho de parto; Parto humanizado; Humanização da assistência.

ABSTRACT

Objective: To discuss practices in childbirth care in health institutions where doctors and obstetric nurses act together. **Methods:** Cross-sectional study, which had as data source the survey *Born in Belo Horizonte: a survey about delivery and birth*, conducted between 2011 and 2013. The sample consisted of 230 and 238 mothers for practices in childbirth labor and delivery, respectively. The analysis was given by absolute and relative frequencies. **Results:** Useful practices: oral diet (54.6%); freedom of movement (96%); non-pharmacological methods of pain relief (74.2%); companion (95.4%); partogram (77.4%). Harmful practices: enema (0); trichotomy (0); lying position (66.8%); Kristeller (9.3%). Practices used inappropriately: amniotomy (67.1%); oxytocin (41.7%); analgesia (14%), episiotomy (8.4%). **Conclusion:** Even in institutions engaged in changing the model of obstetric care, it was identified practices that reproduce the technocratic model. The transition of the model of obstetric care remains a challenge, which requires efforts from managers and health professionals.

Keywords: Obstetrical nursing; Childbirth labor; Humanized delivery; Humanization of assistance.

RESUMEN

Objetivo: Discutir prácticas de atención al parto en instituciones de salud donde médicos y enfermeras obstetras trabajan conjuntamente. **Métodos:** Estudio transversal cuya fuente de datos fue la investigación *Nacer en Belo Horizonte: un estudio de parto y nacimiento*, realizada entre 2011 y 2013. Se estudiaron 230 y 238 mujeres para prácticas en el trabajo de parto y parto, respectivamente. El análisis estuvo a cargo de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** Prácticas útiles: dieta oral (54,6%); libre circulación (96%); métodos no farmacológicos para el dolor (74,2%); acompañante (95,4%); partograma (77,4%). Prácticas perjudiciales: enema (0); tricotomía (0); acostado (66,8%); Kristeller (9,3%). Prácticas inadecuadas: amniotomía (67,1%); oxitocina (41,7%); analgesia (14%); episiotomía (8,4%). **Conclusión:** Mismo en las instituciones que se esmeran por cambiar el modelo de atención obstétrica, se identificaron prácticas que reproducen el modelo tecnocrático. La transformación de ese modelo permanece un desafío que requiere esfuerzos conjuntos entre gerentes y profesionales de salud.

Palabras clave: Enfermería obstétrica; Trabajo de parto; Parto humanizado; Humanización de la atención.

Autor correspondente:

Kleyde Ventura de Souza.

Email: kleydeventura@gmail.com

Recebido em 02/07/2015.

Aprovado em 13/01/2016.

Corrigido em 04/02/2025.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160044

INTRODUÇÃO

No Brasil, testemunha-se, na atualidade, o que se pode denominar de um movimento de transição do modelo de assistência ao parto e nascimento. O foco da mudança parte de um modelo que considera o parto um evento médico e de risco, cujo cenário é o ambiente hospitalar. Em detrimento do cuidado centrado na mulher, no seu protagonismo e autonomia, esse modelo, denominado tecnocrático por Davis-Floyd¹, é marcado por intervenções desnecessárias e prejudiciais que resultam em altas taxas de cesarianas, e considera o nascimento um evento patológico que precisa ser tratado.

Nesse contexto, a partir da década de 1980, ganhou visibilidade o movimento da humanização do parto que, além da assistência acolhedora e respeitosa à parturiente, propôs a assistência baseada em evidências científicas, um dos marcos mais importantes da transição para mudança do modelo assistencial obstétrico brasileiro. A prática obstétrica baseada em evidências descrita pela Organização Mundial da Saúde² e, mais tarde, ratificada pelo Ministério da Saúde³ tem como base a classificação de condutas obstétricas no parto normal, a partir de evidências científicas, segundo critérios de utilidade, eficácia e risco. Essas recomendações deram origem às categorias de práticas utilizadas na assistência ao parto normal: categoria A - práticas, demonstradamente, úteis e que devem ser encorajadas; categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; categoria C - práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; categoria D - práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado².

