

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SIMONE KONZEN RITTER

**PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM PARTOS DE RISCO HABITUAL
ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2018

SIMONE KONZEN RITTER

**PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM PARTOS DE RISCO HABITUAL
ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM UM HOSPITAL
PÚBLICO DE PORTO ALEGRE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Annelise de Carvalho Gonçalves.

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Ritter, Simone Konzen
Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital público de Porto Alegre / Simone Konzen Ritter. -- 2018.
85 f.
Orientadora: Annelise de Carvalho Gonçalves.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Enfermagem. 2. Enfermagem obstétrica. 3. Enfermagem baseada em evidências. 4. Parto normal. 5. Parto humanizado. I. Gonçalves, Annelise de Carvalho, orient. II. Título.

SIMONE KONZEN RITTER

**Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras
obstétricas em um hospital público de Porto Alegre**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 26 de janeiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Annelise de Carvalho Gonçalves: _____
Presidente – PPGENF/UFRGS CPF nº 48050547000

Profa. Dra. Helga Geremias Gouveia: _____
Membro – PPGENF/UFRGS CPF nº 16042597876

Profa. Dra. Camilla Alexsandra Schneck: _____
Membro – EENF/UFRGS CPF nº 24771948879

Profa. Dra. Cecília Drebes Pedron: _____
Membro – ULBRA CPF nº 98201867068

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por ser essencial em minha vida, por guiar os meus passos e permitir a concretização de sonhos, como a conclusão do mestrado.

À minha mãe, Rosane, e ao meu pai, José Alfredo, que sempre apoiaram as minhas escolhas e me ensinaram a ser uma pessoa dedicada e determinada em fazer o melhor possível.

Ao meu irmão, Guilherme, e à minha irmã, Victória, por todo o apoio, carinho e incentivo ao longo do mestrado.

Aos demais familiares e amigos, por todo o apoio recebido e pela compreensão nos inúmeros momentos em que não estive presente em função do mestrado.

Às colegas da Linha de Cuidado Mãe-bebê do HNSC, especialmente à Coordenadora Enf^a Lisete Ambrosi, por facilitar as trocas de plantão e oportunizar a realização das atividades acadêmicas.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Annelise de Carvalho Gonçalves, pelo incentivo, dedicação, disponibilidade e oportunidade de compartilhar conhecimentos ao longo da construção deste estudo.

À Banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Camilla Alexsandra Schneck, Prof.^a Dr.^a Cecília Drebes Pedron e Prof.^a Dr.^a Helga Geremias Gouveia, pela disponibilidade de acolherem o convite para avaliar e contribuir com o aperfeiçoamento deste estudo.

À Estatística do Grupo Hospitalar Conceição, Vânia Naomi Hirakata, pela análise estatística e pelas sugestões enriquecedoras.

Aos funcionários do Setor de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HNSC, pela disponibilidade e paciência com as solicitações de prontuários durante a coleta de dados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, docentes, secretaria e coordenação, por oferecer ensino de qualidade, com oportunidades que proporcionaram o meu crescimento profissional.

RESUMO

RITTER, Simone Konzen. **Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital público de Porto Alegre.** 2018. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de caráter analítico, com abordagem quantitativa, realizado no centro obstétrico de um hospital público de Porto Alegre/RS, no período de março a agosto de 2017. Os objetivos do estudo foram caracterizar as práticas assistenciais, os desfechos obstétricos e neonatais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital público de Porto Alegre e comparar as práticas assistenciais realizadas no ano de início do modelo colaborativo (2013) com as práticas assistenciais realizadas em 2016. A amostra foi constituída por 564 parturientes de risco habitual com parto assistido por enfermeiras obstétricas no período de 2013 a 2016. Os dados foram coletados dos prontuários das parturientes e analisados por meio do software SPSS versão 16.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (nº 16278). Entre as parturientes a maioria era branca (73,2%), com média de idade de 25,6 anos, com escolaridade predominante de ensino fundamental (61%) e ocupação do lar (51,2%). A média de idade gestacional foi de 39 semanas. O motivo de internação mais prevalente foi o trabalho de parto com presença de bolsa íntegra (68%). Foram encontradas elevadas frequências de práticas assistenciais benéficas para as mulheres: presença de acompanhante no trabalho de parto e parto (97%), uso de partograma (92,7%), administração de dieta líquida por via oral (88,8%), uso de tecnologias obstétricas não invasivas (100%) e posições verticais no parto (73,1%) e para os recém-nascidos: clampeamento tardio do cordão umbilical (88,3%) e contato pele a pele por uma hora ou mais (93,4%) em partos assistidos por enfermeiras obstétricas no hospital estudado, cujas práticas estão, em sua maioria, em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. No entanto, os achados deste estudo sugerem que existem práticas assistenciais que carecem de avanços, como a adequação do número de toques vaginais em relação à duração do trabalho de parto e a redução da prática de amniotomia, a qual, apesar de não ser realizada de maneira rotineira, foi uma prática com aumento percentual de 40% no período estudado. A comparação das práticas assistenciais nos anos de 2013 e 2016 revelou redução de intervenções desnecessárias: tricotomia (-100%), tonsura (-43,8%), uso de supositório retal (-85,8%), cateterização vesical (-73,1%), cateterização venosa (-58,9%), uso de ocitocina (-70,2%), uso de agentes sistêmicos para alívio da dor (-78,7%), analgesia peridural (-69,6%) e episiotomia (-63,9%) e crescimento percentual de práticas consideradas benéficas para as mulheres e os recém-nascidos: presença de acompanhante no trabalho de parto e parto (+3,1%), uso de partograma (+33,7%), administração de dieta líquida por via oral (+11,9%), posições verticais no parto (+100%), clampeamento tardio do cordão umbilical (+39,5%) e contato pele a pele por uma hora ou mais (+31,8%). Frente ao modelo predominante de assistência obstétrica no Brasil, que é centrado no médico obstetra e no cuidado medicalizado e intervencionista, o modelo colaborativo de assistência ao parto mostra-se como um caminho para a atenção às mulheres de risco habitual, com respeito à fisiologia do parto e ao protagonismo da mulher, capaz de promover a redução de intervenções desnecessárias por meio da realização de práticas assistenciais que resultam em desfechos obstétricos e neonatais favoráveis.

Descritores: Enfermagem. Enfermagem Obstétrica. Parto Normal. Parto Humanizado.

ABSTRACT

RITTER, Simone Konzen. **Assistance practices in habitual risk childbirths assisted by obstetric nurses in a public hospital in Porto Alegre**. 2018. 85f. Dissertation (Master in Nursing) – Nursing School, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

It is about a cross-sectional, retrospective, analytical, with quantitative approach study, performed at obstetrical center of a public hospital from Porto Alegre/RS, between March and August 2017. The objectives of the study were to characterize care practices, obstetric and neonatal outcomes in habitual risk childbirth assisted by obstetric nurses in a public hospital in Porto Alegre and to compare the care practices carried out in the year of beginning the collaborative model (2013) with the care practices carried out in 2016. The sample consisted of 564 parturients of habitual risk with childbirth assisted by obstetric nurses from 2013 to 2016. The data were collected from parturients medical records and analyzed by SPSS software version 16.0. The Research Ethics Committee at the Grupo Hospitalar Conceição approved the Project (n° 16278). Among the parturients, the majority were caucasian (73,2%), with an average age of 25.6 years, had attended primary school (61%) and were homemakers (51,2%). Mean gestational age was 39 weeks. The most prevalent reason for hospitalization was labor with amniotic sac intact (68%). Were found high frequencies of assistance practices beneficial to the woman's: presence of companion in labor and birth (97%), use of partogram (92,7%), oral liquid diet offering (88,8%), use of obstetric technologies noninvasive (100%) and vertical positions in childbirth (73,1%) and for newborns: late delayed umbilical cord clamping (88,3%) and skin-to-skin contact until one hour or more (93,4%) on childbirths assisted by obstetric nurses on the studied hospital, are the practices are, in their majority, in accordance with the recommendations of the Ministry of Health and World Health Organization. However, the findings of this study suggest that exist assistance practices that need advances, like the adequacy of the number of vaginal touches in relation of the duration of the labor and the reduction of the practice of amniotomy, which although not routinely performed, was a practice with a percentage increase of 40% in the studied period. The comparison of assistance practices in the years of 2013 and 2016 revealed a reduction of unnecessary interventions: trichotomy (-100%), tonsure (-43,8%), use of rectal suppository (-85,8%), bladder catheterization (-73,1%), venous catheterization (-58,9%), use of oxytocin (-70,2%), use of systemic agents for pain relief, (-78,7%), epidural analgesia (-69,6%) and episiotomy (-63,9%) and percentage growth of practices considered benefic for woman's and newborns: presence of companion in labor and birth (+3,1%), use of partogram (+33,7%), oral liquid diet offering (+11,9%), vertical positions in childbirth (+100%), late delayed umbilical cord clamping (+39,5%) and skin-to-skin contact until one hour or more (+31,8%). Against the predominant model of assistance in Brazil, that is centered on the obstetrician and in the medicalized and interventionist care, the collaborative model of childbirth assistance shows up as a path to the attention to woman's with habitual risk, with respect to the physiology of childbirth and the woman's protagonism, able to promote the reduction of the unnecessary interventions by means of the realizations of assistance practices which result in favorable obstetric and neonatal outcomes.

Keywords: Nursing. Obstetric Nursing. Natural Childbirth. Humanizing Delivery.

RESUMEN

RITTER, Simone Konzen. **Prácticas asistenciales en partos de riesgo habitual asistidos por enfermeras obstétricas en un hospital público de Porto Alegre**. 2018. 85f. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Se trata de un estudio transversal, retrospectivo, analítico, con enfoque cuantitativo, realizado en el centro obstétrico de un hospital público de Porto Alegre/RS, en el período de marzo a agosto de 2017. Los objetivos del estudio fueron caracterizar las prácticas asistenciales, los resultados obstétricos y neonatales en partos de riesgo habitual asistidos por enfermeras obstétricas en un hospital público de Porto Alegre y comparar las prácticas asistenciales realizadas en el año de inicio del modelo colaborativo (2013) con las prácticas asistenciales realizadas en 2016. La muestra fue constituida por 564 parturientas de riesgo habitual con parto asistido por enfermeras obstétricas en el período de 2013 a 2016. Los datos fueron recolectados de los prontuarios de las parturientas y analizados a través del software SPSS versión 16.0. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del Grupo Hospitalar Conceição (n° 16278). Entre las parturientas la mayoría era blanca (73,2%), con media de edad de 25,6 años, con escolaridad predominante de enseñanza fundamental (61%) y ocupación del hogar (51,2%). El promedio de edad gestacional fue de 39 semanas. El motivo de internación más prevalente fue el trabajo de parto con presencia de bolsa íntegra (68%). Se han encontrado elevadas frecuencias de prácticas asistenciales benéficas para las mujeres: presencia de acompañante en el trabajo de parto y parto (97%), uso de partograma (92,7%), ofrecimiento de dieta líquida por vía oral (88,8%), uso de tecnologías obstétricas no invasivas (100%) y posiciones verticales en el parto (73,1%) y para los recién nacidos: clampeamiento tardío del cordón umbilical (88,3%) y contacto piel a piel por una hora o más (93,4%) en partos asistidos por enfermeras obstétricas en el hospital estudiado, cuyas prácticas están, en su mayoría, de conformidad con las recomendaciones del Ministerio de Salud y de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, los hallazgos de este estudio sugieren que existen prácticas asistenciales que carecen de avances, como la adecuación del número de toques vaginales en relación a la duración del trabajo de parto y la reducción de la práctica de amniotomía, la cual fue una práctica con un aumento porcentual del 40% en el período estudiado. La comparación de las prácticas asistenciales en los años 2013 y 2016 reveló reducción de intervenciones innecesarias: tricotomía (-100%), tonsura (-43,8%), uso de supositorio rectal (-85,8%), cateterización vesical (-73,1%), cateterización venosa (-58,9%), uso de ocitocina (-70,2%), uso de agentes sistémicos para alivio del dolor (-78,7%), analgesia peridural (-69,6%) y episiotomía (-63,9%) y el crecimiento porcentual de prácticas consideradas beneficiosas para las mujeres y los recién nacidos: presencia de acompañante en el trabajo de parto y parto (+3,1%), uso de partograma (+33,7%), ofrecimiento de dieta líquida por vía oral (+11,9%), posiciones verticales en el parto (+100%), clampeamiento tardío del cordón umbilical (+39,5%) y contacto piel a piel por una hora o más (+31,8%). Frente al modelo predominante de asistencia obstétrica en Brasil, que se centra en el médico obstetra y en el cuidado medicalizado e intervencionista, el modelo colaborativo de asistencia al parto se muestra como un camino para la atención a las mujeres de riesgo habitual, con respecto a fisiología del parto y al protagonismo de la mujer, capaz de promover la reducción de intervenciones innecesarias por medio de la realización de prácticas asistenciales que resultan en resultados obstétricos y neonatales favorables.

Palabras clave: Enfermería. Enfermería Obstétrica. Parto Normal. Parto Humanizado.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por ano no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	28
Tabela 2 – Dados sociodemográficos das participantes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	35
Tabela 3 – Dados obstétricos das participantes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	36
Tabela 4 – Motivo de internação das participantes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	36
Tabela 5 – Dados da admissão obstétrica das participantes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	37
Tabela 6 – Práticas assistenciais no trabalho de parto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	38
Tabela 7 – Tecnologias obstétricas não invasivas utilizadas pelas parturientes no trabalho de parto, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	40
Tabela 8 – Práticas assistenciais no parto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	41
Tabela 9 – Práticas assistenciais na atenção ao recém-nascido em partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	42
Tabela 10 – Desfechos obstétricos das parturientes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	43
Tabela 11 – Desfechos neonatais dos recém-nascidos do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).	44
Tabela 12 – Comparação das práticas assistenciais no trabalho de parto em partos assistidos por enfermeiras obstétricas nos anos de 2013 e 2016, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS.	45
Tabela 13 – Comparação das práticas assistenciais no parto em partos assistidos por enfermeiras obstétricas nos anos de 2013 e 2016, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS.	46

LISTA DE ABREVIATURAS

BCF	Batimentos cardíofetais
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPP	Contato pele a pele
CTG	Cardiotocografia
EO	Enfermeira obstétrica
GBS	<i>Group B Streptococcus</i>
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
HPP	Hemorragia pós-parto
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LCMB	Linha de Cuidado Mãe-bebê
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RC	Rede Cegonha
RS	Rio Grande do Sul
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Trabalho de parto
USG	Ultrassonografia
UTI	Unidade de terapia intensiva
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Assistência ao parto e nascimento no Brasil.....	18
3.2 Políticas públicas de assistência ao parto e nascimento no Brasil	20
3.3 Modelos de atenção ao parto e nascimento.....	24
4 MATERIAL E MÉTODOS	26
4.1 Tipo de Estudo	26
4.2 Campo de Estudo	26
4.3 Amostra.....	28
4.3.1 Critérios de inclusão.....	28
4.3.2 Critérios de exclusão	29
4.4 Coleta de Dados	29
4.5 Análise de Dados.....	32
5 ASPECTOS ÉTICOS	34
6 RESULTADOS	35
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	35
6.2 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM PARTOS DE RISCO HABITUAL ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS	38
6.2.1 Práticas assistenciais no trabalho de parto	38
6.2.2 Práticas assistenciais no parto	41
6.2.3 Práticas assistenciais na atenção ao recém-nascido	42
6.3 DESFECHOS OBSTÉTRICOS	43
6.4 DESFECHOS NEONATAIS	44

6.5 COMPARAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO ANO DE 2013 (ANO DE INÍCIO DO MODELO COLABORATIVO NO HNSC) COM AS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO ANO DE 2016	45
7 DISCUSSÃO	47
8 CONCLUSÕES.....	68
REFERÊNCIAS.....	69
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	79
ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS	84
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO	85

1 INTRODUÇÃO

Há evidências científicas de que várias práticas na assistência à gestação e ao parto são promotoras de melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos. Fatores da saúde materna que atuam durante o período gestacional influenciam os resultados da gravidez e a assistência pré-natal de qualidade contribui para a redução de danos à gestante e ao recém-nascido. Da mesma forma, uma parcela importante das complicações que podem ocorrer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser reduzida por cuidado obstétrico apropriado, realizado com o uso adequado de tecnologia. Por outro lado, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode trazer prejuízos para a mãe e seu concepto (LEAL et.al, 2014).

