

# CARACTERIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL AO PARTO E NASCIMENTO REALIZADO POR RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

CHARACTERIZATION OF THE ASSISTANCE MODEL FOR PARTURITION AND BIRTH PERFORMED BY OBSTETRIC NURSING RESIDENTS

CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN AL PARTO Y AL NACIMIENTO REALIZADO POR RESIDENTES DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

Stéphanie Marques Alves Vieira Angelim<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-4679-1197>)  
 Amanda Santos Fernandes Coelho<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-5379-2740>)  
 Ana Cláudia Andrade Cordeiro Pires<sup>2</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-1017-164X>)  
 Aline Bueno Coelho<sup>1</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-9356-0482>)  
 Leiliane Sabino Oliveira Ribeiro<sup>3</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-4687-6959>)  
 Juliana Machado Schadosim<sup>4</sup> (<https://orcid.org/0000-0003-2368-5834>)  
 Fernanda Matos Cordeiro<sup>5</sup> (<https://orcid.org/0000-0002-3643-1510>)  
 Lídia Maria do Carmo<sup>5</sup> (<https://orcid.org/0000-0001-8502-4949>)

## Descritores

Enfermagem obstétrica; Parto humanizado; Trabalho de parto; Nascimento

## Descriptors

Obstetric nursing; Humanized birth; Labor; Birth

## Descriptores

Enfermería obstétrica; Parto humanizado; Trabajo; Nacimiento

## Recebido

2 de Março de 2021

## Aceito

21 de Maio de 2021

## Conflitos de interesse:

nada a declarar.

## Autor correspondente

Ana Claudia Andrade Cordeiro Pires  
 E-mail: [anaclaudia2@gmail.com](mailto:anaclaudia2@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de um programa estadual de residência na região central do Brasil e verificar o impacto desse modelo assistencial na repercussão clínica materna e neonatal. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com abordagem quantitativa, composto por 356 mulheres e seus neonatos que tiveram seu parto assistido pelas residentes em enfermagem obstétrica em uma maternidade de risco habitual pública estadual, em Goiás, no período de 2017 a 2019. Para a análise estatística os dados quantitativos foram analisados através de distribuição de frequências, porcentagens, média e desvio padrão.

**Resultados:** Verificou-se a realização de boas práticas ao parto e nascimento: alimentação livre durante o trabalho de parto (76,97%), escolha do acompanhante (58,43%), amniotomia (28,93%), baixa taxa de episiotomia (4,78%), contato pele a pele (91,29%), clameamento oportuno do cordão umbilical (56,18%), amamentação na 1ª hora de vida (62,64).

**Conclusão:** A qualidade da assistência prestada por residentes de enfermagem obstétrica foi intimamente expressada pela proporção de parturientes que não foram submetidas a intervenções desnecessárias, bem como apontou desfechos neonatais satisfatórios somados às boas práticas proporcionadas.

## ABSTRACT

**Objective:** Characterize the assistance model of childbirth and birth carried out by obstetric nursing residents on a state program in the central region of Brazil and verify the impact of this assistance model on maternal and neonatal clinical repercussion.

**Methods:** This is a cross-sectional, descriptive, and retrospective study, with a quantitative approach, composed of 356 women and their newborns who had their birth assisted by obstetric nursing residents in a usual risk state hospital, in Goiás, from 2017 to 2019. For statistical analysis, quantitative data were covered by the distribution of frequencies, percentages, means, and standard deviation.

**Results:** Good practices were observed in parturition and birth: free feed during labor (76,97%), choice of companion (58,43%), amniotomy (28,93%), low episiotomy rate (4,78%), skin to skin contact (91,29%), timely clamping of the umbilical cord (56,18%), breastfeeding in the first hour of life (62,64).

**Conclusion:** The quality of assistance provided by obstetric nursing residents was intimately expressed by the proportion of parturients who were not submitted to unnecessary interventions, as well as indicated satisfactory neonatal outcomes added to the good practices provided.

## RESUMEN

**Objetivo:** Caracterizar el modelo de parto y atención al nacimiento que realizan los residentes de un programa estatal de residencia en el centro de Brasil y verificar el impacto de este modelo asistencial en las repercusiones clínicas maternas y neonatales.