Esses documentos destacam, ainda, a enfermeira obstétrica como componente fundamental na assistência humanizada ao parto. Há evidências em estudos científicos internacionais a respeito da melhoria da qualidade da assistência ao parto com a presença dessas profissionais, além de reduzido risco de intervenções como a episiotomia e o parto instrumental, proporcionando mais sensação de controle da experiência do parto pelas mulheres⁴.

No Brasil, algumas experiências de instituições que buscam o trabalho integrado entre enfermeiras e médicos na assistência ao parto vêm sendo efetuadas como políticas institucionais, reforçando as políticas públicas até então formuladas. Entretanto, a eficiência e eficácia desses serviços com ênfase nas práticas dos profissionais que atuam nessa perspectiva ainda não são conhecidas de forma sistematizada.

Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi discutir as práticas na assistência ao trabalho de parto e parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal que utilizou informações do banco de dados da pesquisa *Nascer em Belo Horizonte: um inquérito sobre parto e nascimento*, realizada em 11

maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais/MG. Esse inquérito, com representatividade para a população do município, empregou o mesmo método, logística e os recursos materiais de um estudo de abrangência nacional intitulado *Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento*, em que foram incluídas todas as capitais brasileiras, inclusive Belo Horizonte.

Para fins deste estudo, foram selecionadas duas instituições de saúde incluídas na pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte, onde a assistência ao parto e nascimento é realizada por médicos e enfermeiras obstétricas. Essas instituições estão localizadas nos distritos Norte e Venda Nova e atendem mulheres, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Em uma das instituições, a coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e julho de 2011; e na outra, em julho do ano de 2012, executada por enfermeiros, previamente, treinados. As entrevistas foram realizadas com puérperas no decorrer da sua internação hospitalar, pelo menos seis horas após o parto. Dados dos prontuários maternos e do recém-nascido foram obtidos após a alta ou óbito. Puérperas que não entendiam a língua portuguesa, indígenas, deficientes mentais graves, surdas-mudas, desabrigadas e condenadas por ordem judicial foram excluídas. Outras informações sobre o processo de coleta de dados, logística de campo e características dos questionários estão disponíveis em estudo, previamente, publicado⁵.

A população das duas maternidades cenários deste estudo, portanto, foi de 312 mulheres selecionadas por ocasião da realização de parto e seus conceitos, vivos ou mortos, com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas de gestação. Tendo em vista a especificidade das práticas em cada uma das etapas do processo de parto, os dados sobre práticas obstétricas foram organizados em dois grupos distintos: práticas na assistência ao trabalho de parto e práticas na assistência ao parto.

Para a avaliação das práticas obstétricas realizadas no trabalho de parto, foram incluídas apenas as mulheres que tiveram respostas válidas para a experiência de trabalho de parto espontâneo ou induzido, em ambos os questionários (entrevista e prontuário). Dessa forma, a população final de estudo das práticas, nessa fase, foi de 230 puérperas. Para as práticas realizadas no momento do parto, foram excluídas as mulheres submetidas à cesariana ($n = 67$), além daquelas sem informações sobre a via de parto ($n = 05$), totalizando 238 mulheres nessa população. Houve, no entanto, variação entre as práticas em função de dados faltosos, tanto para as práticas no trabalho de parto quanto para as práticas no parto.

As variáveis de interesse deste estudo foram práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto. Essas informações foram obtidas a partir do questionário aplicado às puérperas e ainda por meio de consulta ao prontuário materno e organizado em três categorias: práticas, demonstradamente, úteis, práticas claramente prejudiciais e práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado no trabalho de parto, conforme recomendações da OMS² e do MS³ (Quadro 1).