Historicamente, no Brasil, muitos esforços têm sido realizados, tanto pelo governo, sociedade civil e terceiro setor, para que ocorram mudanças na assistência ao parto e nascimento, tendo como principal objetivo a adoção de práticas baseadas em evidências científicas (BRUGGEMANN, 2013).

Neste contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) através do documento intitulado "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", publicou em 1996 uma classificação das práticas de assistência ao parto e nascimento recomendadas pela OMS, as quais são baseadas em evidências científicas e derivam de pesquisas realizadas em diversos países. Neste documento, a OMS descreve as práticas de atenção ao parto e ao nascimento em quatro categorias: A) Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C) Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; D) Práticas frequentemente usadas de modo inadequado; com o intuito de tornar a assistência obstétrica e neonatal mais segura e humanizada (OMS, 1996).

Em 2011 o Governo Federal instituiu a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. No componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha figura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseadas em evidências científicas, nos termos do

documento publicado em 1996 pela OMS, com o objetivo de reduzir as intervenções desnecessárias e incentivar o parto normal (BRASIL, 2011).

Em consonância com as recomendações da OMS, o Ministério da Saúde publicou no ano de 2016 a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, que constitui um esforço para a qualificação do modo de nascer no Brasil, a partir da publicação de diretrizes clínicas baseadas em evidências científicas disponibilizadas como uma ferramenta de consulta para a tomada de decisões na assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2016a).

De acordo com os dados mais recentes disponíveis no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2015 ocorreram 3.017.668 nascimentos no Brasil, dos quais 1.339.673 foram partos vaginais (44,4%), 1.674.058 cesáreas (55,5%) e em 3.937 nascimentos (0,1%) não foi registrado a via de parto. Destes nascimentos, 2.969.946 (98,4%) ocorreram em estabelecimentos hospitalares, públicos ou privados (BRASIL, 2015a).

O nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho ou filha. Se por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, expondo as mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa e apenas em situações de necessidade e não como rotina. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer (BRASIL, 2016a).

O modelo predominante e tradicional da assistência obstétrica no Brasil é centrado no médico obstetra e na atenção hospitalar. O Ministério da Saúde incentiva a incorporação da enfermeira obstétrica (EO) nas equipes hospitalares e aposta na sua contribuição para redução no uso das intervenções e das cesáreas desnecessárias, que caracterizam a assistência obstétrica no país (VOGT et al., 2014).

Segundo Gama et al. (2016) a participação de enfermeiras obstétricas no parto vaginal é limitada no Brasil e não há dados nacionais sobre sua atuação. No referido estudo, realizado em maternidades brasileiras, com 23.894 mulheres, 16,2% dos partos vaginais foram assistidos por enfermeiras obstétricas. As autoras verificaram que as

boas práticas eram significativamente mais frequentes nos nascimentos atendidos por enfermeiras obstétricas (dieta durante o trabalho de parto, mobilidade durante o trabalho de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor e uso de partograma), enquanto algumas intervenções foram menos utilizadas (anestesia, posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia). Entre as maternidades participantes do estudo, naquelas que incluíam enfermeiras obstétricas no trabalho de parto e nascimento, a incidência da cesariana foi menor.

De acordo com a Resolução COFEN Nº 0516/2016, compete ao enfermeiro obstetra: acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes; avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como do feto; garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem; promover modelo de assistência centrado na mulher, no parto e no nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher; adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal no momento da expulsão do feto, contato pele a pele entre mãe e recém-nascido, apoio ao aleitamento materno logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família; avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher; entre outras competências (BRASIL, 2016b).

Conforme o Ministério da Saúde, a assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetritz e é recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação do modelo colaborativo de assistência, que inclua a enfermeira obstétrica e obstetritz na assistência ao parto de baixo risco, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2016a).

De acordo com Downe, Finlayson e Fleming (2010), a assistência obstétrica no modelo colaborativo significa a integração do médico e da enfermeira obstétrica na equipe. A enfermeira obstétrica assume a assistência das mulheres de risco habitual, assegurada a possibilidade de referência imediata ao médico obstetra em casos de complicações, o que caracteriza uma assistência qualificada e segura.

A inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), com vistas à implantação do modelo colaborativo ocorreu no ano de 2011, com o intuito de qualificar a assistência ao parto e nascimento na instituição. Porém, em 2011 a assistência ao parto realizada por enfermeira obstétrica ocorria em baixos percentuais na instituição. A partir de 2013 os registros dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas passaram a ser sistematizados.

De acordo com os indicadores assistenciais do HNSC, em 2013 foram assistidos 138 partos por enfermeiras obstétricas, os quais corresponderam a 4,9% dos partos normais assistidos na instituição. Desde então, a assistência aos partos de risco habitual pelas enfermeiras obstétricas vem aumentando no HNSC. Em 2014, 2015 e 2016 foram assistidos 376, 586 e 483 partos, os quais corresponderam, respectivamente, a 14,1%, 21,4% e 22,2% dos partos normais assistidos na instituição.

A partir da inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento no HNSC, houve a necessidade de produzir evidências científicas acerca da assistência ao parto e nascimento neste novo modelo de atenção, fato que motivou a realização deste estudo.

Atualmente este modelo se encontra em processo de consolidação no HNSC, com necessidade de adaptações, como a inclusão da autorização de internação hospitalar (AIH) realizada por enfermeira obstétrica e o acompanhamento puerperal realizado por enfermeira obstétrica, procedimentos os quais atualmente são executados pelo médico obstetra, mesmo que a assistência ao parto e nascimento seja provida por enfermeira obstétrica.

O HNSC é considerado uma instituição precursora no Rio Grande do Sul (RS) em relação à implantação do modelo colaborativo, tendo em vista que no RS as enfermeiras obstétricas ainda não apresentam inserção efetiva na assistência ao parto e nascimento, quando comparado a outros estados brasileiros.

A partir do exposto, este estudo apresenta como questão de pesquisa “Quais as práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital público de Porto Alegre? ”, com o intuito de contribuir para a produção de evidências científicas acerca da assistência ao parto e nascimento provida por enfermeiras obstétricas no cenário do Rio Grande do Sul e do Brasil.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar as práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital público de Porto Alegre.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Descrever as práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas no período de 2013 a 2016.

2.2.2 Identificar a ocorrência dos desfechos obstétricos: condições do períneo, complicações no trabalho de parto, complicações no parto, complicações no período pós-parto e internação em unidade de terapia intensiva (UTI) nas mulheres assistidas por enfermeiras obstétricas no período de 2013 a 2016.

2.2.3 Identificar a ocorrência dos desfechos neonatais: índice de Apgar no primeiro e no quinto minuto de vida e internação em unidade neonatal nos recém-nascidos assistidos por enfermeiras obstétricas no período de 2013 a 2016.

2.2.4 Comparar as práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas no ano de início do modelo colaborativo (2013) com as práticas assistenciais realizadas no ano de 2016.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Assistência ao parto e nascimento no Brasil

No Brasil a partir do século XIX, o parto deixou de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais e regulada por políticas públicas. O parto, um ritual de mulheres, não era considerado um ato médico, e ficava a cargo das parteiras. Quando havia complicações ou dificuldades no parto, os cirurgiões-parteiros eram chamados a intervir. Essas intervenções eram quase sempre tão ineficazes quanto às das parteiras, e normalmente o papel dos cirurgiões-parteiros era retirar um feto vivo de sua mãe morta (DOMINGUES, 2002).

De acordo com Maia (2010) no final do século XIX, com a criação de hospitais específicos para a realização dos partos – as maternidades –, constituiu-se um espaço de ensino e prática da medicina da mulher, que passou a ser visto como um lugar seguro para o parto. Nesse contexto, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado pela classe médica e circunscrito às maternidades, o que se efetivou na metade do século XX. A consolidação da presença do médico na cena do parto esteve associada à criação de um instrumental próprio (fórceps, pelvímeter, sondas, agulhas, tesouras) e a práticas cada vez mais intervencionistas, associação esta usada para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras, em partos naturais.

A partir destes aspectos históricos, ao longo dos últimos séculos, a assistência ao parto no Brasil tornou-se um evento médico-hospitalar, no qual o risco de patologias e de complicações se tornou regra, somado ao uso de tecnologias invasivas, deixando de ser um evento fisiológico.

No início do século XXI, a atenção ao parto e nascimento foi marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Neste contexto ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. Tudo isso contribuiu para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

Enquanto o modelo tecnocrático de assistência ao parto é essencialmente centrado na figura do médico obstetra, as políticas de humanização do parto passaram a legitimar a enfermeira obstetra na condução do trabalho de parto e parto normal sem complicações. Entre as medidas normatizadas pelo Ministério da Saúde que visam a promover a humanização da assistência ao parto, está o reconhecimento da atuação da enfermeira obstetra na atenção ao parto normal sem complicações. Para implementar tal assistência, o Ministério da Saúde tem financiado cursos de capacitação, introduziu pagamento, pelo SUS, de parto assistido por enfermeira obstetra e criou os Centros de Parto Normal (CPN), unidades privilegiadas de atuação dessa profissional em partos sem distócia. Ou seja, o exercício da obstetrícia tem oferecido à enfermagem uma valorização do seu corpo de conhecimentos técnicos e práticos (MAIA, 2010).

Se por um lado os médicos obstetras percebem o parto como um processo potencialmente patológico e que demanda intervenções a fim de se manter o controle sobre a mulher e o nascimento, as enfermeiras o veem como processo fisiológico a ser realizado com pouca ou nenhuma intervenção, no qual o bem-estar geral das parturientes e suas emoções devem ser considerados (SODRÉ; LACERDA, 2007).

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, as cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos), enquanto a recomendação da Organização Mundial de Saúde é de até 15% de partos cesáreos. Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas, a operação cesariana é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem uma justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro (BRASIL, 2015b).

Conforme Leal et al. (2014), no Brasil, a taxa de cesarianas é elevada mesmo em gestantes consideradas de risco obstétrico habitual. De acordo com este estudo, também se faz importante ressaltar o elevado número de intervenções durante o trabalho de parto e parto vaginal, com um pequeno número de mulheres parindo de forma natural, ou seja, sem nenhum tipo de intervenção na fisiologia do nascimento. A maioria dessas intervenções é realizada de forma rotineira e muitas vezes desnecessárias, como a episiotomia, a ruptura artificial das membranas amnióticas e o uso de ocitocina. Na prática obstétrica brasileira, ainda existe um desrespeito à fisiologia natural do trabalho de parto e parto, com a execução de práticas controladoras que buscam acelerar o nascimento, levando ao aumento do índice de intervenções, incluindo as cesarianas.

3.2 Políticas públicas de assistência ao parto e nascimento no Brasil

As primeiras políticas públicas brasileiras voltadas para a assistência ao parto e nascimento foram elaboradas no século XX, cujo momento histórico foi marcado pela institucionalização do parto no ambiente hospitalar, com práticas assistenciais intervencionistas e excessivamente medicalizadas.

As políticas públicas que versam sobre a Saúde Materno-Infantil apontam a importância da humanização da assistência em saúde por meio da adoção de práticas baseadas em evidências científicas e que, sobretudo, respeitem os direitos, a individualidade, a integralidade e a autonomia feminina nos diversos cenários de atenção. Tal movimento tornou-se necessário frente à institucionalização do parto, que afastou as mulheres do domicílio em seu contexto íntimo e de amparo familiar, impondo-lhes um modelo biomédico de assistência centrado no profissional médico e na instituição hospitalar (DULFE et al., 2016).

De acordo com Neto et al. (2008), em 1975 foi estabelecido o Programa de Saúde Materno-infantil, primeiro programa com enfoque para a saúde da mulher, sob a ótica da reprodução, o qual teve como meta reduzir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança. Já em 1978 foi criado o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco, com a finalidade de operacionalizar ações de assistência especializada aos riscos reprodutivo e obstétrico, prevenção de gestações futuras, quando indicado, e de diagnóstico e tratamento da esterilidade ou da infertilidade. Nessa fase as políticas voltadas para a saúde reprodutiva foram predominantemente direcionadas para o excesso da "intervenção médica sobre o corpo feminino", em particular por meio do uso abusivo da cesariana como forma de parir e a esterilização como método contraceptivo preferencial.

Os anos 1980 representaram um salto na história das políticas públicas voltadas à atenção ao parto, com abordagem de outras questões da saúde da mulher que ultrapassam a esfera reprodutiva. Nesse contexto, o movimento feminista trouxe a proposta de incorporar à saúde da mulher outras questões, como pré-natal, melhores condições ao parto e, ainda, outros aspectos relacionados ao gênero, trabalho, sexualidade, saúde, anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Essa mobilização do movimento das mulheres com cooperação dos

profissionais de saúde deu origem às diretrizes do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde em 1983, com o objetivo de atender a mulher de forma integral, respeitando suas necessidades e particularidades. As áreas de atuação desse programa foram divididas em grupos baseados nas diferentes etapas da vida das mulheres: assistência grávidico-puerperal; assistência ao aborto; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de mama e colo uterino; assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/AIDS; amparo à mulher vítima de violência (MATOS et al., 2013).

Ao longo dos anos 1980, e mais intensamente na década de 1990, fortaleceram-se as discussões sobre o modelo do parto vigente no país, o qual estava alicerçado em ações intervencionistas e medicalizadoras. Nesse período, o Ministério da Saúde lançou medidas que objetivaram a valorização ao parto normal e a busca pelo resgate do parto como um evento fisiológico, dentre elas: o aumento de 160% na remuneração do parto vaginal e o pagamento de analgesia do parto, com a finalidade de diminuir as altas taxas de cesarianas (MATOS et al., 2013).

Considerando a importância do acompanhamento do trabalho de parto, visando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal, considerando a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal, e considerando o disposto na Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem e o Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987, que define as atribuições do enfermeiro obstetra, o Ministério da Saúde incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) o Parto Normal Sem Distócia Realizado por Enfermeiro Obstetra, através da Portaria n.º 2.815, de 29 de maio de 1998 (BRASIL, 1998).

Em 1999, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999, que cria o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento à mulher no período grávidico-puerperal, considerando a necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto no SUS, a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério e a necessidade de melhoria da qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos maternos e neonatais por causas evitáveis (BRASIL, 1999).

Em 2000, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), através da portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, com o objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do

acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Neste contexto, a humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000).

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com diversos objetivos, entre eles: qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios, organizar a rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra referência e fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal, com o intuito de qualificar a assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2004).

Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, a partir da portaria nº 1.067, de 6 de julho de 2005, a qual explicita que a atenção qualificada e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas. O principal objetivo da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2005a).

A referida portaria destaca, entre outras, as ações de: utilizar o partograma (representação gráfica da evolução do trabalho de parto); oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto; respeitar a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; respeitar o direito da mulher à privacidade no local do parto; fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem; permitir liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estimular posições não supinas durante o trabalho de parto; oferecer métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banho e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto; executar procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente, e promover o uso restrito de episiotomia (BRASIL, 2005a).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. No componente parto e nascimento a Rede Cegonha propõe as seguintes ações: suficiência de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais; ambiência das maternidades; práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado; estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011).

Recentemente, no contexto das políticas públicas vigentes, o Ministério da Saúde publicou o documento intitulado "Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal" em janeiro de 2016 (BRASIL, 2016a) e o documento "Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana" em março de 2015 (BRASIL, 2015b), que consistem em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, os quais visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde, com abordagem sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e às práticas na assistência ao parto e nascimento, com recomendações baseadas em evidências científicas, a fim de qualificar a assistência obstétrica e neonatal brasileira.

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou as “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida”, a qual inclui atualizações sobre as boas práticas de assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2017a), as quais foram aprovadas pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 353, de 14 de Fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017b).

Ainda em 2017, o Ministério da Saúde lançou o projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), que propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal, em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. O objetivo do Apice On é disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto a estas instituições, porque se apresentam como espaços definidores do modo como se consolida o aprendizado de práticas e a incorporação de modelos assistenciais (BRASIL, 2017c).