**Métodos:** Se trata de un estudio transversal y retrospectivo con un enfoque cuantitativo, compuesto por 356 mujeres y sus recién nacidos que tuvieron su parto asistidos por residentes en enfermería obstétrica en una maternidad de riesgo habitual del Estado, en Goiás, en el período de 2017 a 2019. Para el análisis estadístico, los datos cuantitativos se analizaron utilizando la distribución de frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar.

**Resultados:** Se verificaron buenas prácticas se realizaron en el parto y el nacimiento: alimentación gratuita durante trabajo de parto (76,97%), elección de compañero (58,43%), amniotomía (28,93%), baja tasa de episiotomía (4,78%), contacto piel con piel (91,29%), sujeción oportuna del cordón umbilical (56,18%), lactancia materna en la primera hora de vida (62,64).

**Conclusión:** La calidad de la atención prestada por residentes en enfermería obstétrica se expresó estrechamente por la proporción de parturientes que no fueron sometidos a intervenciones innecesarias, así como señaló resultados neonatales satisfactorios añadidos a las buenas prácticas proporcionadas.

<sup>1</sup>Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Materno Infantil, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>3</sup>Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>5</sup>Maternidade Nascer Cidadão, Goiânia, GO, Brasil.

## Como citar:

Angelim SM, Coelho AS, Pires AC, Coelho AB, Ribeiro LS, Schadosim JM, et al. Caracterização do modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de enfermagem obstétrica. *Enferm Foco*. 2021;12(4):813-9.

DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4639>

## INTRODUÇÃO

O parto humanizado tem como foco o protagonismo da parturiente no processo de parir, respeitando a mulher como sujeito ativo e empoderado sobre seu corpo e suas escolhas evitando intervenções desnecessárias.<sup>(1-3)</sup>

As Diretrizes para o Parto Humanizado estabelecidas pelo Ministério da Saúde em consonância com a Organização Mundial da Saúde buscam uma assistência digna e respeitosa através de boas práticas como: dieta livre no trabalho de parto, utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, mudança de posição, deambulação durante o trabalho de parto, clameamento oportuno do cordão, contato pele-a-pele, amamentação na primeira hora de vida e assistência materna imediata após o parto.<sup>(4)</sup>

Essas ações visam reduzir a violência obstétrica sofrida pelas parturientes, seja nas instituições privadas ou públicas, bem como difundir práticas baseadas em evidência, reduzir divergências de condutas, reduzir intervenções ao parto normal e tornar mais humanizado o processo de nascer e parir.<sup>(2)</sup>

Estudos mostram que a Enfermagem Obstétrica é uma mediadora importante no processo de educação e fortalecimento da autonomia da mulher. Esses profissionais contribuem no preparo destas mulheres desde o planejamento familiar até o puerpério, proporcionando uma assistência mais humanizada e de qualidade, de acordo com a necessidade de cada paciente durante o ciclo gravídico-puerperal.<sup>(5)</sup>

O Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, é uma ação estratégica da Rede Cegonha que visa um cuidado orientado pelas boas práticas em todo o ciclo gravídico-puerperal, evidências científicas, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas recomendações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, buscando melhoria da qualidade, mudança dos cenários e contribuir com a redução das cesarianas desnecessárias.<sup>(6,7)</sup>

A Enfermagem Obstétrica tem seu exercício profissional regulamentado pela Lei nº. 7.498/86 e pelo Decreto 94.406/87 e pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem de nº 516 de 2016 que normatiza a atuação do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia.<sup>(8,9)</sup>

A análise da assistência prestada ao trabalho de parto em relação à utilização de boas práticas é de suma importância pois permite identificar pontos de melhoria no atendimento prestado e verificar a atuação de Residentes em Enfermagem Obstétrica, o que poderá contribuir para mudanças ou reformulações do processo educativo dessas profissionais, para o fortalecimento da atuação das

mesmas na busca de um atendimento mais humanizado com vistas à promoção do parto normal.

Diante do contexto exposto, a presente pesquisa tem como objetivo caracterizar o modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de um programa estadual de residência na região central do Brasil e verificar o impacto desse modelo na repercussão clínica materna e neonatal.