Quadro 1. Classificação das práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto

Categorias	Práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto (sim/não)
Práticas demonstradamente úteis	- Oferecimento de dieta oral - Liberdade de posição e movimento - Métodos não farmacológicos p/alívio da dor - Presença de acompanhante - Uso de partograma
Práticas claramente prejudiciais	- Enema - Tricotomia - Posição "deitada de costas com as pernas levantadas" - Manobra de Kristeller
Práticas usadas de modo inapropriado	- Amniotomia - Infusão de ocitocina - Analgesia - Episiotomia

A análise estatística deu-se por meio do cálculo de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas, de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas e foi feita com o auxílio do pacote estatístico Stata MP/12.0.

Este estudo teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob protocolo CAAE-0246.0.203.000-11, e dos Comitês de Ética das instituições envolvidas.

RESULTADOS

As características sociodemográficas das participantes, deste estudo, são semelhantes entre as mulheres incluídas na análise das práticas obstétricas no trabalho de parto e àquelas incluídas na análise das práticas no parto. Observou-se, em ambos os grupos, que a idade das puérperas variou entre 14 e 42 anos, predominando a faixa etária de 20 a 29 anos. A média de idade nos dois grupos foi de 25,4 anos ($\pm 6,0$) e 25,3 ($\pm 5,9$), respectivamente. Mais da metade das puérperas cursou algum ano do ensino médio e menos de 4,0% delas chegaram ao ensino superior. A maioria relatou viver em união estável, não ter ocupação remunerada e não ser chefe de família, e em relação à cor da pele, ser parda/morena/mulata (dados não apresentados em tabela).

A Tabela 1 mostra as práticas obstétricas utilizadas na assistência ao trabalho de parto. A análise das práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas revelou que a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e a presença de acompanhante foram respeitadas pelos profissionais das instituições estudadas em mais de 95% das mulheres. A utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor ao longo do trabalho de parto ocorreu em 74% das puérperas e o monitoramento do seu progresso por meio do partograma aconteceu em pouco mais de 77% delas. Foi

oferecida dieta oral durante o trabalho de parto apenas a 55,2% das mulheres.

Quanto às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, constatou-se que a utilização de enema e a tricotomia não foram prescritas às mulheres assistidas nas instituições incluídas neste estudo (dados não apresentados em tabela).

Entre as práticas, frequentemente, utilizadas de modo inapropriado durante o primeiro estágio do parto, verificou-se que a amniotomia foi realizada em 67,1% das mulheres que entraram em trabalho de parto, internadas com membranas íntegras. A prevalência de mulheres que receberam infusão de ocitocina durante o trabalho de parto foi de 41,7%; e 14,0% das mulheres tiveram analgesia no parto (Tabela 1).

Das 238 mulheres que tiveram partos vaginais, mais de 71,6% foram assistidos por enfermeiras obstétricas, contra 28,4% assistidos por médicos, e em cinco desses partos o fórceps foi utilizado.

Entre as práticas claramente prejudiciais no momento parto, foram evidenciadas a manobra de Kristeller (9,3%) e a posição "deitada de costas com as pernas levantadas" para o parto (66,8%). A episiotomia foi realizada em 8,4% das mulheres (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas no trabalho de parto

Os resultados do presente estudo demonstram a apropriação, pelos profissionais de saúde das instituições de saúde incluídas nesta pesquisa, de práticas demonstradamente úteis e encorajadas no trabalho de parto, como a liberdade de movimentação, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor e o uso do partograma. Práticas claramente prejudiciais,

Tabela 1. Práticas obstétricas demonstradamente úteis e inapropriadas no trabalho de parto - Belo Horizonte, MG, Brasil, 2011

Práticas obstétricas no trabalho de parto	n	n	%
Demonstradamente úteis			
Oferecimento de dieta	229		
Sim		125	54,6
Não		104	45,4
Liberdade de movimento e posição	227		
Sim		218	96,0
Não		09	4,0
Não farmacológicos para alívio da dor	229		
Sim		170	74,2
Não		59	25,8
Presença de acompanhante	218		
Sim		208	95,4
Não		10	4,6
Partograma	230		
Sim		178	77,4
Não		52	22,6
Uso de modo inapropriado			
Amniotomia	164		
Sim		110	67,1
Não		54	32,9
Infusão de ocitocina	230		
Sim		96	41,7
Não		134	58,3
Analgesia	229		
Sim		32	14,0
Não		197	86,0

como o enema e a tricotomia, não foram observadas, indicando sua eliminação da assistência prestada às mulheres estudadas. No entanto, práticas intervencionistas, como amniotomia, infusão de ocitocina e analgesia, estão ainda agregadas à assistência desses profissionais.