3.3 Modelos de atenção ao parto e nascimento

Atualmente existem três modelos principais de atenção ao parto e nascimento no mundo: modelo tradicional (*medical-led care*), modelo colaborativo (*shared care*) e modelo com assistência por obstetrix/enfermeira obstetra (*midwife-led care*). No modelo tradicional, a assistência é centrada no médico e o profissional não-médico tem participação coadjuvante e possibilitada apenas quando delegado para determinada função, visto que o parto é instituído como ato exclusivamente médico (MONTICELLI et al., 2008). No modelo colaborativo, médico obstetra e obstetrix/enfermeira obstétrica trabalham em estreita colaboração. A assistência às mulheres de risco habitual fica sob responsabilidade da enfermeira obstétrica, que conta com a possibilidade de referência imediata ao médico obstetra em casos de complicações (DOWNE; FINLAYSON; FLEMING, 2010). Já no modelo denominado *midwife-led care* a obstetrix/enfermeira obstétrica é responsável pelos cuidados prestados à mulher em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal, que abrange a assistência pré-natal, o trabalho de parto, o parto e o

puerpério. Também neste modelo fica assegurada a referência da mulher para o médico obstetra quando necessário (SANDALL et al., 2016).

Sandall et al. (2016) evidenciaram através de uma revisão sistemática com 15 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 17.574 mulheres, que o modelo colaborativo de assistência ao parto – com atuação da enfermeira obstétrica –, quando comparado ao modelo tradicional de assistência ao parto, produz menor risco de intervenções, como analgesia, amniotomia, episiotomia e parto instrumental, além de apresentar maior chance de parto espontâneo, sem diferença nas taxas de cesariana, indução do parto, períneo íntegro, escores de Apgar, complicações neonatais e morte perinatal. Este estudo também verificou maior índice de satisfação materna em mulheres com assistência obstétrica no modelo colaborativo.

Thiessen et al. (2016) publicaram um estudo comparativo entre partos de baixo risco acompanhados por enfermeiras obstétricas e partos de baixo risco acompanhados por médicos obstetras no Canadá. As mulheres que tiveram parto acompanhado por enfermeira obstétrica apresentaram redução da chance de ter episiotomia, analgesia peridural e parto por cesariana, e seus bebês tiveram menos admissões em UTI neonatal.

Voon et al. (2017) concluíram que os resultados maternos e neonatais de mulheres de baixo risco que receberam cuidados de assistência ao parto com enfermeiras obstétricas e cuidados com médicos obstetras é semelhante, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para a ocorrência de episiotomia, manejo da dor intraparto, indução do parto, hemorragia pós-parto, trauma perineal, estado de nascimento, pontuação de Apgar aos 5 minutos de vida, baixo peso ao nascer (<2500g) e admissão neonatal em UTI. Os autores concluíram que os cuidados provenientes de enfermeiras obstétricas são tão seguros e eficazes quanto os cuidados oferecidos pelos médicos obstetras.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, de caráter analítico, com abordagem quantitativa.

De acordo com Hulley et al. (2015), o delineamento transversal fornece informações sobre a prevalência, é útil para descrever variáveis e seus padrões de distribuição e todas as medições são realizadas em um único momento, sem período de seguimento.

4.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado no Centro Obstétrico do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), hospital geral de grande porte, público, 100% vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado no município de Porto Alegre/RS.

O HNSC é reconhecido pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), constitui um dos hospitais de referência do Cuidado Amigo da Mulher da Rede Cegonha/Ministério da Saúde e participa do Projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) do Ministério da Saúde.

O HNSC, até 2004, seguia o modelo clássico das maternidades brasileiras de grande porte: funcionava com a divisão técnica do trabalho, na qual cada núcleo especializado da equipe multidisciplinar de saúde fazia o seu trabalho isoladamente. Dessa forma, fragmentava-se o cuidado à mulher e ao recém-nascido durante todo o processo de parturição e nascimento (DORNFELD, 2011).

A partir de maio de 2004, a estrutura organizacional do trabalho foi redefinida, transformando a assistência a todos os períodos do ciclo gravídico-puerperal na lógica de linha de cuidado, denominada Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB). Esta forma de organização tem como principal objetivo assegurar a continuidade e a resolutividade da assistência. Além da construção de unidades assistenciais e de apoio, os profissionais

que trabalhavam com as pacientes gestantes, puérperas e recém-nascidos foram agrupados para constituir os recursos humanos da LCMB, sendo, dessa forma, gerenciados sob o cuidado de uma mesma coordenação (DORNFELD, 2011).

A LCMB é composta pelo Centro Obstétrico, Unidade de Gestação de Alto Risco, Unidade de Alojamento Conjunto e Unidade Neonatal.

No Centro Obstétrico do HNSC as mulheres são atendidas inicialmente pela enfermeira, que realiza o acolhimento com classificação de risco obstétrico. Após, ocorre o atendimento com o médico obstetra, que realiza o exame obstétrico. Caso seja constatado trabalho de parto, bolsa rota, pós datismo ou outra condição que necessite de hospitalização, o médico obstetra realiza a admissão hospitalar, com prescrição de dieta, medicamentos e procedimentos necessários. As mulheres com gestação de risco habitual têm a possibilidade de ter o trabalho de parto e parto assistido por enfermeira obstétrica no modelo colaborativo, sendo essa uma decisão conjunta entre equipe assistencial e paciente, a qual é admitida em uma sala PPP (pré-parto, parto e pós-parto) juntamente com o seu acompanhante. São considerados critérios para gestação de risco habitual: presença de pré-natal de risco habitual, gestação única e a termo, com idade gestacional ≥ 37 semanas por DUM ou USG.

Tendo em vista que o HNSC é um hospital escola, com programa de residência médica em ginecologia e obstetrícia, os partos de risco habitual também são assistidos por médicos residentes do primeiro ano (R1).

Em relação à atuação da enfermeira obstétrica no campo de estudo, a EO promove assistência à parturiente desde a admissão hospitalar, com orientações sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto; atua de maneira a promover o protagonismo da parturiente; aplica as tecnologias obstétricas não invasivas durante o trabalho de parto (banho relaxante, deambulação, uso da bola obstétrica, massagem terapêutica, aromaterapia, escalda-pés, rebozo, variedade de posição, entre outras); prescreve e executa cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e pós-parto; realiza o acompanhamento do trabalho de parto por meio do partograma; realiza técnicas de proteção perineal no período expulsivo; clampeamento tardio do cordão umbilical e estímulo ao contato pele a pele e ao aleitamento materno na primeira hora de vida; provê assistência ao período de dequitação da placenta e revisão do canal do parto; sutura de lacerações perineais espontâneas e episiotomia; exame físico pós-parto, evolução e prescrição de cuidados de enfermagem. A EO tem a possibilidade de solicitar a presença do médico obstetra sempre que necessário, e em caso de

complicações que excedam os limites da normalidade, o médico obstetra assume a assistência ao parto.

O acompanhamento puerperal das parturientes é realizado por médico obstetra na Unidade de Alojamento Conjunto, cuja permanência das parturientes e recém-nascidos é de no mínimo 48 horas após o parto.

4.3 Amostra

A amostra do estudo foi constituída por 564 parturientes de risco habitual com parto assistido por enfermeiras obstétricas no HNSC no período de 2013 a 2016. A amostra foi calculada com nível de confiança de 95% e margem de erro de cinco pontos percentuais.

No período de 2013 a 2016 foram assistidos 1583 partos por enfermeiras obstétricas no HNSC. Com base no número de partos assistidos por enfermeiras obstétricas em cada ano, foram inclusos 30% dos partos de cada ano, a partir de amostragem aleatória simples, visando proporcionar a mesma chance de participar do estudo para todas as parturientes.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra por ano estudado.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por ano no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Ano	Nº de partos	Amostra
2013	138	49
2014	376	127
2015	586	209
2016	483	179
Total	1583	564

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

4.3.1 Critérios de inclusão

Constituíram critérios de inclusão no estudo: presença de pré-natal de risco habitual, gestação com feto único, parto vaginal, recém-nascido vivo e a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas conforme a DUM ou USG registrada em prontuário).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas da amostra as parturientes com parto assistido por enfermeira obstétrica que ingressaram na instituição em período expulsivo – sem a possibilidade de acompanhamento do trabalho de parto – e as parturientes com informações incompletas registradas em prontuário.

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2017.

Os dados foram coletados a partir dos registros em prontuário da mulher, por meio do preenchimento do Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A), elaborado pela pesquisadora, o qual incluiu os dados da internação, dados sociodemográficos, dados da admissão obstétrica, dados da assistência ao trabalho de parto, dados da assistência ao parto e dados da assistência ao recém-nascido.

As variáveis em estudo estão descritas a seguir:

Dados da internação:

- 1) Data da internação;
- 2) Hora da internação;
- 3) Motivo da internação – trabalho de parto, bolsa rota, pós-datismo ou outro.

Dados sociodemográficos:

- 1) Idade – em anos de vida;
- 2) Cor da pele – branca, preta, parda/morena/mulata, amarela, indígena;
- 3) Escolaridade – não alfabetizada, ensino fundamental (incompleto ou completo), ensino médio (incompleto ou completo), ensino superior (incompleto ou completo);

- 4) Profissão – do lar, estudante ou outra.

Dados da admissão obstétrica:

- 1) N° de gestações anteriores;
- 2) N° de partos vaginais anteriores;
- 3) N° de cesáreas anteriores;
- 4) N° de abortos anteriores;
- 5) N° de gestações ectópicas anteriores;
- 6) Número de consultas de pré-natal;
- 7) Local de realização do pré-natal – rede pública, rede privada e/ou convênio;
- 8) Idade gestacional na admissão calculada pela data da última menstruação (DUM) – em semanas;
- 9) Idade gestacional na admissão calculada pela ultrassonografia (USG) – em semanas;
- 10) Cardiotocografia na admissão – não ou sim;
- 11) Batimentos cardíacos (BCF) na admissão – BCF por minuto;
- 12) Dinâmica uterina – número de contrações uterinas em 10 minutos;
- 13) Colo uterino – grosso, médio ou fino;
- 14) Dilatação do colo uterino – medida em centímetros, de zero a 10;
- 15) Apresentação fetal – cefálica, pélvica ou outra;
- 16) Bolsa amniótica – íntegra, suspeita de ruptura ou rota;
- 17) Líquido amniótico – claro, meconial tinto, meconial espesso, purulento ou sanguinolento.

Dados da assistência ao trabalho de parto:

- 1) Presença de acompanhante no trabalho de parto – não ou sim;
- 2) N° de toques vaginais realizados no trabalho de parto;
- 3) Adequação do N° de toques vaginais: Adequado (um toque vaginal a cada quatro horas); Inadequado (mais de um toque vaginal a cada quatro horas), conforme recomendação da OMS (OMS, 1996);
- 4) Partograma para acompanhamento do trabalho de parto – não ou sim;
- 5) Realização de cardiotocografia no trabalho de parto – não ou sim (contínua ou intermitente);
- 6) Início do trabalho de parto – espontâneo ou induzido;

- 7) Indução do trabalho de parto – não ou sim, misoprostol e/ou ocitocina;
- 8) Amniotomia – ruptura artificial das membranas amnióticas – não ou sim;
- 9) Tricotomia – raspagem dos pelos pubianos – não ou sim;
- 10) Tonsura – aparramento dos pelos pubianos com uso de tesoura – não ou sim;
- 11) Enteróclise/enema – lavagem intestinal – não ou sim;
- 12) Administração de supositório retal – não ou sim;
- 13) Cateterização vesical – não ou sim;
- 14) Cateterização venosa – não ou sim;
- 15) Ocitocina intravenosa para correção de dinâmica uterina – não ou sim;
- 16) Dieta líquida por via oral – não ou sim;
- 17) Tecnologias obstétricas não invasivas – não utilizado, sim (aromaterapia, banho de aspersão, bola obstétrica, deambulação, escalda-pés, rebozo, massagem terapêutica, mudança de posição);
- 18) Administração de agentes sistêmicos para alívio da dor – não utilizado, sim (Hioscina, Dipirona, Meperidina ou outro medicamento);
- 19) Controle da dor por analgesia epidural – não ou sim;
- 20) Intercorrências no trabalho de parto – não ou sim (bradicardia fetal, taquicardia fetal, eliminação de mecônio, outra intercorrência).

Dados da assistência ao parto:

- 1) Data do parto;
- 2) Hora do parto;
- 3) Presença de acompanhante no parto – não ou sim;
- 4) Posição de parto no período expulsivo – litotômica, semissentada, cócoras, quatro apoios, decúbito lateral direito, decúbito lateral esquerdo ou outra;
- 5) Manobra de Kristeller – não ou sim;
- 6) Episiotomia – não ou sim;
- 7) Laceração perineal espontânea – não ou sim;
- 8) Condições do períneo – períneo íntegro, laceração de 1º grau com ou sem sutura (atingem apenas a pele ou a mucosa), laceração de 2º grau com sutura (feixes musculares também sofrem alguma solução de continuidade), laceração de 3º grau com sutura (laceração atinge o esfíncter anal) ou laceração de 4º grau com sutura (lesão envolvendo a mucosa retal) (CAROCI et al., 2014);

- 9) Complicações no parto – não ou sim (distócia de ombro, período expulsivo prolongado, prolapso de cordão, hipotonia uterina, retenção placentária, outra complicação);
- 10) Intervenções no pós-parto imediato – não ou sim (revisão de trajeto, curetagem uterina, curagem uterina, outra intervenção);
- 11) Complicações no pós-parto – não ou sim (hipotonia uterina, endometrite, infecção do trato urinário, trombose venosa profunda, outra complicação);
- 12) Necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva – não ou sim.

Dados da assistência ao recém-nascido:

- 1) Apgar no 1º minuto de vida – de zero a 10;
- 2) Apgar no 5º minuto de vida – de zero a 10;
- 3) Peso ao nascer – em gramas;
- 4) Capurro – em semanas e dias;
- 5) Clampeamento do cordão umbilical – imediato ao nascimento (realizado no ato do nascimento); precoce (realizado até o primeiro minuto de vida) ou tardio (realizado de um a três minutos de vida ou até cessadas as pulsações do cordão umbilical), conforme classificação da OMS (WHO, 2014);
- 6) Contato pele a pele imediatamente após o nascimento – não realizado, sim (duração < 30 minutos, duração de 30 minutos a 59 minutos, duração \geq 1 hora);
- 7) Necessidade de internação do recém-nascido – não ou sim (Unidade Neonatal ou UTI Neonatal).

4.5 Análise de Dados

Os dados provenientes do estudo foram agrupados sob a forma de banco de dados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0.

Foi realizada análise descritiva dos dados, com apresentação de frequência absoluta, porcentagem, média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo, tendo em vista que todas as variáveis foram testadas pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk e resultaram em variáveis simétricas.

A partir do banco de dados produzido, foi utilizado para análise estatística o Teste Qui-quadrado de Pearson, com o objetivo de comparar proporções. Nas situações em que o número de indivíduos estudados foi menor que 25, utilizou-se o Teste Exato de Fischer. Por convenção, foi estabelecido o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para determinar os resultados estatisticamente significativos.

Foi realizada a variação percentual de todas as práticas assistenciais em estudo, para fins de comparação entre os anos de 2013 e 2016, a partir da seguinte fórmula (PEREIRA, 2011):

$$\textit{Variação Percentual} = \frac{\textit{Valor final} - \textit{Valor inicial}}{\textit{Valor inicial}} \times 100$$

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição (ANEXO B).

Tendo em vista que os dados foram coletados em prontuário, retrospectivamente, não havendo contato com os sujeitos da pesquisa, foi dispensado a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme apreciação do CEP.

Este estudo segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme a Resolução nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012).

O risco envolvido neste estudo é o da quebra de confidencialidade e para minimizar este risco, as pacientes foram identificadas por números e seus nomes preservados.