## MÉTODOS

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

Foram utilizados dados secundários coletados no caderno de registro de partos da residência de enfermagem obstétrica e nos prontuários das mulheres que tiveram seus partos realizados em uma maternidade pública estadual em Goiás, no período de 2017 a 2019.

Foram adotados como critérios de inclusão mulheres admitidas na maternidade de estudo que tiveram seus partos assistidos por residentes de enfermagem obstétrica, durante o período de 2017 a 2019, bem como seus recém-nascidos.

Os critérios de exclusão compreenderam mulheres que não tiveram os prontuários encontrados por erro de arquivamento, nessas condições, dentre os 462 prontuários, foram excluídos 106. Dessa forma, a amostra totalizou 356 prontuários.

A maternidade em estudo tem foco no atendimento de baixa complexidade, de pequeno porte e é campo de estudo para as residências médicas de Ginecologia/Obstetrícia e Residência em Enfermagem Obstétrica. Também oferece campo de estágio para a formação de profissionais da saúde de nível superior. Os residentes de enfermagem obstétrica, iniciaram atuação nessa instituição em 2017.

O pré-parto da instituição comporta 4 leitos compartilhados em uma mesma enfermaria com apenas um banheiro e no momento do período expulsivo as gestantes são encaminhadas ao centro cirúrgico.

Os dados foram obtidos a partir do preenchimento de um questionário estruturado para coleta de dados nos prontuários, em formato de *check list* com variáveis sociodemográficas, obstétricas, do parto e nascimento, e relativas à assistência prestada, com perguntas fechadas e abertas, baseadas na revisão da literatura. A coleta de dados teve início em maio de 2020.

Não foi realizado cálculo amostral, pois a coleta foi baseada no total de pacientes que tiveram seu parto assistido por residentes de enfermagem obstétrica, em todo o período entre 2017 a 2019. Para a análise estatística os dados quantitativos foram analisados através de distribuição de frequências, porcentagens, médias e desvio padrão.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil obtendo Parecer Consubstanciado 3.857.800 e CAAE: 24833719.9.0000.5080. A pesquisa foi realizada de acordo com os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012.<sup>(10)</sup>

## RESULTADOS

No período delimitado, 462 partos foram assistidos por residentes de enfermagem obstétrica, todavia, atendendo aos critérios de exclusão, a amostra foi composta por 356 partos. Deste total, 84 partos foram realizados em 2017, 177 partos em 2018 e 95 partos realizados em 2019. A atuação dos residentes em 2017 iniciou no mês de junho, em 2018 houve atuação de quatro residentes e em 2019 o número de partos reduziu devido à desistência de 3 residentes da turma vigente. A tabela 1 exibe uma maior frequência de parturientes na faixa etária entre 18 e 35 anos de idade (81,18%) com média de idade de 24,6 anos. A maioria se autodeclarou parda (83,99%) e houve predominância de gestantes da capital onde se localiza a maternidade (85,67%). A maior parte das mulheres possuíam 8 ou mais anos de estudo (87,36%), assim como um número mais expressivo para aquelas que possuíam atividade remunerada, (52,81%) e que afirmaram ter companheiro (68,82%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis sociodemográficas	n(%)
<b>Faixa etária</b>	
<18 anos	43(12,08)
18-35 anos	289(81,18)
>35 anos	24(6,74)
<b>Raça (autodeclarada)</b>	
Amarela	10(2,81)
Branca	27(7,58)
Indígena	2(0,56)
Parda	299(83,99)
Preta	10(2,81)
Não informado	8(2,25)
<b>Procedência</b>	
Capital	305(85,67)
Interior	50(14,04)
Não informado	1(0,28)
<b>Escolaridade</b>	
<8 anos	37(10,39)
≥ 8	311(87,36)
Não informado	8(2,25)
<b>Profissão</b>	
Com remuneração	188(52,81)
Sem remuneração	165(46,35)
Não informado	3(0,84)
<b>Estado civil</b>	
Com companheiro	245(68,82)
Sem companheiro	106(29,78)
Não informado	5(1,40)