Estudos recentes de abrangência nacional têm demonstrado que a realidade brasileira ainda clama pela incorporação de práticas obstétricas na assistência ao trabalho de parto, tais como: oferta de dieta oral (25,2%), liberdade de posição e movimento (44,3%), uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor (26,7%), presença contínua do acompanhante de livre escolha das mulheres (18,8%) e monitoramento do progresso do parto por meio do uso do partograma (41,4%)^{6,7}.

Os benefícios da movimentação da parturiente durante o trabalho de parto são sustentados por evidências científicas⁸

Tabela 2. Práticas obstétricas claramente prejudiciais e inapropriadas no parto - Belo Horizonte, MG, Brasil, 2011

Práticas obstétricas no parto	N	n	%
Claramente prejudiciais			
Manobra de Kristeller	237		
Sim		22	9,3
Não		215	90,7
Posição "deitada de costas com as pernas levantadas"	238		
Sim		159	66,8
Não		79	33,2
Uso de modo inapropriado			
Episiotomia	238		
Sim		20	8,4
Não		218	91,6

e, neste estudo, a liberdade para deambular e se movimentar foi preservada em número quase três vezes maior que em estudo recente e semelhante (29,8%)⁹. Pesquisas realizadas em diferentes períodos têm revelado mudanças importantes quanto à prática da deambulação. Entre os anos 1998 e 2001, estudos que assumem a centralidade do médico na assistência ao parto salientaram que apenas 11,4 a 20,4% das parturientes tiveram permissão para deambular^{10,11}. Já entre os anos 2003 e 2007, evidenciou-se a participação da enfermeira obstétrica na assistência, com taxa entre 47,6 e 56,2% de utilização dessa prática^{12,13}.

A quase totalidade das mulheres desta investigação permaneceu com o acompanhante de sua livre escolha durante o período de internação, resultados semelhantes aos encontrados em estudo realizado em Centro de Parto Normal (CPN)(13). A similaridade desses achados com os encontrados em CPN, considerados espaços facilitadores para execução de práticas em acordo com as recomendações do OMS e MS^{14,15}, permitiu certificar que a política estabelecida nas instituições incluídas, neste trabalho, assegura o cumprimento, em grande parte, tanto de uma prática baseada em evidência científica, quanto o direito da mulher garantido em lei no Brasil desde o ano de 2005¹⁶.

Corroborando outras pesquisas, o partograma foi utilizado para a maioria das parturientes^{11,15}. Em Goiânia, o partograma nos prontuários das puérperas foi de apenas 28,5%, sendo que em 13% dos casos não havia qualquer anotação¹⁷. Da mesma forma, foi constatado considerável número de utilização incorreta desse instrumento (77,3%), apesar de ter sido encontrado em quase 80% dos prontuários¹⁵. As anotações inadequadas podem aumentar mais de duas vezes a taxa de cesarianas, quando o partograma é iniciado na fase latente do trabalho de parto¹⁸. Portanto, destaca-se a importância do preenchimento adequado desse instrumento, avaliação não realizada nesta pesquisa.

Neste trabalho, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto reforça a preocupação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência em oferecer conforto e apoio às parturientes no enfrentamento da dor. A satisfação da mulher com o seu parto não está relacionada somente à ausência da dor, mas às condições oferecidas para o seu enfrentamento. Os efeitos do suporte à mulher estão associados à duração do trabalho de parto, à redução de cesarianas e de partos vaginais instrumentais, à utilização de analgesia intraparto e melhores índices de Apgar no quinto minuto¹⁹.