Os pesquisadores envolvidos manterão o sigilo dos dados coletados, que serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão armazenados por cinco anos e após serão destruídos.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A Tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos das participantes do estudo.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos das participantes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Variável	Frequência	Percentual
Idade		
< 20 anos	106	18,8
20 a 34 anos	393	69,7
> 35 anos	65	11,5
Cor da pele		
Branca	413	73,2
Preta	92	16,3
Parda	59	10,5
Escolaridade		
Ensino fundamental	344	61,0
Ensino médio	196	34,7
Ensino superior	24	4,3
Ocupação*		
Do lar	289	51,2
Estudante	24	4,2
Área Administrativa	41	7,3
Área da Alimentação	33	5,8
Área do Comércio	89	15,8
Área da Educação	21	3,7
Área da Saúde	13	2,3
Serviços Domésticos	20	3,5
Serviços Gerais	34	6,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Segundo Classificação Nacional de Atividades Econômicas (IBGE, 2006)

A média de idade das parturientes foi de $25,6 \pm 6,4$ anos (14 – 44 anos).

A Tabela 3 apresenta os dados obstétricos das participantes do estudo.

Tabela 3 – Dados obstétricos das participantes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Variável	Frequência	Percentual
Paridade		
Nulípara	172	30,5
Primípara	162	28,7
Múltipara	230	40,8
Idade gestacional		
37 semanas	57	10,1
38 semanas	132	23,4
39 semanas	175	31,0
40 semanas	150	26,6
41 semanas	50	8,9
Número de consultas pré-natal		
2 a 5 consultas	128	22,7
≥ 6 consultas	436	77,3
Local de realização do pré-natal		
Rede pública	521	92,4
Convênio	36	6,4
Rede privada	7	1,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Entre as participantes do estudo, 56 (10%) tiveram uma cesárea prévia ao parto. A média de idade gestacional foi de $39,0 \pm 1,1$ semanas (37 – 41 semanas) e a média de consultas pré-natal foi de $7,7 \pm 2,7$ consultas (2 – 16 consultas).

A Tabela 4 descreve o motivo de internação das participantes do estudo.

Tabela 4 – Motivo de internação das participantes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n=564).

Motivo	Frequência	Percentual
Trabalho de Parto com Bolsa Íntegra	383	68,0
Trabalho de Parto com Bolsa Rota	85	15,0
Bolsa Rota	53	9,4
Pós-datismo	43	7,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A Tabela 5 apresenta os dados da admissão obstétrica das participantes do estudo.

Tabela 5 – Dados da admissão obstétrica das participantes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Variável	Frequência	Percentual
Cardiotocografia		
Sim	160	28,4
Não	404	71,6
Batimentos cardíofetais		
Normocardia (120 a 160 bpm)	561	99,5
Bradycardia (<120 bpm)	2	0,3
Taquicardia (>160 bpm)	1	0,2
Dinâmica uterina		
0 contrações uterinas / 10 minutos	53	9,4
1 contração uterina / 10 minutos	65	11,5
2 contrações uterinas / 10 minutos	189	33,5
3 contrações uterinas / 10 minutos	252	44,7
4 contrações uterinas / 10 minutos	5	0,9
Colo uterino		
Grosso	35	6,2
Médio	173	30,7
Fino	356	63,1
Dilatação do colo uterino		
0 cm	4	0,7
1 a 3 cm	111	19,7
4 a 6 cm	336	59,6
7 a 9 cm	113	20,0
Bolsa amniótica		
Bolsa Íntegra	426	75,5
Bolsa Rota	138	24,5
Líquido amniótico		
Claro	286	50,7
Meconial tinto	21	3,7
Não visualizado	257	45,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Em relação à caracterização dos recém-nascidos da amostra, a média de peso do nascimento foi de $3264,1 \pm 394,1$ gramas (2060 – 4625 gramas). A maior parte da amostra apresentou peso adequado (94,5%), enquanto 1,8% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso (<2500g) e 3,7% foram macrosômicos (>4000g).

6.2 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM PARTOS DE RISCO HABITUAL ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS

6.2.1 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO TRABALHO DE PARTO

A Tabela 6 apresenta as práticas assistenciais no trabalho de parto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas no HNSC.

Tabela 6 – Práticas assistenciais no trabalho de parto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564). (continua)

Variável	Frequência	Percentual
Presença de acompanhante		
Sim	547	97,0
Não	17	3,0
Número de toques vaginais		
1	84	14,9
2 a 3	321	56,9
4 a 5	139	24,6
6 a 7	20	3,6
Adequação do Número de toques vaginais em relação a duração do TP*		
Adequado	253	44,9
Inadequado	311	55,1
Partograma		
Sim	523	92,7
Não	41	7,3
Cardiotocografia		
Sim	201	35,6
Não	363	64,4
Duração da Cardiotocografia**		
Contínua	0	0
Intermitente	201	100
Início do trabalho de parto		
Espontâneo	490	86,9
Induzido	74	13,1
Indução do trabalho de parto***		
Misoprostol	16	2,8
Misoprostol e Ocitocina	13	2,3
Ocitocina	45	8,0

Amniotomia****		
Sim	9	2,1
Não	417	97,9
Tricotomia		
Sim	36	6,4
Não	528	93,6
Tonsura		
Sim	164	29,1
Não	400	70,9
Enteróclise/enema		
Sim	0	0
Não	564	100
Administração de supositório retal		
Sim	209	37,1
Não	355	62,9
Cateterização vesical		
Sim	8	1,4
Não	556	98,6
Cateterização venosa		
Sim	194	34,4
Não	370	65,6
Ocitocina intravenosa para correção de dinâmica uterina		
Sim	108	19,1
Não	456	80,9
Dieta líquida por via oral		
Sim	501	88,8
Não	63	11,2
Administração de agentes sistêmicos para alívio da dor		
Não utilizado	477	84,6
Hioscina e Dipirona	81	14,4
Meperidina	3	0,5
Dipirona	2	0,3
Hioscina, Dipirona e Meperidina	1	0,2
Analgesia peridural para alívio da dor		
Sim	40	7,1
Não	524	92,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Considerando um toque vaginal a cada quatro horas, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, até dilatação completa (OMS, 1996).

**Pacientes que realizaram cardiotocografia (n=201).

***Pacientes com indução do trabalho de parto (n=74).

****Pacientes que internaram com bolsa íntegra (n= 426).

Em relação à presença de acompanhante no trabalho de parto, 401 (71,1%) das parturientes foram acompanhadas pelo companheiro, 71 (12,6%) pela mãe e 75 (13,3%) por outro familiar de escolha da parturiente. Das 564 parturientes, 17 (3,0%) não desejaram ter acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

A Tabela 7 apresenta as tecnologias obstétricas não invasivas utilizadas pelas parturientes no trabalho de parto.

Tabela 7 – Tecnologias obstétricas não invasivas utilizadas pelas parturientes no trabalho de parto, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Tecnologias obstétricas não invasivas	Frequência*	Percentual
Banho de aspersão	563	99,8
Deambulação	545	96,6
Massagem terapêutica	400	70,9
Aromaterapia	294	52,1
Bola obstétrica	274	48,6
Mudança de posição	269	47,7
Rebozo	68	12,1
Escalda-pés	45	8,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

*Cada parturiente utilizou uma ou mais tecnologias.

As enfermeiras obstétricas aplicaram 2458 tecnologias obstétricas não invasivas nas 564 parturientes em estudo. A média de uso de tecnologias foi de $4,35 \pm 1,98$ tecnologias (1 – 8 tecnologias).

6.2.2 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO PARTO

A Tabela 8 apresenta as práticas assistenciais no parto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas no HNSC.

Tabela 8 – Práticas assistenciais no parto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Variável	Frequência	Percentual
Presença de acompanhante		
Sim	547	97,0
Não	17	3,0
Posição de parto no período expulsivo		
Semissentada	359	63,7
Litotômica	87	15,4
Decúbito lateral esquerdo	53	9,4
Cócoras	34	6,0
Quatro apoios	19	3,4
Decúbito lateral direito	12	2,1
Manobra de Kristeller		
Sim	0	0
Não	564	100
Episiotomia		
Sim	14	2,5
Não	550	97,5
Intervenções no pós-parto imediato		
Revisão de trajeto	564	100
Curetagem uterina	2	0,3
Curagem uterina e Curetagem uterina	2	0,3
Curagem uterina	1	0,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

6.2.3 PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO

A Tabela 9 descreve as práticas assistenciais na atenção ao recém-nascido em partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HNSC.

Tabela 9 – Práticas assistenciais na atenção ao recém-nascido em partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Variável	Frequência	Percentual
Clampeamento do cordão umbilical		
Clampeamento imediato ao nascimento	3	0,5
Clampeamento precoce	63	11,2
Clampeamento tardio	498	88,3
Contato pele a pele imediatamente após o nascimento		
Duração		
30 a 59 minutos	37	6,6
≥ 1 hora	527	93,4

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

6.3 DESFECHOS OBSTÉTRICOS

A Tabela 10 descreve os desfechos obstétricos das parturientes do estudo.

Tabela 10 – Desfechos obstétricos das parturientes do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Variável	Frequência	Percentual
Condições do Períneo		
Períneo íntegro	177	31,4
Laceração de 1º grau sem sutura	101	17,9
Laceração de 1º grau com sutura	181	32,1
Laceração de 2º grau com sutura	85	15,0
Laceração de 3º grau com sutura	6	1,1
Episiotomia	14	2,5
Complicações no trabalho de parto		
Ausência de complicações	544	96,5
Taquicardia fetal	11	1,9
Eliminação de mecônio	6	1,1
Bradycardia fetal	2	0,3
Hipertermia materna	1	0,2
Complicações no parto		
Ausência de complicações	551	97,7
Hipotonia uterina	5	0,95
Distócia de ombro	3	0,5
Retenção placentária	3	0,5
Prolapso de cordão	2	0,35
Complicações no pós-parto imediato		
Ausência de complicações	538	95,4
Hipotonia uterina	26	4,6
Necessidade de internação em UTI		
Sim	0	0
Não	564	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

6.4 DESFECHOS NEONATAIS

A Tabela 11 descreve os desfechos neonatais dos recém-nascidos do estudo.

Tabela 11 – Desfechos neonatais dos recém-nascidos do estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS, de 2013 a 2016 (n = 564).

Variável	Frequência	Percentual
Apgar no 1º minuto de vida		
≥ 7	550	97,5
< 7	14	2,5
Apgar no 5º minuto de vida		
≥ 7	563	99,8
< 7	1	0,2
Internação do RN em Unidade Neonatal		
Sim	25	4,4
Não	539	95,6
Motivo de internação do RN		
Taquipnéia transitória	6	1,1
Icterícia neonatal	5	0,9
Sífilis congênita	5	0,9
Sepse neonatal	3	0,5
Não registrado	6	1,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

6.5 COMPARAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO ANO DE 2013 (ANO DE INÍCIO DO MODELO COLABORATIVO NO HNSC) COM AS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS NO ANO DE 2016

A Tabela 12 apresenta a comparação das práticas assistenciais no trabalho de parto assistidos por enfermeiras obstétricas no HNSC nos anos de 2013 e 2016.

Tabela 12 – Comparação das práticas assistenciais no trabalho de parto em partos assistidos por enfermeiras obstétricas nos anos de 2013 e 2016, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS.

Variável	2013	2016	VP	Valor p
Presença de acompanhante	95,9%	98,9%	+3,1%	0,05*
Uso de Partograma	73,5%	98,3%	+33,7%	0,00 †
Cardiotocografia	38,8%	19,0%	-51,0%	0,00 †
Amniotomia	2,0%	2,8%	+40,0%	0,04 *
Tricotomia	10,2%	0,0%	-100%	0,00 †
Tonsura	38,8%	21,8%	-43,8%	0,01 †
Enema	0,0%	0,0%	0,0%	-
Supositório retal	59,2%	8,4%	-85,8%	0,00 †
Cateterização vesical	4,1%	1,1%	-73,1%	0,36*
Cateterização venosa	61,2%	25,1%	-58,9%	0,00 †
Uso de ocitocina	42,9%	12,8%	-70,2%	0,00 †
Dieta líquida por via oral	87,8%	98,3%	+11,9%	0,00 †
Banho de aspersão	100%	100%	0,0%	1,00†
Deambulação	98,0%	93,9%	-4,2%	0,07†
Massagem terapêutica	59,2%	79,9%	+34,9%	0,00 †
Aromaterapia	57,1%	56,4%	-1,2%	0,05†
Bola obstétrica	61,2%	47,5%	-22,4%	0,32†
Mudança de posição	4,1%	43,0%	+948,8%	0,00 †
Rebozo	6,1%	23,5%	+285,2%	0,00 †
Escalda-pés	20,4%	7,8%	-61,7%	0,00 †
Agentes sistêmicos p/ alívio da dor	28,6%	6,1%	-78,7%	0,00 *
Analgesia peridural	18,4%	5,6%	-69,6%	0,01 †

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

VP = Variação percentual. *Teste Exato de Fischer. †Teste Qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 13 apresenta a comparação das práticas assistenciais no parto em partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HNSC nos anos de 2013 e 2016.

Tabela 13 – Comparação das práticas assistenciais no parto em partos assistidos por enfermeiras obstétricas nos anos de 2013 e 2016, no estudo realizado no Centro Obstétrico do HNSC, Porto Alegre/RS.

Variável	2013	2016	VP	Valor p
Presença de acompanhante	95,9%	98,9%	+3,1%	0,05*
Posição Litotômica	34,7%	4,5%	-87,0%	0,00*
Posição Semissentada	65,3%	58,1%	-11,0%	0,00*
Posição de Cócoras	0,0%	12,3%	+100%	0,00*
Posição de Quatro apoios	0,0%	6,1%	+100%	0,00*
Posição lateral direita	0,0%	3,4%	+100%	0,00*
Posição lateral esquerda	0,0%	15,6%	+100%	0,00*
Manobra de Kristeller	0,0%	0,0%	0,0%	-
Episiotomia	6,1%	2,2%	-63,9%	0,36*
Clampeamento tardio do cordão umbilical	63,3%	88,3%	+39,5%	0,00†
Contato pele a pele imediatamente após o nascimento \geq 1 hora	71,4%	94,4%	+31,8%	0,00†

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

VP = Variação percentual.

*Teste Exato de Fischer.

†Teste Qui-quadrado de Pearson.

7 DISCUSSÃO

Serão discutidas neste tópico as práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas, as práticas assistenciais na atenção ao recém-nascido, os desfechos obstétricos, os desfechos neonatais e a comparação das práticas assistenciais realizadas nos anos de 2013 e 2016.

Os dados obtidos neste estudo evidenciaram que quase a totalidade das parturientes da amostra teve presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, o que se destaca positivamente em prol da humanização do parto e nascimento. Esta prática é preconizada pelo Ministério da Saúde desde 2005, através da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a qual assegura a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005b).

A Portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014, destaca que para ser considerado Hospital Amigo da Criança e estar habilitado no Cuidado Amigo da Mulher a instituição deve garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional (BRASIL, 2014).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal também reforçam que todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto (BRASIL, 2017a).

Uma recente revisão sistemática com 27 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 15.858 mulheres, evidenciou que as mulheres que tiveram apoio contínuo durante o processo de parturição eram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo, trabalho de parto com menor duração, menor chance de analgesia intraparto e menos propensas a ter uma cesariana ou parto vaginal instrumental, além de diminuir a insatisfação do processo de parto, cujas práticas contribuem para a redução do risco de morbimortalidade materna. No que se refere ao recém-nascido, observou-se que houve maior chance de obter índice de Apgar maior no 5º minuto de vida quando a mulher contou com acompanhante em sala de parto, considerando-se que ela, ao sofrer menos intervenções, poderá propiciar melhor vitalidade ao recém-nascido (BOHREN et al., 2017).

Dulfe et al. (2016) constataram que a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto esteve associada à maior realização de tecnologias do cuidado

como massagens e oferta de banhos, assim como ao uso de técnicas de respiração durante o momento do parto. As mulheres acompanhadas deambularam mais e tiveram maior liberdade de mudança de posição durante o processo parturitivo. No rol das intervenções obstétricas, houve importante associação na realização da Manobra de Kristeller e na administração endovenosa de ocitocina durante o trabalho de parto, sendo ambas utilizadas com menor frequência quando em presença do acompanhante. O acompanhante foi determinante ainda na forma como os profissionais de saúde se relacionaram com a parturiente, evidenciando-se preocupação da equipe em se identificar, dirigir-se à mulher pelo nome e fornecer orientações quanto aos procedimentos a serem realizados, como os motivos da infusão de ocitocina (DULFE et al., 2016).