Sobre o perfil clínico-obstétrico dessas pacientes (Tabela 2), foram observados mais casos de nulíparas (48,03%), com idade gestacional a termo (98,88%). Foi maior a quantidade de gestantes que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal (53,65%) e que o iniciaram precocemente, no primeiro trimestre de gestação (74,44%). A maioria não tinha nenhuma comorbidade prévia (94,38%). A maior parte não utilizou nenhuma substância psicoativa durante a gestação (70,22%), mas, entre as que referiram o uso, o álcool foi a substância mais utilizada (11,24%). Houve gestantes que referiram uso de mais de uma substância (Tabela 2).

**Tabela 2.** Perfil clínico e obstétrico das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis obstétricas clínicas	n(%)
<b>Paridade</b>	
Nulípara	171(48,03)
Multipara	145(40,73)
Grande multipara	40(11,24)
<b>Idade gestacional</b>	
Pré-termo	4(1,12)
Termo	352(98,88)
Pós-termo	0(0,00)
<b>Consultas de pré-natal</b>	
<6 consultas	106(29,78)
6 consultas	59(16,57)
>6 consultas	191(53,65)
<b>Início do pré-natal</b>	
1º trimestre	265(74,44)
2º trimestre	65(18,26)
3º trimestre	10(2,81)
Não informado	11(3,09)
Não realizaram	5(1,40)
<b>Doenças prévias</b>	
Não	336(94,38)
Sim	5(1,40)
Não informado	15(4,21)
<b>Uso de substâncias psicoativas</b>	
Álcool	40(11,24)
Crack	2(0,56)
Maconha	4(1,12)
Tabaco	24(6,74)
Não usaram	250(70,22)
Não informado	56(15,73)

A análise dos dados referentes à assistência obstétrica demonstrou que houve maior admissão de gestantes com dilatação de colo uterino menor que 6 cm (91,01%) e com membranas amnióticas íntegras (73,03%). Entre as gestantes, 274 (76,97%) receberam alimentação livre durante o trabalho de parto (Tabela 3). Quanto às boas práticas obstétricas, 261 (73,31%) gestantes foram submetidas à, no máximo, 5 toques vaginais, 208 (58,43%) gestantes tiveram a presença do acompanhante de escolha durante o trabalho e parto e parto, no entanto um número expressivo ainda representou as gestantes que

tiveram esse direito violado (37,64%). A evolução do trabalho de parto foi acompanhada por partograma em 274 (76,97 %) casos (Tabela 3). Entre os métodos não farmacológicos, não invasivos e liberdade de posição a maioria das parturientes recebeu orientações quanto ao banho morno (55,62%) e deambulação (51,12%). Ressalta-se que foi ofertado mais de um tipo de método à maioria das parturientes (Tabela 3). Mais da metade das parturientes (68,82%) estavam com acesso venoso durante o trabalho de parto e tiveram condução do parto com ocitocina sintética (65,17%). Foi realizada amniotomia em apenas 28,93% delas e 20,22% dos casos apresentou líquido amniótico meconial. Apenas duas parturientes realizaram analgesia no trabalho de parto (Tabela 3). A posição litotômica teve maior porcentagem (81,74%). Em relação ao trauma perineal, 17 parturientes foram submetidas à episiotomia, a maioria delas sofreu laceração de 1º grau (43,26%) e observou-se que 41,57% não sofreram nenhum trauma. O trauma grave, de grau 3, acometeu apenas duas parturientes (Tabela 3).

**Tabela 3.** Boas práticas de assistência obstétrica, segundo o registro dos partos normais das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis obstétricas assistenciais	n(%)
Fase de TP na admissão	
<6 cm	324(91,01)
≥6 cm	21(5,90)
Não informado	11(3,09)
Estado das membranas amnióticas	
Íntegras	260(73,03)
Rotas	91(25,56)
Não informado	5(1,40)
Alimentação durante o TP	
Livre	274(76,97)
Branda	22(6,18)
Líquida	27(7,58)
Hipossódica	1(0,28)
Zero	20(5,62)
Não informado	12(3,37)
Número de exames vaginais	
Até 5	261(73,31)
6 a 10	81(22,75)
11 ou mais	10(2,81)
Não informado	4(1,12)
Presença do acompanhante	
Sim	208(58,43)
Não	134(37,64)
Recusado pela gestante	6(1,69)
Presente apenas no pré-parto	8(2,25)
Evolução do trabalho de parto acompanhado por partograma	
Sim	274(76,97)
Não	81(22,75)
Não informado	1(0,28)

Continua...