Em relação à oferta de dieta oral durante o trabalho de parto, apesar de duas vezes mais prevalente quando comparado ao inquérito nacional⁶, similar a outros estudos²⁰, pouco mais da metade das mulheres alimentou-se nesse período do parto. Em São Paulo, a maioria das mulheres, assistidas em CPN peri-hospitalar (99,7%) ou em ambiente hospitalar (86,7%), teve prescrição de dieta livre²¹.

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas do trabalho de parto

Os achados não constataram, nos dois serviços avaliados, práticas de intervenções desnecessárias como o uso de enema e da tricotomia, contrapondo-se aos resultados de outros estudos que, mesmo diante de evidências científicas^{22,23}, a enteróclice e a tricotomia foram prescritas, respectivamente, a 2,8 e 41,1% das parturientes assistidas por médicos em instituições de Goiânia¹⁷.

Nesta pesquisa, a amniotomia foi realizada em mais de 65% das parturientes, concordando com outros estudos que, mesmo em CPN também encontraram alta proporção dessa prática^{13,9}. Em contrapartida, em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, onde a assistência ao parto também é oferecida por enfermeiras obstétricas, a amniotomia foi realizada em apenas 5,8% das parturientes²⁴.

A aceleração do trabalho de parto, seja com amniotomia e/ou ocitocina, desempenha importante papel na "cascata de intervenções" e na redução da taxa de parto espontâneo. Neste estudo, assim como a amniotomia, também foi frequente a utilização de ocitocina intraparto. A prevalência dessas práticas foi, inclusive, maior que aquela observada na pesquisa de abrangência nacional⁶. Altos índices foram também descritos em estudos recentes realizados em uma maternidade do Rio de Janeiro (55,5%)²⁴ e um CPN de São Paulo (54%)⁹. Em Belo Horizonte, ao compararem a assistência ao parto em três distintos modelos de atenção do SUS, considerou-se também elevada à administração de ocitocina em todas as instituições, embora tenha sido menos frequente no CPN (27,9%). Nas outras duas modalidades, um hospital ganhador do Prêmio Galba de Araújo e outro com modelo tradicional, as taxas foram de 59,5 e 40,1%, respectivamente²⁵.

É perceptível que o uso indiscriminado de ocitocina está presente tanto no ambiente hospitalar quanto no CPN. Essa ocorrência pode ser reflexo da forte influência do modelo tecnológico sobre as práticas dos profissionais, entre eles, as enfermeiras obstétricas, pois reproduzem, em parte, uma assistência

intervencionista. Acredita-se, ainda, que a permanência dessas práticas intervencionistas em ambientes, em que há a atuação das enfermeiras obstétricas também sofra influência da autonomia médica, já que são eles, os médicos, quem prescrevem medicamentos, entre eles a ocitocina.

A ocitocina sintética pode corrigir alterações da evolução do trabalho de parto, porém, tem alto risco de provocar danos à mãe e ao feto^{26,27}. Sua utilização sem monitoramento adequado é uma prática perigosa, por isso foi adicionada à lista de medicamentos de alerta máximo do *Institute for Safe Medication Practice* nos Estados Unidos²⁸ e o seu uso recomendado com a mínima frequência possível.

A ocorrência de analgesia nas mulheres deste estudo foi superior às taxas observadas em hospitais públicos de Goiânia (7,7%) e em estudo internacional (16%)^{17,29} e inferior à prevalência desse procedimento encontrada em estudo nacional (33,9%) - cerca de duas vezes menor⁶. É também inferior à recomendação da utilização de analgesia em 30% dos partos normais, quando esgotados os recursos não farmacológicos para alívio da dor que constam no Termo de Compromisso das Maternidades do SUS/BH e Contrato de Gestão, instituídos pela Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SEMSA/BH) como um dos indicadores de qualidade da assistência. Esse documento oficializou o pacto das instituições envolvidas na implementação das boas práticas obstétricas, entre elas as que fazem parte deste estudo.