No estudo supracitado a ocitocina endovenosa foi menos prescrita durante o trabalho de parto para as mulheres acompanhadas, indo ao encontro dos achados da literatura, que comprovam o estímulo aos níveis de ocitocina endógena provocado pela maior sensação de segurança e relaxamento, evocado a partir do acompanhamento intraparto por pessoa de livre escolha. Os efeitos deste hormônio foram comprovados a partir da observação de menor uso de analgesia intraparto, assim como do menor tempo de trabalho de parto vivenciado por tais mulheres (DULFE et al., 2016).

Além disso, de acordo com Diniz et al. (2014), a presença de acompanhante pode ser considerada um indicador de segurança, de qualidade do atendimento e de respeito pelos direitos das mulheres na assistência ao parto e nascimento.

A prática de presença de acompanhante no trabalho de parto e parto apresentou aumento percentual de 3,1% na amostra estudada quando comparado o ano de 2013 com o ano de 2016, estando limítrofe em relação à significância estatística.

Em relação ao número de toques vaginais realizados pelas enfermeiras obstétricas do presente estudo, comparando-se o número de toques vaginais realizados do horário de admissão hospitalar da parturiente até o horário de nascimento do recém-nascido foi constatado que em 44,9% das parturientes o número de toques vaginais foi considerado adequado, de acordo com a recomendação da OMS, a qual recomenda um toque vaginal a cada quatro horas, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, até dilatação completa (OMS, 1996).

No entanto, na maior parte das parturientes o número de toques vaginais foi considerado inadequado, pelo excesso de toques realizados no período de trabalho de parto, considerando a recomendação da OMS. Porém, deve-se levar em conta que as

mulheres podem ter sido submetidas a exames de toque vaginal por outros profissionais, além das enfermeiras obstétricas, por se tratar de um hospital de ensino, que recebe residentes e especializadas em enfermagem obstétrica.

Segundo o Ministério da Saúde, não foram encontradas evidências avaliando o impacto da frequência dos exames vaginais nos resultados maternos e perinatais, exceto diante da ruptura prematura de membranas, onde o número de exames vaginais está associado positivamente com a sepse neonatal (BRASIL, 2016a).

Os exames vaginais tornaram-se uma intervenção de rotina no trabalho de parto como meio de avaliar o progresso do trabalho de parto. Usado em intervalos regulares, sozinho ou como componente do partograma, o objetivo é avaliar se o trabalho de parto está progredindo fisiologicamente e fornecer um alerta precoce na presença de progresso lento. O progresso anormalmente lento pode ser um sinal de distócia do trabalho de parto, que está associada à morbidade e mortalidade materna e fetal, particularmente em países de baixa renda onde as intervenções apropriadas não podem ser acessadas facilmente (DOWNE et al., 2013).

O acompanhamento do trabalho de parto por meio do partograma ocorreu na maior parte da amostra, conforme é preconizado pela OMS (OMS, 1996). Comparando-se os anos de 2013 e 2016, houve um avanço nesta prática na amostra estudada, com aumento percentual de 33,7%.

Em um estudo realizado em uma maternidade de Minas Gerais com partos assistidos por enfermeiras obstétricas, o trabalho de parto foi acompanhado por meio do partograma em 77,4% das parturientes (SOUSA et al., 2016).

Já no Estudo Nascer no Brasil, realizado em maternidades brasileiras, o trabalho de parto de risco habitual foi acompanhado por meio do partograma em 44,2% das parturientes (LEAL et al., 2014).

De acordo com Neal e Lowe (2012) o partograma é uma ferramenta que permite que o progresso do trabalho de parto seja graficamente registrado e avaliado visualmente. Ele ajuda na detecção precoce do progresso anormal do trabalho de parto e o seu uso resulta em taxas decrescentes de trabalho de parto prolongado, uso de ocitocina, cesarianas e morbidade/mortalidade intraparto, o que proporciona maior segurança para a mãe e para o feto durante o trabalho de parto.

Uma recente revisão sistemática evidenciou que o partograma pode contribuir para redução do trabalho de parto e para melhora nos resultados maternos e neonatais, incluindo redução da taxa de cesarianas e de admissão em unidade neonatal.

Além disso, os autores constataram que com a utilização do partograma são realizados menos exames vaginais (BEDWELL et al., 2017).

A cardiocografia (CTG) no trabalho de parto foi utilizada de maneira parcimoniosa, apenas em parturientes com indicação obstétrica de avaliação do bem-estar fetal, como presença de bolsa rota, presença de sangramento vaginal, gestação prolongada (≥ 41 semanas), histórico de cesárea prévia, bradicardia ou taquicardia fetal na ausculta intermitente de batimentos cardíofetais (BCF). Além disso, de acordo com os registros em prontuário, na maior parte da amostra quando a CTG foi necessária, ela não foi realizada de maneira contínua, permitindo a deambulação e a mudança de posição da parturiente.

O Ministério da Saúde recomenda que a avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada com ausculta intermitente de BCF, sem necessidade de realização de CTG de rotina (BRASIL, 2016a).

Conforme o Ministério da Saúde, a ausculta intermitente com estetoscópio de Pinard ou sonnar Doppler é tão segura quanto a CTG contínua para avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco. A CTG aumenta a incidência de intervenções tais como parto instrumental e cesariana, sem impacto positivo nos indicadores de morbidade e mortalidade perinatal (BRASIL, 2016a).

De acordo com Alfirevic et al. (2017), a cardiocografia registra alterações na frequência cardíaca fetal e sua relação temporal com as contrações uterinas. O objetivo é identificar os fetos que podem estar sem oxigênio (hipóxicos) para orientar avaliações adicionais do bem-estar fetal ou determinar se o nascimento precisa ser promovido com urgência por cesariana ou parto instrumental.

Uma revisão sistemática, incluindo 13 ensaios clínicos randomizados, envolvendo mais de 37 mil mulheres, mostrou que quando comparado com a ausculta intermitente de BCF, a cardiocografia contínua não mostrou melhora significativa na taxa de mortalidade perinatal. Não houve diferença nas taxas de paralisia cerebral em ambos os grupos. Os autores constataram que houve aumento de cesarianas e partos vaginais instrumentais associados a CTG contínua, sugerindo que a ausculta intermitente de BCF é uma conduta segura, que pode prevenir intervenções desnecessárias no trabalho de parto quando comparada a CTG contínua (ALFIREVIC et al., 2017).

Em relação à realização de cardiocografia na amostra estudada, quando comparado o ano de 2013 com o ano de 2016, houve uma redução percentual de 51%

desta prática, o que expressa que é uma intervenção utilizada de maneira criteriosa, conforme recomendação da OMS.

A taxa de parto vaginal espontâneo foi elevada neste estudo. A indução do trabalho de parto foi realizada em 13,1% das parturientes, com uso de ocitocina, misoprostol ou com uso combinado de misoprostol e ocitocina, conforme avaliação e prescrição médica.

A indução do trabalho de parto é realizada com ocitocina no caso de o colo do útero ser favorável (escore de Bishop ≥ 6), e quando o colo do útero é considerado desfavorável (escore de Bishop < 6), é indicado o uso de misoprostol 25 mcg via vaginal para amadurecer o colo do útero, a fim de iniciar as contrações uterinas (ACHARYA et al., 2017).

De acordo com Cabrera e Hernández (2017), o uso de misoprostol vaginal em doses de 25 mcg, durante a indução do trabalho de parto, favorece a remodelação cervical, diminui a fibra de colágeno, provoca a maturação cervical e conseqüentemente, favorece a redução do trabalho de parto, bem como a redução da necessidade de uso de ocitocina, de realização de cesariana e de morbidade fetal e neonatal.

Um estudo que comparou os resultados maternos e neonatais com o uso da ocitocina e com o uso do misoprostol na indução do trabalho de parto evidenciou que o início da ação da ocitocina é mais rápido que o misoprostol, porém a taxa de parto vaginal foi maior no grupo que realizou a indução do trabalho de parto com misoprostol, com taxas mais elevadas de cesariana no grupo com uso de ocitocina. Neste estudo as evidências encontradas indicam que tanto o misoprostol quanto a ocitocina foram associados a complicações. A morbidade materna resultante do uso do misoprostol foi náuseas/vômitos, diarreia, dor de cabeça, febre e hemorragia pós-parto, enquanto que com a ocitocina foi observado hiperestimulação uterina e taquisistolia. Quanto aos resultados neonatais, houve maior necessidade de reanimação neonatal, mais presença de líquido amniótico meconial e maior necessidade de internação em unidade neonatal nos recém-nascidos cujos partos foram induzidos com misoprostol (ACHARYA et al., 2017).

No presente estudo não houve complicações maternas e neonatais relacionadas à indução do trabalho de parto com misoprostol ou com ocitocina e todas as parturientes tiveram como desfecho o parto vaginal, sem indicações de cesariana.

A amniotomia no trabalho de parto foi realizada em 2,1% das parturientes, não sendo, assim, uma prática utilizada de maneira rotineira pelas enfermeiras obstétricas do HNSC. Contudo, houve incremento de 40%, quando comparado o ano de 2013 com 2016, porém o percentual ainda permaneceu baixo no último ano estudado, endossando o fato de não ser realizado de forma rotineira.

A amniotomia é classificada pela OMS como uma prática sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela (OMS, 1996).

O Ministério da Saúde recomenda que a amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem (BRASIL, 2017a).

No Estudo Nascer no Brasil a amniotomia ocorreu em 40,7% das parturientes de risco habitual e aumentou a necessidade de outras intervenções no trabalho de parto, como o uso de ocitocina, a analgesia epidural e a episiotomia (LEAL et al., 2014).

Outros estudos realizados em maternidades brasileiras apresentaram frequências de amniotomia de 27,3% (REIS et al., 2016) e 67,1% (SOUSA et al., 2016).

Vadivelu et al. (2017), compararam 144 parturientes que realizaram amniotomia no trabalho de parto com 144 parturientes com manejo conservador em um estudo controlado randomizado realizado na Índia, e verificaram que a amniotomia foi associada a uma menor duração do trabalho de parto em comparação com o manejo conservador em parturientes com gravidez única e com trabalho de parto espontâneo.

Em relação à prática de realização de tricotomia e de tonsura, ambas foram prescritas pelo médico obstetra e não estão diretamente relacionadas com a assistência ofertada pelas enfermeiras obstétricas, porém geram repercussões no processo de parturição.

De acordo com a recomendação do Ministério da Saúde a tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto (BRASIL, 2017a).

A tricotomia é um procedimento comumente utilizado de maneira rotineira, realizado com o intuito de diminuir os índices de infecção e facilitar a sutura perineal em caso de laceração ou episiotomia. As evidências apontam que a tricotomia de rotina no trabalho de parto não apresenta benefícios clínicos significativos, além de apresentar danos potenciais (BRASIL, 2016a).

Estudos realizados em maternidades brasileiras revelaram altos índices de prática rotineira de tricotomia, variando de 14,7% (MELO et al., 2017) a 69,6% (BUSANELLO et al., 2011).

Devido às desvantagens do uso rotineiro da tricotomia, algumas instituições de atenção ao parto eliminaram o uso rotineiro da tricotomia – como o Centro Obstétrico da instituição em estudo – e estão utilizando outro método, quando necessário, denominado de tonsura, que consiste no aparamento dos pelos pubianos através de tesoura. Em relação a esse método não foram encontradas evidências científicas na literatura nacional e internacional sobre o seu uso no trabalho de parto.

Sobre o uso da tricotomia, houve um decréscimo percentual de 100% na comparação dos anos de 2013 e 2016, com eliminação desta prática no ano de 2016. A prática de tonsura apresentou diminuição percentual de 43,8% no período estudado.

O enema não foi realizado em nenhuma participante deste estudo, estando em conformidade com a recomendação do Ministério da Saúde, que recomenda que o enema não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto (BRASIL, 2017a).

O enema de rotina no início do trabalho de parto ainda é uma prática comum em muitas maternidades brasileiras, com a alegação de que o mesmo traria benefícios tais como: a aceleração do trabalho de parto, a diminuição da contaminação do períneo e conseqüentemente a redução dos índices de infecção materna e neonatal. Por outro lado, a sua realização pode provocar desconforto para a mulher, além da contaminação da região perineal com fezes líquidas (BRASIL, 2016a).

Em contrapartida, a administração de supositório retal foi realizada em 37,1% das parturientes deste estudo, de acordo com a prescrição médica. Não foram encontradas evidências científicas na literatura nacional e internacional sobre o uso de supositório retal no trabalho de parto.

Comparando-se a administração de supositório retal nos anos de 2013 e 2016, foi constatado uma redução percentual de 85,8% nesta prática, a qual é considerada altamente invasiva e sem comprovação científica de seus benefícios.

A cateterização vesical foi realizada em uma pequena parcela das parturientes, com a finalidade de esvaziamento vesical e conseqüente decompressão uterina durante o trabalho de parto e parto. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde não estabelecem recomendações em relação a esta prática. Em geral, nos estudos publicados que investigaram as práticas assistenciais no trabalho de parto a

frequência de realização de cateterização vesical não foi descrita e discutida, não sendo possível estabelecer comparações.

Na comparação entre os anos estudados, houve um decréscimo de 73,1% na utilização da cateterização vesical, a qual manteve-se como uma intervenção utilizada de maneira seletiva.

A cateterização venosa foi realizada em 34,4% das parturientes deste estudo, com o objetivo de administração de agentes sistêmicos para alívio da dor, administração de antibiótico profilático na presença de *Streptococcus* do Grupo B (GBS) positivo, infusão de ocitocina e realização de analgesia peridural.

Estudos realizados em maternidades brasileiras registraram frequências elevadas de cateterização venosa no trabalho de parto, variando entre 54% (MELO et al., 2017) e 73,8% (LEAL et al., 2014).

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal não traz recomendações em relação a cateterização venosa no trabalho de parto e parto (BRASIL, 2016a). No entanto, a Organização Mundial da Saúde não recomenda o uso rotineiro de cateterização venosa, sendo esta prática considerada prejudicial (OMS, 1996).

A cateterização venosa apresentou uma redução percentual de 58,9% na comparação entre os anos de 2013 e 2016, o que é positivo em prol da redução das intervenções na assistência ao parto.

A ocitocina intravenosa para correção de dinâmica uterina foi utilizada em uma pequena parcela das parturientes deste estudo. Esta prática, quando comparada nos anos de 2013 e 2016, apresentou um decréscimo importante no seu uso (70,2%), o que representa maior respeito à fisiologia do parto.

Em estudos realizados em maternidades brasileiras, a infusão de ocitocina foi mais elevada em comparação com os dados obtidos no presente estudo, com frequências de 49,6% (REIS et al., 2016), 41,7% (SOUSA et al., 2016), 38,2% (LEAL et al., 2014) e 27,6% (MEDEIROS et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a) a administração intravenosa de ocitocina não deve ser realizada de forma rotineira, sendo necessária avaliação rigorosa para sua indicação.

A dieta líquida por via oral foi administrada para a maior parte das parturientes deste estudo. Os líquidos mais comumente ofertados durante o trabalho de parto foram água, chá, suco e gelatina.

Em estudos realizados em maternidades brasileiras, a administração de dieta líquida por via oral durante o trabalho de parto foi inferior ao achado deste estudo, com frequências de 25,6% (LEAL et al., 2014), 26,7% (MELO et al., 2017) e 54,6% (SOUSA et al., 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde, a prática ainda comum nas maternidades brasileiras de se proibir a ingestão de alimentos líquidos ou sólidos no trabalho de parto se deve ao medo de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia. O risco entretanto, está associado à anestesia geral, que é raramente praticada, principalmente em ambientes de baixo risco. Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer conforto e bem-estar, em vários locais permite-se a ingestão de alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto (BRASIL, 2016a).

Uma revisão sistemática que incluiu cinco estudos envolvendo 3.130 mulheres, concluiu que não existe justificativa para a restrição de líquidos ou alimentos no trabalho de parto em mulheres com baixo risco de complicações (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

Uma investigação publicada recentemente evidenciou que as mulheres saudáveis têm um risco extremamente baixo de aspiração durante o parto e nascimento, incluindo o parto cirúrgico, o que respalda a prática de administração de dieta por via oral durante o trabalho de parto. Além dos inúmeros benefícios da dieta por via oral no trabalho de parto, como reposição das necessidades energéticas, prevenção de cetose, hiponatremia e estresse materno (TILLET; HILL, 2016).

A administração de dieta por via oral na amostra estudada apresentou um aumento percentual de 11,9% entre os anos de 2013 e 2016, constituindo um avanço na assistência ao parto na instituição em estudo.

Em relação ao uso de agentes sistêmicos para alívio da dor, a maioria das parturientes não utilizou medicamentos para alívio da dor. Para uma pequena parcela das parturientes foi prescrito e administrado a associação de Hioscina e Dipirona, a associação de Hioscina, Dipirona e Meperidina ou o uso isolado de Dipirona ou Meperidina.

Apesar de ter sido um recurso farmacológico de alívio à dor utilizado na amostra em estudo, não foram encontradas publicações na literatura nacional e internacional sobre a associação de Hioscina e Dipirona para esta finalidade no trabalho de parto, assim como não foram encontrados estudos acerca do uso de Dipirona

isoladamente no trabalho de parto. Em relação ao uso de Hioscina para alívio da dor no trabalho de parto foram encontrados dois estudos.

Kirim et al. (2015) a partir de um ensaio clínico randomizado, duplo-cego, controlado, com mulheres saudáveis primigestas e multigestas em trabalho de parto espontâneo a termo, que receberam Hioscina versus mulheres saudáveis primigestas e multigestas que receberam solução salina (grupo placebo), concluíram que a Hioscina é efetiva para o alívio da dor no trabalho de parto e contribui para o progresso do primeiro estágio do trabalho de parto, com aumento da dilatação cervical.

Outro ensaio clínico randomizado que avaliou 188 mulheres multíparas em trabalho de parto, divididas em dois grupos – 94 mulheres que receberam Hioscina e 94 mulheres que receberam solução salina –, verificou que além do alívio da dor no trabalho de parto, a duração do primeiro estágio do trabalho de parto foi mais curta, com maior taxa de dilatação cervical, no grupo que recebeu Hioscina, sem efeitos adversos na mãe ou no feto (SEKHAVAT et al., 2012).

A Meperidina, segundo o Ministério da Saúde, é o agente historicamente mais utilizado na assistência ao parto, sendo que os seus efeitos adversos incluem náuseas, vômitos e tonturas, além de estar associada a necessidade de maior uso de ocitocina e significativa interferência nos desfechos neonatais, como Apgar < 7 no primeiro minuto de vida e presença de depressão respiratória no recém-nascido (BRASIL, 2016a). No presente estudo a Meperidina foi utilizada apenas em quatro parturientes (em três de forma isolada e em uma, associada a outras medicações) e não esteve relacionada a desfechos neonatais adversos.

Na comparação entre os anos de 2013 e 2016 houve um decréscimo percentual de 78,7% no uso de agentes sistêmicos para alívio da dor, o que permitiu recorrer ao maior uso de tecnologias obstétricas não invasivas.

A analgesia peridural foi realizada em uma pequena parcela das parturientes deste estudo, não sendo utilizada de maneira rotineira, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996).

Em um estudo realizado em maternidades de Minas Gerais com inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, 14% das mulheres tiveram analgesia peridural no parto (SOUSA et al., 2016).

No Estudo Nascer no Brasil, a analgesia peridural foi realizada em 31,5% das parturientes de risco habitual no país (LEAL et al., 2014).

Segundo o Ministério da Saúde, a analgesia peridural é eficaz na redução da dor e está associada a prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto, assim como elevação da taxa de parto instrumental. Em geral, não prolonga o primeiro estágio do parto, embora esteja associada à maior necessidade de uso de ocitocina (BRASIL, 2016a).

De acordo com Piedrahíta-Gutiérrez et al. (2016) a analgesia obstétrica aumenta a duração do período expulsivo e pode aumentar a taxa de cesariana e parto instrumental. No entanto, não está associada a desfechos maternos ou perinatais adversos, motivo pelo qual o seu uso é justificado no trabalho de parto.

Houve uma diminuição percentual de aproximadamente 70% na prática de analgesia peridural no comparativo dos anos de 2013 e 2016, o que se destaca positivamente, no sentido de que outros métodos não invasivos foram utilizados, evitando-se o uso de intervenções com maior potencial de complicações.

Durante o trabalho de parto as enfermeiras obstétricas utilizaram tecnologias obstétricas não invasivas nas parturientes, com frequências elevadas das práticas de banho de aspersão, deambulação, massagem terapêutica, aromaterapia, bola obstétrica e mudança de posição. Já o rebozo e o escalda-pés foram utilizados por uma pequena parcela da amostra estudada.

As evidências científicas disponíveis acerca das tecnologias obstétricas não invasivas são limitadas, com poucos estudos publicados sobre cada uma das práticas no contexto nacional e internacional.

O banho quente de aspersão ou hidroterapia constitui um método não farmacológico que utiliza água quente a 37°C como objeto terapêutico, oferecendo benefícios diversos durante o trabalho de parto, como maior tolerância à dor, redução do estresse, regulação do padrão das contrações uterinas e satisfação com o processo da parturição, por meio de maior autonomia da mulher sobre suas escolhas e também a possibilidade da participação ativa do acompanhante (HENRIQUE et al., 2016).

O banho de aspersão foi utilizado pela totalidade da amostra nos anos de 2013 e 2016, constituindo um importante método terapêutico no trabalho de parto.

A deambulação, segundo Mafetoni e Shimo (2014), é atribuída a diminuição da sensação dolorosa e está relacionada ao aumento da progressão do trabalho de parto, uma vez que com a deambulação o útero contrai-se de maneira mais eficaz, fazendo com que a dor seja menor, o fluxo sanguíneo placentário seja maior e o trabalho de parto seja mais curto.

A deambulação foi utilizada pela maior parte da amostra, porém houve um decréscimo percentual de 4,2% nessa prática comparando-se os anos de 2013 e 2016, sem significância estatística.

A massagem terapêutica, de acordo com Bolbol-Haghighi, Masoumi e Kazemi (2016), é uma técnica antiga que é amplamente utilizada no parto e pode diminuir a dor do parto, reduzindo a liberação de adrenalina e noradrenalina e aumentando as endorfinas e a liberação de ocitocina, com aumento das contrações uterinas e redução da duração do primeiro estágio do trabalho de parto.

Em comparação nos anos de 2013 e 2016, a massagem terapêutica apresentou um aumento percentual significativo (34,9%), constituindo-se em uma importante técnica para o alívio da dor no trabalho de parto na amostra estudada.

Já a aromaterapia constitui um método utilizado para alívio da dor no trabalho de parto, assim como para relaxamento ou estímulo das contrações uterinas, de acordo com a combinação de aromas utilizado. Segundo Osório, Silva Júnior e Nicolau (2014) esse método não interfere na duração do trabalho de parto, assim como no número de admissões de recém-nascidos em UTI neonatal. Além da redução na percepção da dor, a aromaterapia também reduz a ansiedade e o medo durante o trabalho de parto.

A aromaterapia foi utilizada por grande parte da amostra e apresentou uma discreta diminuição percentual (1,2%) na comparação entre os anos de 2013 e 2016, com significância estatística limítrofe.

De acordo com Henrique et al. (2016), o uso da bola para realização de exercícios perineais durante o trabalho de parto é uma estratégia na prática obstétrica para promoção do conforto e alívio da dor, progressão do trabalho de parto e favorecimento da posição vertical. Esta intervenção propicia menor uso de medicalização e de cesariana. Os benefícios relacionados ao uso da bola consistem na redução do desconforto materno, facilitação da circulação uterina, aumentando a intensidade das contrações, o que pode diminuir a duração do tempo do trabalho de parto, facilitando a progressão fetal no canal do parto, como também reduzindo a possibilidade de ocorrência de trauma perineal e necessidade de episiotomia.

Em comparação nos anos de 2013 e 2016, houve uma redução percentual (22,4%) no uso da bola obstétrica no trabalho de parto, porém, não estatisticamente significativa.

Em relação à mudança de posição, houve um aumento percentual expressivo (948,8%) nessa prática, tendo em vista que no ano de 2013 essa tecnologia foi utilizada por uma pequena parcela das parturientes e no ano de 2016 foi utilizada por quase a metade da amostra estudada.

O rebozo, de acordo com Iversen et al. (2017), é uma técnica não invasiva, originária da América Latina, realizada enquanto a mulher está de pé, deitada ou em posição de quatro apoios. Envolve movimentos suavemente controlados dos quadris da mulher de um lado para o outro, usando um tecido, para proporcionar alívio da dor e auxiliar no posicionamento do feto. É realizado pela enfermeira obstétrica ou outro profissional de apoio técnico durante o trabalho de parto.

A técnica do rebozo apresentou um acréscimo percentual expressivo (285,2%) na comparação entre os anos de 2013 e 2016.

Outra técnica utilizada é o escalda-pés, que consiste na imersão dos pés em infusão de água morna, ervas medicinais, sais aromáticos e flores. O escalda-pés é utilizado em parturientes para relaxamento, alívio da dor e estímulo para início das contrações uterinas (BORGES; MADEIRA; AZEVEDO, 2011).

O escalda-pés foi utilizado por uma pequena parcela das parturientes do estudo e apresentou redução percentual (61,7%) comparando-se os anos de 2013 e 2016.

Em relação às práticas assistenciais das enfermeiras obstétricas no parto, a presença de acompanhante foi predominante na maioria da amostra, mantendo a significância estatística limítrofe, assim como durante o trabalho de parto, com benefícios já discutidos anteriormente.

A posição de parto predominante adotada no período expulsivo foi a semissentada, seguida da posição litotômica, do decúbito lateral esquerdo, da posição de cócoras, da posição de quatro apoios e do decúbito lateral direito.

Em um estudo publicado recentemente, realizado em uma maternidade do estado do Ceará, as frequências de posições de parto no período expulsivo foram semelhantes aos achados deste estudo: posição semissentada (60,7%), litotômica (19,7%), decúbito lateral (0,7%), cócoras (0,6%) e posição não registrada (18,3%), sendo que a posição de parto foi de livre escolha da parturiente, assim como no presente estudo (MELO et al., 2017).

As posições verticais foram predominantes nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HNSC (73,1%), achado semelhante ao estudo realizado em

uma maternidade do Rio de Janeiro, com 74,8% de posições verticais em partos assistidos por enfermeiras obstétricas (REIS et al., 2016).

Uma recente revisão sistemática com 30 ensaios clínicos randomizados, envolvendo 9015 mulheres, verificou que as posições verticais no período expulsivo resultam em redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto, redução das taxas de episiotomia e de parto instrumental. No entanto, esta revisão concluiu que pode haver risco de perda sanguínea superior a 500 ml e risco aumentado de lacerações perineais espontâneas de 2º grau nas posições verticais, as quais, porém, têm melhor resolução quando comparadas a episiotomia (GUPTA et al, 2017).

A posição de parto no período expulsivo deve ser de escolha da parturiente, conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a). Porém, como se observou no presente estudo, uma parcela importante das parturientes (26,9%) adotou posições horizontais, as quais devem ser desencorajadas, tendo em vista as suas desvantagens, que incluem maior necessidade de uso de ocitocina, episiotomia e parto instrumental, além da redução do fluxo sanguíneo placentário, com maior risco de sofrimento fetal (GUPTA et al, 2017).

Em relação à posição adotada pelas parturientes no período expulsivo, em comparação com os anos de 2013 e 2016, houve um decréscimo percentual importante (87%) na posição litotômica, uma discreta diminuição percentual (11%) na posição semissentada e um aumento percentual expressivo de 100% nas posições de cócoras, de quatro apoios, lateral direita e lateral esquerda, o que denota a predominância de adoção de posições verticais no parto no último ano analisado.

A manobra de Kristeller não foi realizada nas parturientes deste estudo, estando em conformidade com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a), que contraindicam esta prática na assistência ao parto.

De acordo com Hofmeyr et al. (2017), a manobra de Kristeller consiste em uma pressão exercida sobre o fundo uterino no segundo estágio do parto, na tentativa de auxiliar o nascimento vaginal espontâneo e evitar o segundo estágio prolongado ou a necessidade de parto operatório. Essa revisão sistemática, que incluiu cinco ensaios clínicos randomizados, com 3057 mulheres, concluiu que não existem evidências suficientes sobre os efeitos da manobra de Kristeller e as repercussões materno-fetais, não sendo recomendado o seu uso rotineiro.

Segundo o Ministério da Saúde, não existem provas do benefício da manobra de Kristeller realizada no segundo estágio do parto e, além disso, existem algumas evidências, ainda que escassas, de que tal manobra constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal (BRASIL, 2016a).

A episiotomia foi realizada em 2,5% das parturientes, sendo portanto utilizada de maneira seletiva, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a). A OMS sugere uma taxa ideal de episiotomia aproximadamente de 10% para os serviços de atenção ao parto (OMS, 1996).

Em um estudo realizado em maternidades do Rio de Janeiro, com atuação de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto, foi registrada a ocorrência de 4,0% de episiotomia (VARGENS; SILVA; PROGIANTI, 2017). Porém, a frequência de ocorrência desta prática é variável em maternidades brasileiras: 8,4% (SOUSA et al., 2016), 8,8% (MEDEIROS et al., 2016), 15,5% (REIS et al., 2016), 56,1% (LEAL et al., 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde há evidências de alto nível de que o uso rotineiro de episiotomia não apresenta benefícios para as parturientes, a curto ou a longo prazo, em comparação com o uso seletivo da episiotomia (BRASIL, 2016a).

Segundo Corrêa Júnior e Passini Júnior (2016), os fatores de risco mais frequentes para realização de episiotomia são a primiparidade, peso fetal superior a 4 kg, segundo estágio do parto prolongado, parto operatório, distocia de ombro e sofrimento fetal. Os riscos associados à episiotomia incluem edema, dor, infecção, hematoma e dispareunia. Esses autores concluíram através de uma revisão sistemática que a episiotomia seletiva reduz o risco de lacerações perineais graves comparativamente à realização de episiotomia rotineira.

Em relação à prática de episiotomia na amostra estudada, no comparativo entre os anos de 2013 e 2016, houve uma redução percentual importante dessa prática (63,9%), porém sem significância estatística.

As intervenções no pós-parto imediato consistiram na revisão de trajeto – a qual foi realizada na totalidade dos partos – e a curetagem uterina e a curagem uterina, que foram realizadas em uma pequena parcela da amostra.

A revisão de trajeto tem o objetivo de verificar a presença de laceração em todo o trajeto (vulva, vagina, colo uterino), que pode ser fonte de sangramento significativo (SES-MG, 2011).

A curagem uterina é definida como o esvaziamento manual do conteúdo intrauterino, realizada com a introdução dos dedos indicador e médio envolvidos em uma gaze ou compressa, por meio do colo uterino, procurando remover restos placentários, material ovular ou coágulos (INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA, 2010).

A curetagem uterina no pós-parto é um procedimento invasivo utilizando uma cureta metálica ou uma cânula de aspiração para esvaziamento do conteúdo uterino. Utiliza-se a curetagem uterina por razões diagnósticas ou terapêuticas. Durante o terceiro estágio do parto, após a dequitação da placenta, faz parte da rotina inspecionar a integridade dos cotilédones e das membranas placentares. Se, durante esse exame clínico, o profissional de saúde que realiza o parto, achar que não existe integridade das membranas que envolvem a placenta esse caso é classificado como “suspeita de retenção de membranas corioamnióticas”, sendo indicada a realização de curetagem. São também indicações para esvaziamento uterino quadros clínicos como: retenção placentária; dequitação incompleta; hemorragia aumentada no pós-parto associada a retenção de produtos de concepção ou infecção uterina puerperal associada a retenção de produtos da concepção (ALVES et al., 2011).