A oferta menos seletiva de analgesia para as mulheres assistidas nos locais estudados, acompanhada de informações sobre as vantagens e desvantagens desse procedimento, deve ser considerada como prática que contribui para a humanização do parto. No caso deste estudo, é possível inferir que a disponibilidade de práticas assistenciais baseadas nos princípios da humanização pode ter diminuído a demanda por analgesia nas duas instituições estudadas.

Nesta investigação, quase 67% das mulheres deram à luz "deitadas de costas com as pernas levantadas". Embora essa descrição remeta à posição litotômica, a utilização de pernas para o apoio das pernas não foi identificada nas entrevistas com essas mulheres e é do conhecimento dos pesquisadores, por meio de entrevista com o gestor sobre a estrutura da instituição, que não há tal dispositivo nesses serviços de saúde. Os dados desta pesquisa, no entanto, não permitiram identificar se no momento do parto a posição deitada foi estabelecida, conforme a escolha das mulheres ou se foi indicada pelos profissionais de saúde.

No entanto, cabe considerar que a posição deitada é ainda culturalmente aceita como adequada para o parto, não só por profissionais de saúde, mas, principalmente, pelas próprias mulheres. No Brasil, mais de 90% das mulheres ainda têm seus filhos nessa posição⁶. Contudo, achados que indicam a apropriação de posições não litotômicas no parto em instituições de saúde do país foram encontrados e indicam o fortalecimento da adoção da posição vertical pelas parturientes, especialmente, em partos assistidos por enfermeiras obstétricas (50,6%; 77,8%)^{30,24}. Em um

CPN de São Paulo, apenas 13% dos partos foram assistidos em posição horizontal, contra 77,6% assistidos em posição vertical¹⁹.

Reforçando a importância do estímulo de posições não litômicas, estudo qualitativo mostrou que, além das evidências científicas decorrentes de ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre o tema³¹, as puérperas também percebem como benéfica a adoção da posição vertical para o parto, pois é mais cômoda, favorece a movimentação e a participação da parturiente e reduz o esforço expulsivo³². Certamente, as parturientes passarão a adotar posições distintas quando houver estímulo, especialmente de quem as assiste.

A utilização da manobra de Kristeller foi identificada, neste estudo, em 9,3% das mulheres. Usada comumente em situações como sofrimento fetal, falta de progresso do parto e exaustão materna, essa manobra oferece riscos potenciais que devem ser considerados³³. Dessa forma, os relatos dessas mulheres denunciam a conservação de uma prática danosa que, como não deveria ser praticada, é invisível aos registros dos prontuários, assim como são os motivos de sua utilização. Essa conduta desnecessária e arriscada pode ser considerada uma violação ao direito da mulher a sua integridade corporal, uma vez que, além da exposição aos riscos, causa à parturiente o desconforto da dor durante a sua realização.

No estudo de abrangência nacional, cerca de 36% das mulheres referiram terem sido submetidas à manobra de Kristeller⁶. Esses dados refletem a disseminação dessa manobra na cultura obstétrica brasileira e a dificuldade de mudança no comportamento dos trabalhadores, mesmo em instituições que tentam adotar práticas obstétricas baseadas em evidências, como é o caso das instituições estudadas. Reforçam, ainda, a importância do envolvimento das instituições que prestam assistência ao parto na reestruturação dos seus serviços, bem como na capacitação de seus profissionais para reformulação de antigos conceitos e para o aprimoramento da qualidade da assistência às usuárias.

Práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado durante o trabalho de parto e parto

A taxa de episiotomia, neste estudo, foi menos da metade daquela proposta no termo de compromisso das maternidades do SUS-BH, no qual o valor sugerido é cerca de 20%. Embora, há anos os dados disponíveis na literatura revelem que esse procedimento não cumpre os objetivos que justificariam sua realização de forma rotineira, sejam eles a prevenção de lesões nas genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido, ainda hoje a episiotomia permanece sendo usada de forma abusiva em muitas instituições de saúde.