Em relação às práticas assistenciais na atenção ao recém-nascido, o clampeamento tardio do cordão umbilical foi realizado na maior parte da amostra.

O clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado de um a três minutos após o nascimento ou até cessadas as pulsações do cordão umbilical) é recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido (WHO, 2014).

Conforme a Organização Mundial da Saúde, clampear o cordão umbilical aproximadamente 3 minutos após o nascimento ou até que as pulsações do cordão cessem, permite uma transferência fisiológica de sangue placentário para o recém-nascido, cujo processo é denominado "transfusão placentária", a qual fornece reservas de ferro suficientes para os primeiros 6 a 8 meses de vida, prevenindo ou atrasando o desenvolvimento da deficiência de ferro até que outras intervenções - como o uso de alimentos fortificados em ferro - possam ser implementadas (WHO, 2014).

Kc et al. (2017), através de um ensaio clínico randomizado com 540 recém-nascidos, evidenciaram que o clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia aos 8 e 12 meses de idade, com efeitos positivos na saúde e no desenvolvimento dos bebês.

O clampeamento tardio do cordão umbilical também proporciona benefícios maternos, como a prevenção da hemorragia pós-parto (WHO, 2014).

Em comparação com os anos de 2013 e 2016, houve um acréscimo percentual de praticamente 40% na realização de clampeamento tardio do cordão umbilical, o que poderá repercutir em benefícios maternos e neonatais, e denota que o cuidado ao recém-nascido está sendo direcionado às melhores práticas de acordo com as evidências disponíveis.

Todos os recém-nascidos da amostra estudada realizaram contato pele a pele (CPP) imediatamente após o nascimento. O CPP com duração de uma hora ou mais ocorreu em 93,4% dos recém-nascidos. Os demais recém-nascidos realizaram CPP entre 30 e 59 minutos.

Moore et al. (2016), através de uma revisão sistemática com 38 ensaios clínicos randomizados, com 3472 mulheres e bebês, concluíram que as mulheres que realizaram CPP foram mais propensas a amamentar exclusivamente da alta hospitalar até seis meses após o nascimento. Os bebês que realizaram CPP tiveram maior probabilidade de aleitamento materno na primeira hora de vida. Além disso, apresentaram escores mais elevados de estabilidade do sistema cardiorrespiratório e maiores níveis de glicose no sangue, quando comparado aos bebês que não realizaram CPP. Não houve diferença estatisticamente significativa dos resultados na comparação da duração do CPP (menos de 60 minutos versus 60 minutos ou mais) na amostra estudada.

Um estudo de coorte com 7548 mulheres verificou que o contato pele a pele e a amamentação imediatamente após o parto são eficazes na prevenção da hemorragia pós-parto, através da liberação endógena de ocitocina. Nesse estudo as mulheres que não realizaram CPP e amamentação pós-parto foram duas vezes mais propensas a ter hemorragia pós-parto (SAXTON et al., 2015).

Em estudos realizados em maternidades brasileiras o contato pele a pele foi realizado em 57% dos nascimentos (MELO et al., 2017) e em 73,1% dos nascimentos (MEDEIROS et al., 2016).

Na amostra estudada, comparando-se os anos de 2013 e 2016, houve um avanço na prática da realização de contato pele a pele por uma hora ou mais, com aumento percentual de 31,8%, cuja prática é reconhecida como benéfica para as mães e os recém-nascidos.

Em relação aos desfechos obstétricos das parturientes da amostra estudada, as condições do períneo após o período expulsivo caracterizaram-se por uma parcela de 31,4% de parturientes com períneo íntegro, 2,5% com episiotomia e as demais com lacerações perineais espontâneas de diferentes graus.

Segundo Caroci et al. (2014), as lacerações perineais espontâneas de 1º grau atingem apenas a pele ou a mucosa; nas lacerações de 2º grau, feixes musculares também sofrem alguma solução de continuidade. Quando a laceração atinge o esfíncter anal, é considerada de 3º grau e caso haja lesão envolvendo a mucosa retal, é considerada laceração de 4º grau. No presente estudo nenhuma parturiente apresentou laceração perineal espontânea de 4º grau.

No Brasil, a cada ano, aproximadamente 1,5 milhões de mulheres têm parto vaginal e a maioria delas sofre algum tipo de trauma perineal, seja por episiotomia ou lacerações espontâneas, estando sujeitas à morbidade associada a este trauma. Considerando os problemas em curto prazo (perda sanguínea, necessidade de sutura e dor perineal) e em longo prazo (disfunções intestinais, urinárias e sexuais), associados ao trauma perineal no parto, sua redução é uma prioridade para as mulheres e os profissionais que as assistem (RIESCO et al, 2011).

De acordo com Santos e Riesco (2017), a promoção da integridade perineal no parto tem impacto contra as principais morbidades decorrentes, especialmente, sangramento, dor, infecção, deiscência e dispareunia. Outras possíveis consequências que podem ser evitadas são equimose, hematoma, fístula retal, incontinência urinária e anal. Aspectos como sofrimento psíquico, prejuízos na amamentação, experiência negativa no parto e futura insatisfação sexual da mulher e do parceiro podem ser minimizados, promovendo-se a integridade perineal no parto.

No presente estudo não foram caracterizados os métodos de proteção perineal utilizados pelas enfermeiras obstétricas no período expulsivo, tendo em vista que esse dado não estava registrado nos prontuários das parturientes, constituindo-se portanto uma limitação do estudo.

Quase a totalidade das parturientes não apresentou complicações no trabalho de parto. Somente 3,5% das mulheres teve alguma complicação neste período relacionadas às condições fetais (taquicardia ou bradicardia fetal, eliminação de mecônio) e um caso relativo à mulher (quadro de hipertermia).

A taquicardia fetal e a bradicardia fetal são alterações da frequência cardíaca fetal que ocorrem frequentemente no trabalho de parto e exigem atenção do profissional

que acompanha o trabalho de parto, pois são alterações que podem indicar sofrimento fetal agudo, sendo necessária a monitorização eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal para avaliação adequada e conduta (BRASIL, 2016a).

A eliminação de mecônio, de acordo com o Ministério da Saúde, é considerada um sinal de alerta pela maioria dos profissionais que assistem partos. Ainda é controverso a sua valorização e qual o melhor manejo a ser oferecido diante da eliminação de mecônio antes ou durante o trabalho de parto. A monitorização eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal (CTG), se disponível, deve ser utilizada para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto. Em relação ao uso da CTG, quando comparada com a ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal diante da eliminação de mecônio, as evidências não apontam diferenças na mortalidade e morbidade perinatal, demonstrando um aumento nas intervenções como cesariana e parto vaginal instrumental e uma redução na admissão de recém-nascidos em UTI (BRASIL, 2016a).

A hipertermia ocorreu em apenas uma parturiente durante o trabalho de parto, a qual não apresentava fatores de risco associados ao desenvolvimento de hipertermia. Esta é uma intercorrência pouco frequente no trabalho de parto e de acordo com Acharya et al. (2017), pode estar associada ao uso de misoprostol na indução do trabalho de parto, tendo em vista que a hipertermia materna é um dos efeitos adversos do uso de misoprostol.

Não foram encontrados na literatura nacional e internacional estudos com a frequência de complicações no trabalho de parto em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas, para comparação aos achados do presente estudo.

Referente às complicações no parto, cerca de 98% das mulheres não apresentaram complicações. A hipotonia uterina, a distocia de ombro, a retenção placentária e o prolapso de cordão compuseram o pequeno percentual de complicações registradas nos prontuários maternos.

A hipotonia uterina é a principal causa de hemorragia pós-parto (HPP). A HPP é comumente definida como uma perda de 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto. A HPP é a principal causa de mortalidade materna em países de baixa renda e a causa primária de quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global. A maioria das mortes resultantes da HPP ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto: a maioria dessas mortes poderia ser evitada por meio do uso de

uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto e através da gestão adequada em tempo hábil (OMS, 2014).

Os fatores de risco predisponentes para HPP incluem características epidemiológicas maternas (aumento da idade materna, paridade), características obstétricas (idade gestacional, indução do parto, parto prolongado, parto por cesariana) e características sociodemográficas (raça, renda, tipo hospitalar e localização) (MARSHALL et al., 2017).

A distocia de ombro é uma emergência obstétrica imprevisível, com prevalência de 0,5 a 1% dos partos vaginais. Os riscos de lesão do plexo braquial, fratura de clavícula e humeral, asfixia perinatal, encefalopatia hipóxico-isquêmica e mortalidade perinatal aumentam com a distócia de ombro (SENTILHES et al., 2016).

De acordo com Maher et al. (2017) a retenção placentária ocorre em 1,5 a 3,0% dos partos, sendo mais prevalente em parturientes com gestação de alto risco. Considera-se a placenta retida quando sua expulsão não ocorre até 30 minutos após o nascimento, apesar do manejo ativo do 3º período do parto (tração controlada do cordão, massagem uterina, administração de medicamentos uterotônicos).

O prolapso de cordão umbilical é uma intercorrência obstétrica rara, que uma vez diagnosticada, necessita de rápida intervenção, devido ao grande risco de morbimortalidade fetal. É frequentemente acompanhado de desacelerações severas e rápidas da frequência cardíaca fetal, sendo uma condição que ameaça a vida do feto, pois ele pode comprimir o cordão umbilical comprometendo seu próprio aporte sanguíneo (BEHBEHANI; PATENAUDE; ABENHAIM, 2016).

No que se refere ao período pós-parto, foi alto o percentual de puérperas sem complicações. A única complicação apresentada por uma parcela reduzida das parturientes foi a hipotonia uterina, já discutida anteriormente.

Não foram encontrados na literatura nacional e internacional estudos com a frequência de complicações no parto e no período pós-parto em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas, para comparação aos achados do presente estudo.

Nenhuma parturiente da amostra estudada necessitou de internação em UTI, fato que expressa que a assistência ao parto no modelo colaborativo foi adequada e segura, com índice zero de mortalidade materna no período estudado.

Em relação aos desfechos neonatais, o Índice de Apgar ≥ 7 no primeiro e no quinto minuto de vida foi predominante nos recém-nascidos do estudo, o que expressa boa vitalidade ao nascer e boa adaptação à vida extrauterina.

A maioria dos recém-nascidos não necessitou de internação em Unidade Neonatal. Entre os 4,4% de recém-nascidos que necessitaram de internação, os principais motivos de internação foram: taquipnéia transitória, icterícia neonatal, sífilis congênita e sepse neonatal.

8 CONCLUSÕES

Os resultados apresentados quanto à caracterização da amostra demonstram que as parturientes eram em sua maioria brancas, com média de idade de 25,6 anos, a maioria com escolaridade de ensino fundamental e ocupação do lar, as quais apresentaram gestação única, a termo, com pré-natal de risco habitual, com média de 7,7 consultas de pré-natal e média de idade gestacional de 39 semanas. O motivo de internação mais prevalente foi o trabalho de parto com presença de bolsa íntegra.

O presente estudo identificou elevadas frequências de práticas assistenciais benéficas para as mulheres (presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, uso de partograma, oferecimento de dieta líquida por via oral, uso de tecnologias obstétricas não invasivas e posições verticais no parto) e para os recém-nascidos (clampeamento tardio do cordão umbilical e contato pele a pele por uma hora ou mais) em partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HNSC, cujas práticas estão em sua maioria em conformidade com as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

No entanto, os achados deste estudo sugerem que existem práticas assistenciais que carecem de avanços, como a adequação do número de toques vaginais em relação à duração do trabalho de parto e a redução da prática de amniotomia, a qual apesar de não ser realizada de maneira rotineira, foi uma intervenção com aumento percentual expressivo no período estudado.

A comparação das práticas assistenciais nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HNSC nos anos de 2013 e 2016 revelou redução de intervenções desnecessárias (tricotomia, tonsura, uso de supositório retal, cateterização vesical, cateterização venosa, uso de ocitocina, uso de agentes sistêmicos para alívio da dor, analgesia peridural e episiotomia) e crescimento percentual de práticas consideradas benéficas para as mulheres e os recém-nascidos (presença de acompanhante no trabalho de parto e parto, uso de partograma, oferecimento de dieta líquida por via oral, uso de tecnologias obstétricas não invasivas, posições verticais no parto, clampeamento tardio do cordão umbilical e contato pele a pele por uma hora ou mais).

Na análise das práticas assistenciais, algumas tecnologias obstétricas não invasivas (deambulação, aromaterapia, bola obstétrica e escalda-pés) apresentaram redução no ano de 2016. É possível que em 2016 tenha havido redução dessas

tecnologias pelo fato de que o hospital passou por uma reforma de área física, com redução do espaço disponível para aplicação destas tecnologias.

Em relação aos desfechos obstétricos, foram registrados baixos percentuais de morbidade materna e índice zero de mortalidade associados à assistência ao parto na amostra estudada, o que evidencia que a assistência ao parto no modelo colaborativo na referida instituição foi segura e qualificada.

Os desfechos neonatais expressaram que a maioria dos recém-nascidos apresentou boa adaptação à vida extrauterina e uma pequena parcela necessitou de internação em Unidade Neonatal, por motivos relacionados à adaptação neonatal ou presença de infecções.

Os dados acerca das complicações no trabalho de parto, no parto e no período pós-parto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas apresentados neste estudo são inéditos, tendo em vista que na literatura nacional e internacional não foram encontrados estudos científicos com tais achados.

Este estudo apresenta limitações inerentes a utilização de dados secundários, que incluem a ausência de dados sobre os métodos de proteção perineal utilizados pelas enfermeiras obstétricas e acerca da amamentação na primeira hora de vida. Essas informações seriam importantes de serem incluídas nos registros em prontuário, a fim de qualificar a assistência prestada pelas enfermeiras obstétricas da instituição. As complicações no período pós-parto foram descritas do nascimento até a alta hospitalar, sem seguimento das parturientes para verificar complicações após a alta hospitalar, o que também constitui uma limitação do estudo.

Outra limitação importante do estudo consiste na escassez de publicações científicas nacionais e internacionais sobre algumas das práticas assistenciais no trabalho de parto e parto apresentadas e discutidas neste estudo, no sentido de permitir comparações com os achados da literatura.

A partir dos achados deste estudo, sugere-se a realização de trabalhos futuros, que realizem a comparação das práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas após a reforma da área física do Centro Obstétrico da instituição em estudo.

Apesar de apresentar limitações, este estudo respondeu aos objetivos propostos, com a descrição e a caracterização das práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas no HNSC, contribuindo, desta

forma, para a produção de evidências científicas sobre o modelo colaborativo de assistência ao parto no Rio Grande do Sul e no Brasil.

Frente ao modelo predominante de assistência obstétrica no Brasil, que é centrado no médico obstetra e no cuidado medicalizado e intervencionista, o modelo colaborativo de assistência ao parto mostra-se como um caminho para a atenção às mulheres de risco habitual, com respeito à fisiologia do parto e ao protagonismo da mulher, capaz de promover a redução de intervenções desnecessárias por meio da realização de práticas assistenciais que resultam em desfechos obstétricos e neonatais favoráveis.

REFERÊNCIAS

- ACHARYA, T. et al. Outcome of misoprostol and oxytocin in induction of labour. **SAGE Open Medicine**. v. 5, n. 1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5433665/pdf/>
- ALFIREVIC, Z. et al. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 2, n. 1, p. 1-84, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28157275>
- ALVES, J. et al. Curetagem pós-parto por suspeita de retenção de produtos de concepção. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**. v. 5, n. 4, p. 165-169, 2011. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2011-5artigo_original_2.pdf
- BEDWELL, C. et al. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? **BMJ Pregnancy and Childbirth**. v. 17, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237234.pdf>
- BEHBEHANI, S.; PATENAUDE, V.; ABENHAIM, H. A. Maternal risk factors and outcomes of umbilical cord prolapse: a population-based study. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**. v. 38, n. 1, p. 23-28, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26872752>
- BOHREN, M. A. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 15, n. 7, p. 1-69, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/28681500>
- BOLBOL-HAGHIGHI, N.; MASOUMI, S. Z.; KAZEMI, F. Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. v. 10, n. 4, p. 12-15, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27190898>
- BORGES, M. R.; MADEIRA, L. M.; AZEVEDO, M. G. O. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 15, n. 1, p. 105-113, 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/14>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 51p. Disponível em: <http://redehumanizaus.net/96047-diretrizes-nacional-de-assistencia-ao-parto-normal/>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/sas/12929-portaria-n-353-de-14-de-fevereiro-de-2017>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Apice On: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. 31p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/18/Apice-On-2017-08-11.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 381p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN Nº 0516/2016**. Brasília: COFEN, 2016b. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Nascidos Vivos no Brasil**. 2015a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 101p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 6 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto**

imediate, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.815, de 29 de maio de 1998. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Parto Normal Sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRUGGEMANN, O. M. et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery.** v. 17, n. 3, p. 432-438, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0432.pdf>

BUSANELLO, J. et al. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 64, n. 5, p. 824-832, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>

CABRERA, Y. H.; HERNÁNDEZ, M. R. Preinducción del parto con misoprostol. Una opción útil en la maduración cervical anteparto. **Medisur.** v. 15, n. 2, p. 165-167, 2017. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v15n2/ms01215.pdf>

CAROCCI, A. S. et al. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. **Revista Enfermagem UERJ.** v. 22, n. 3, p. 402-408, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a18.pdf>

CORRÊA JUNIOR, M. D.; PASSINI JUNIOR, R. Episiotomia seletiva nos dias atuais: indicações, técnica e associação com lacerações perineais graves. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 38, n. 6, p. 301-307, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27399925>

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de**

Saúde Pública. v.30, n. 1, p. 140-153, 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0140.pdf>

DOMINGUES, R. M. S. M. **Acompanhantes Familiares na Assistência ao Parto Normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz.** 2002. 220p. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

DORNFELD, D. **A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento.** 2011. 67p. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

DOWNE, S. et al. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** v. 15, n. 7, p. 1-88, 2013. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23857468>

DOWNE, S; FINLAYSON, K; FLEMING, A. Creating a collaborative culture in maternity care. **Journal Midwifery Womens Health.** v. 55, n. 3, p. 250-254, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20434085>

DULFE, P. A. M. et al. Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica. **Cogitare Enfermagem.** v. 21, n. 4, p. 1-8, 2016. Disponível em: revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37651

GAMA, S.G.N. et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reproductive Health.** v. 123, n. 1, p. 225-233, 2016. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766971>

GUPTA, J. K. et al. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** v. 25, n. 5, p. 1-125, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28539008>

HENRIQUE, A. J. et al. Hidroterapia e bola suíça no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado. **Acta Paulista de Enfermagem.** v. 29, n. 6, p. 686-92, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ape/v29n6/1982-0194-ape-29-06-0686.pdf

HOFMEYR, G. J. et al. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews.** v. 7, n. 3, p. 1-145, 2017. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28267223>

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica.** 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2015. 386p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Classificação Nacional de Atividades Econômicas.** 2006. Disponível em:
<https://concla.ibge.gov.br/estrutura/atividades-economicas-estrutura/cnae>

INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA (IPERBA). **Abortamento**. 2010. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/iperberba/images/Documentos/Protocolo-OBS-001-Abortamento.pdf>

IVERSEN, M. L. et al. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. **Sexual & Reproductive Healthcare**. v. 11, n. 1, p. 79-85, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28159133>

KC, A. et al. Effects of delayed umbilical cord clamping vs early clamping on anemia in infants at 8 and 12 months: a randomized clinical trial. **JAMA Pediatrics**. v. 171, n. 3, p. 264-270, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28114607>

KIRIM, S. et al. Effect of intravenous hyoscine-*N*-butyl bromide on active phase of labor progress: a randomized double blind placebo controlled trial. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**. v. 28, n. 9 p. 1038-1042, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25023433>

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, n. 1, p. 517-547, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 18, n. 2, p. 505- 512, 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/942>

MAHER, M. A. et al. Different routes and forms of uterotonics for treatment of retained placenta: a randomized clinical trial. **The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine**. v. 30, n. 18, p. 2179-2184, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27677547>

MAIA, M.B. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 189p. Disponível em: books.scielo.org/id/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf

MARSHALL, A. L. et al. The impact of postpartum hemorrhage on hospital length of stay and inpatient mortality: a National Inpatient Sample–based analysis. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. v. 217, n. 3, p. 441-446, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28502758>

MATOS, C. G. et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**. v.7, n.3, p. 870-878, 2013. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../5741

MEDEIROS, R. M. K. et al. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 69, n. 6,

p. 1029-1036, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1091.pdf>

MELO, B. M. et al. Implementation of good practice in assistance to labor at a reference maternity. **Northeast Network Nursing Journal**. v. 18, n. 3, p. 376-382, 2017.

Disponível em:

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2742>

MONTICELLI, M. et al. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Texto Contexto Enfermagem**. v.17, n.3, p. 482-491, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a09v17n3.pdf>

MOORE, E. R. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 28, n. 6, p. 1-163, 2016.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27885658>

NEAL, J.L.; LOWE, N.K. Physiologic partograph to improve birth safety and outcomes among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset. **Medical Hypotheses**. v. 78, n. 2, p. 319-326, 2012. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22138426>

NETO, E.T.S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde e Sociedade**. v.17, n.2, p. 107-119, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf

OSÓRIO, S. M. B.; SILVA JÚNIOR, L. G.; NICOLAU, A. I. O. Avaliação da efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor do parto. **Northeast Network Nursing Journal**. v. 15, n. 1, p. 174-84, 2014. Disponível em:

www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3112

PEREIRA, M. G. **Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 396p.

PIEDRAHÍTA-GUTIÉRREZ, D. L. et al. Resultados obstétricos y perinatales en pacientes con o sin analgesia obstétrica durante el trabajo de parto. **Iatreia**. v. 29, n. 3, p. 263-269, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v29n3/0121-0793-iat-29-03-00263.pdf>

- REIS, C. S. C. et al. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **Revista Cuidado Fundamental Online**. v. 8, n. 4, p. 4972-4979, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966/pdf>
- RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Revista Enfermagem UERJ**. v. 19, n. 1, p. 77-83, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>
- SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 28, n.4, p. 1-115, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2712190>
- SANTOS, R. C. S.; RIESCO, M. L. G. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, n. 1, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28403314>
- SAXTON, A. et al. Does skin-to-skin contact and breastfeeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: results of a cohort study. **Midwifery**. v. 31, n. 11, p. 1110-1117, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26277824>
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (SES-MG). **Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto**. Belo Horizonte: SES-MG, 2011. 34p. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocoloobstetriciaMG2011__1.pdf
- SEKHAVAT, L. et al. Effect of hyoscine butylbromide first stage of labour in multiparus women. **African Health Sciences**. v. 12, n. 4, p. 408-411, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23515202>
- SENTILHES, L. et al. Shoulder dystocia: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**. v. 203, n. 1, p. 156-161, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27318182>
- SINGATA, M; TRANMER, J; GYTE, G. M. Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. v. 8, n. 1, p. 1-101, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23966209>
- SODRÉ, T.M; LACERDA, R.A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 41, n. 1, p. 82-89, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a10.pdf>
- SOUSA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Escola Anna**

Nery. v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>

THIESSEN, K. et al. Maternity Outcomes in Manitoba Women: a comparison between Midwifery-led Care and Physician-led Care at Birth. **Birth**. v. 43, n. 2, p. 108-115, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26889889>

TILLET, J; HILL, C. Eating and drinking in labor: reexamining the evidence. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**. v. 30, n. 2, p. 85-87, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27104598>

VADIVELU, M. et al. Randomized controlled trial of the effect of amniotomy on the duration of spontaneous labor. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**. v. 138, n. 2, p. 152-157, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28485828>

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANTI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Revista Escola Anna Nery**. v. 21, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170015.pdf>

VOGT, S.E. et al. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**. v. 48, n. 2, p. 304-313, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/81154>

VOON, S.T. et al. Comparison of midwife-led care and obstetrician-led care on maternal and neonatal outcomes in Singapore: a retrospective cohort study. **Midwifery**. v. 53, n. 18, p. 71-79, 2017. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28778037>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes**. Geneva: WHO, 2014. 38p. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26269880>

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Projeto de Pesquisa: Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital público de Porto Alegre	
Nº de Inclusão __ __ __ __ __	Data da coleta de dados __ __ / __ __ / __ __
Data de nascimento da participante __ __ / __ __ / __ __	Nome do coletador _____

Utilizar [0] para não se aplica; [99] para dado não registrado em prontuário.

Dados da internação	
Data da internação	__ __ / __ __ / __ __
Hora da internação	__ __ horas __ __ min
Motivo da internação [1] Trabalho de Parto [2] Bolsa rota [3] Pós datismo [4] Outro _____	__
Dados sociodemográficos	
Idade materna	__ __ anos
Cor da pele [1] Branca [2] Preta [3] Parda/Morena/Mulata [4] Amarela [5] Indígena	__
Escolaridade [0] Não alfabetizada [1] Ensino fundamental [2] Ensino médio [3] Ensino superior	__
Profissão [1] Do lar [2] Estudante [3] Outra _____	__
Dados da admissão obstétrica	
Número de gestações anteriores	__ __
Número de partos anteriores	__ __
Número de cesarianas anteriores	__ __

Número de abortos anteriores	_ _
Número de gestações ectópicas anteriores	_ _
Número de consultas de pré-natal	_ _
Local de realização do pré-natal [1] Rede pública [2] Rede privada [3] Convênio	_ _
Idade gestacional na admissão calculada pela DUM	_ _ semanas
Idade gestacional na admissão calculada por USG	_ _ semanas
Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo	_ _ semanas
Cardiotocografia na admissão [0] Não [1] Sim	_
Batimentos cardíacos (BCF) na admissão	_ _ bpm
Dinâmica uterina [número de contrações em 10 minutos]	_ _
Colo uterino [1] Grosso [2] Médio [3] Fino	_
Dilatação do colo uterino	_ _ cm
Apresentação fetal [1] Cefálica [2] Pélvica [3] Outra _____	_
Bolsa amniótica [1] Íntegra [2] Suspeita de ruptura [3] Rota	_
Líquido amniótico [1] Claro [2] Meconial tinto [3] Meconial espesso [4] Purulento [5] Sanguinolento	_
Dados da assistência ao trabalho de parto	
Registro de presença de acompanhante no trabalho de parto [0] Não [1] Sim	_
Nº de toques vaginais realizados no trabalho de parto	_

Partograma p/ acompanhamento da evolução do trabalho de parto [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Realização de cardiocografia no trabalho de parto [0] Não [1] Sim, contínua [2] Sim, intermitente	<input type="checkbox"/>
Início do trabalho de parto [1] Espontâneo [2] Induzido	<input type="checkbox"/>
Indução do trabalho de parto [0] Não se aplica [1] Misoprostol [2] Ocitocina [3] Sonda Folley	<input type="checkbox"/>
Amniotomia no 1º estágio do trabalho de parto [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Tricotomia [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Tonsura [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Enteróclise/enema [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Administração de supositório retal [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Cateterização vesical [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Cateterização venosa [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Utilização de ocitocina intravenosa para correção de dinâmica uterina [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Dieta líquida por via oral [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Tecnologias obstétricas não invasivas [0] Não utilizado [1] Aromaterapia [2] Banho de aspersão [3] Bola obstétrica [4] Deambulação [5] Escalda-pés [6] Rebozo [7] Massagem terapêutica [8] Mudança de posição [9] Outra _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Administração de agentes sistêmicos para alívio da dor [0] Não utilizado [1] Hioscina [2] Dipirona [3] Meperidina [4] Outro _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Controle da dor por analgesia epidural [0] Não [1] Sim	<input type="checkbox"/>
Intercorrências no trabalho de parto [0] Não [1] Bradicardia fetal [2] Taquicardia fetal [3] Eliminação de mecônio [4] Outra _____	<input type="checkbox"/>

Dados da assistência ao parto	
Data do parto	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
Hora do parto	_ _ _ horas _ _ _ min
Registro de presença de acompanhante no parto [0] Não [1] Sim	_ _
Posição de parto no período expulsivo [1] Litotômica [2] Semissentada [3] Cócoras [4] Quatro apoios [5] Decúbito lateral direito [6] Decúbito lateral esquerdo [7] Outra _____	_ _
Manobra de Kristeller [0] Não [1] Sim	_ _
Episiotomia [0] Não [1] Sim	_ _
Laceração perineal espontânea [0] Não [1] Sim	_ _
Condições do períneo [0] Períneo íntegro [1] laceração de 1º grau sem sutura [2] laceração de 1º grau com sutura [3] laceração de 2º grau com sutura [4] laceração de 3º grau com sutura [5] laceração de 4º grau com sutura	_ _
Complicações no parto [0] Não [1] Distócia de ombro [2] Período expulsivo prolongado [3] Prolapso de cordão [4] Hipotonia uterina [5] Retenção placentária [6] Outra _____	_ _
Intervenções no pós-parto imediato [0] Não [1] Revisão de Trajeto [2] Curetagem uterina [3] Curagem uterina [4] Outra _____	_ _
Complicações no pós-parto imediato [0] Não [1] Hipotonia uterina [2] Endometrite [3] Infecção do trato urinário [4] Trombose venosa profunda [5] Outra _____	_ _
Necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) [0] Não [1] Sim	_ _

Dados da assistência ao recém-nascido	
Apgar no 1º minuto de vida	_
Apgar no 5º minuto de vida	_
Peso ao nascer [gramas]	_ _ _ _ _
Capurro [semanas + dias]	_ _ _ + _ _
Tempo de clampeamento do cordão umbilical [0] clampeamento imediato [1] clampeamento precoce [2] clampeamento tardio	_
Contato pele a pele imediatamente após o nascimento [0] não realizado [1] < 30 minutos [2] 30 a 59 minutos [3] ≥ 1 hora	_
Necessidade de internação do recém-nascido [0] não [1] sim, em Unidade neonatal [2] sim, em UTI neonatal Se [1] ou [2], especificar motivo da internação_____	_

ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Simone Konzen Ritter

Dados Gerais:

Projeto Nº:	31951	Título:	PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM PARTOS DE RISCO HABITUAL ASSISTIDOS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE		
Área de conhecimento:	Enfermagem Obstétrica	Início:	01/11/2016	Previsão de conclusão:	01/11/2017
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família			
Local de Realização:	Grupo Hospitalar Conceição				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Caracterizar as práticas assistenciais realizadas por enfermeiras obstétricas na atenção às mulheres e aos recém-nascidos em partos de risco habitual em um hospital público de Porto Alegre. </div>				

Palavras Chave:

ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS
PARTO OBSTÉTRICO
PRÁTICA PROFISSIONAL

Equipe UFRGS:

Nome: ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES
Coordenador - Início: 01/11/2016 Previsão de término: 01/11/2017
Nome: SIMONE KONZEN RITTER
Outra: Aluno de Mestrado - Início: 01/11/2016 Previsão de término: 01/11/2017

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 18/10/2016 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

Projeto Completo	Data de Envio: 15/09/2016
Instrumento de Coleta de Dados	Data de Envio: 15/09/2016

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trein, 596
CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357-2000
CNPJ: 02.787.158/001-21

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rabin, 20
CEP 91340-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357-4100
CNPJ: 02.787.128/001-78

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Montebello, 17
CEP 91130-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314-5200
CNPJ: 02.693.134/001-43



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto n° 98.244/98

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária realizada em 23 de novembro de 2016, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 16278

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

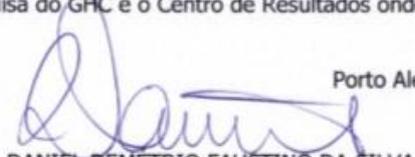
ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES
SIMONE KONZEN RITTER

Título: Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas em um hospital público de Porto Alegre.

Documentação: Aprovada
Aspectos Metodológicos: Adequados
Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Esta emenda ao projeto de pesquisa, bem como o(s) Termo(s) de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais e complementares do Conselho Nacional de Saúde, especialmente a Resolução 466/12, obteve o parecer de APROVADO(S) neste CEP.

O Pesquisador responsável deve encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de ética em Pesquisa do GHC e o Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa.


DANIEL DEMETRIO FAUSTINO DA SILVA
 Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 23 de novembro de 2016.