Nos estudos realizados em serviços de saúde brasileiros entre os anos 1998 e 2007, as taxas desse procedimento se mantiveram entre 54,9% e 89,99%^{10,25,34-36} nos estabelecimentos onde os partos eram assistidos, exclusivamente, por médicos. Estudos internacionais, entre 1997 e 2007, com a participação desses mesmos profissionais na assistência ao parto

demonstraram que as taxas de episiotomia variaram de 04 a 100%^{37,38}. Nos Estados Unidos, isoladamente, evidenciou-se declínio de 60,9% em 1979 para 24,5% em 2004³⁹.

Os dados encontrados em pesquisa nacional caracterizam um modelo de assistência tecnocrático e revelam, ainda hoje, a prevalência dessa prática na assistência ao parto nos serviços de saúde do Brasil (56%)⁶. Em contrapartida, pesquisas têm demonstrado que a episiotomia tem sido aplicada de forma mais criteriosa em algumas instituições, principalmente, quando há a participação exclusiva ou majoritária de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto. Nesses estudos, realizados entre 2001 e 2008, a episiotomia variou entre 16,1 e 31,45%^{9,13,24,30,40}, índices, porém, ainda consideravelmente mais altos que os deste estudo, que foi de 8,4%.

CONCLUSÃO

Os resultados revelaram empenho das equipes que integram a assistência ao parto e nascimento das instituições avaliadas, visando à assistência humanizada e à utilização de práticas baseadas em evidências científicas. Foram destacadas práticas apoiadas no modelo humanizado, tais como o direito a acompanhante, a liberdade de posição e movimento, a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor e o uso de partograma. A extinção das práticas de enema e de tricotomia nessas instituições, bem como a baixa prevalência de episiotomia, mostrou, mais uma vez, consonância com as recomendações da OMS e do MS.

Por outro lado, embora também estimulada pela OMS e pelo MS, foi dada menos importância à oferta de dieta oral durante o trabalho de parto. Outras práticas baseadas no modelo tecnocrático foram reveladas: a realização de amniotomia, o uso de ocitocina no trabalho de parto, a utilização da manobra de Kristeller e a posição deitada no momento do parto.

Os resultados mostraram, ainda, ser incisiva a participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento nos cenários de estudo. O predomínio dessas profissionais na assistência obstétrica reforça a sua importante contribuição no que se refere à prática assistencial, em concordância com a OMS, o MS e os princípios da humanização. Ao mesmo tempo, propõe que elas têm peso importante quando determinadas práticas obstétricas são ou não respeitadas.

Acredita-se que, mesmo em instituições que apoiam a inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e ao nascimento, a transformação do modelo assistencial ainda é um desafio e requer esforços de gestores, profissionais de saúde e da sociedade. Particularmente, em relação à inserção de enfermeiras obstétricas, é imprescindível o apoio institucional, compromisso dos gestores com políticas públicas, formação qualificada e autônoma condizente com o seu papel na mudança do modelo e atuação comprometida com os preceitos éticos e legais da profissão.

Propõe-se, ainda, que a avaliação da qualidade da assistência não deve estar pautada, exclusivamente, pelo cumprimento das práticas obstétricas demonstradamente úteis e recomendadas por organismos internacionais e nacionais. Destaca-se, portanto, a importância de estudos voltados para conhecer a satisfação das mulheres e/ou sua centralidade quanto ao cuidado que lhes é prestado na assistência ao parto. Também, precisam ter visibilidade os aspectos encobertos nas relações entre as disciplinas profissionais de enfermagem e medicina no contexto do cuidado obstétrico, numa perspectiva de mudanças paradigmáticas, tais como as questões de gênero e de classe, a condição da mulher na sociedade - a mulher-parturiente e a mulher-enfermeira. Ainda outros, circunscritos à formação profissional, aos processos de gestão e de trabalho e à qualidade das relações interpessoais.

REFERÊNCIAS

1. Davis-floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001; 75(1):S5-S23.
2. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide: report of a Technical Working Group. Geneva: WHO; 1996.
3. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
4. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* [on line]. 2015; [Citado 2015 out. 01]; 9:[aprox. 10 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD004667>.
5. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascir no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Supl.1):S49-58.
6. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Supl.1): S17-32.
7. Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, et al Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascir no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(Supl.1):S140-53.
8. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* [on line]. 2014 Apr 15 [Citado 2014 nov 02]; 8:[aprox. 3 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003934>.
9. 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-UERJ; 2011.
10. D'orsie E, Chor D, Giffin K, Ângulo-tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4):646-54.
11. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008; 2(5):895-902.
12. Lima GPV, Nascimento SD, Gouveia MSF, Pereira ALF, Nagibe SFSA. O ambiente do cuidado de enfermagem obstétrica como facilitador do parto normal. In: Resumos dos trabalhos apresentados no 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2009 dez 7-10; Fortaleza (CE), Brasil: CBen; 2009. p. 4867-9.
13. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm*. 2010; 4(3):812-8.
14. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* [on line] 2015 Mar. [Citado 2015 fev 2]; 9:[aprox. 4 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD000012>.
15. Aguiar CA. Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.
16. Brasil. Câmara dos Deputados. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 08 abr. 2005, Seção 1. [Citado 2014 set. 15]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-norma-pl.html>.
17. Giglio MRP, França E, Lamounier LA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2011; 33(10):297-304.
18. Lavender T, Hart A, Smyth R. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev* [on line]. 2014; [Citado 2014 nov. 08]; 9:[aprox. 26 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD005461>.
19. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [on line]. 2014; [citado 2014 dez. 6]; 9:[aprox. 5 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003766>.
20. Nagahama EEI, Santiago SM. Partos humanizados e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011; 11(4):415-25.
21. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):77-86.
22. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev* [on line]. 2014; [Citado 2014 nov 08]; 9:[aprox. 18 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD000330>.
23. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev* [on line]. 2015; [Citado 2015 jan. 08]; 9:[aprox. 10 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD001236>.
24. Rocha CR, Fonseca LC. Assistência do enfermeiro obstetra a mulher parturiente: em busca do respeito a natureza. *Rev Pesq Cuidado é Fundam*. 2010; 2(2):807-16.
25. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(9):1789-1800.
26. Bernitz S, Øian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*. 2014; 30(3):364-70.
27. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* [on line] 2015. [Citado 2014 dez. 10]; 9:[aprox. 17 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD007123>.
28. Institute For Safe Medication Practices (ISMP). List of high alert medications in acute care settings [site internet] 2014 [Citado 2014 nov 30]; Disponível em: <http://www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf>.
29. Wiegers TA. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 9:18.

30. Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progiante JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(4):472-6.
31. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* [on line] 2015. [Citado 2014 dez. 14]; 9: [aprox. 15 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD002006>.
32. Gayeski ME, Brüggemann OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009; 17(2):1-7.
33. Verheijen EC, Raven J.H, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [on line] 2014. [Citado 2014 dez. 06]; 8:[aprox. 15 telas]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD006067>.
34. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009; 9(1):59-67.
35. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência a gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(5):985-94.
36. Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4):658-63.
37. Hargrove A, Penner K, Williamson T, Ross S. Family physician and obstetrician episiotomy rates in low-risk obstetrics in southern Alberta. *Can Fam Physician*. 2011; 57(1):450-6.
38. Khayat R., Campbell O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. *Health Policy and Plann*. 2000; 15(3):270-8.
39. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200(5):573-7.
40. Silva TF, Costa GAB, Pereira ALF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm*. 2011; 16(1):82-7.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), conforme Chamada Pública Edital 01/2011, Processo APQ-01275-11.

Este documento possui uma errata: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044erpt>