Continuação.

Variáveis obstétricas assistenciais	n(%)
Métodos não farmacológicos e não invasivos e liberdade de posição	
Deambulação	182(51,12)
Estímulo a posições verticais	113(31,74)
Banho morno	198(55,62)
Bola suíça	99(27,81)
Massagem	50(14,04)
Agachamento	116(32,58)
Rebozo	1(0,28)
Técnica Respiratória	158(44,38)
Musicoterapia	7(1,97)
Penumbra	15(4,21)
Aromaterapia	0(0,00)
Cateter venoso no trabalho de parto	
Sim	245(68,82)
Não	111(31,18)
Uso de medicação	
Condução com ocitocina	232(65,17)
Sem uso de ocitocina	124(34,83)
Ruptura de Membranas Amnióticas	
Espontânea	247(69,38)
Artificial	103(28,93)
Não informado	6(1,69)
Aspecto do líquido amniótico	
Meconial	72(20,22)
Claro	284(79,78)
Analgesia	
Sim	2(0,56)
Não	354(99,44)
Posição no período expulsivo	
Litotômica	291(81,74)
Semi-sentada	14(3,93)
Gaskin	3(0,84)
Cócoras na banquetta	48(13,48)
Trauma perineal	
Episiotomia	17(4,78)
Laceração Grau 1	154(43,26)
Laceração Grau 2	52(14,61)
Laceração Grau 3	2(0,56)
Sem trauma	148(41,57)

No que concerne ao perfil clínico e obstétrico dos RN de partos assistidos por residentes de enfermagem obstétrica, foi atribuído Apgar ≥7 no primeiro minuto à 94,38% dos casos e à 99,44% dos casos no quinto minuto. Houve prevalência do sexo masculino (55,06%) e de RN a termo, segundo a idade gestacional calculada pelo Método de Capurro, (96,35%) (Tabela 4). Em relação ao peso do RN ao nascimento, 341 (95,79%) deles apresentaram mensuração ≥2500 g e, dentre eles, 306 (85,96%) foram classificados como adequados para a idade gestacional (AIG) (Tabela 4).

O contato pele a pele foi estabelecido a 325 binômios, a hora de ouro da amamentação foi proporcionada a 223 (62,64%) deles e o clampeamento oportuno foi realizado em 200 (56,18%) nascimentos (Tabela 5). Os registros apontaram a ocorrência de apenas 14 (3,93%) partos com

**Tabela 4.** Perfil clínico-neonatal segundo o registro dos partos normais das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis neonatais clínicas	n(%)
Apgar 1º minuto	
<7	20(5,62)
≥7	336(94,38)
Apgar 5º minuto	
<7	2(0,56)
≥7	354(99,44)
Sexo do recém-nascido	
Feminino	160(44,94)
Masculino	196(55,06)
Idade gestacional (Capurro)	
Pré-termo	8(2,25)
Termo	343(96,35)
Pós-termo	0(0,00)
Não informado	5(1,40)
Peso (g)	
<2500	14(3,93)
≥2500	341(95,79)
Não informado	1(0,28)
Classificação do peso de acordo com a idade gestacional	
Pequeno para idade gestacional	30(8,43)
Adequado para idade gestacional	306(85,96)
Grande para idade gestacional	19(5,34)
Não informado	1(0,28)

distócia, dentre eles, a manobra de desprendimento mais utilizada pelas residentes foi McRoberts (6,18%).

**Tabela 5.** Boas práticas prestadas à assistência neonatal segundo o registro dos partos normais das mulheres que foram assistidas por residentes de enfermagem obstétrica

Variáveis neonatais assistenciais	n(%)
Contato pele a pele	
Sim	325(91,29)
Não	31(8,71)
Clampamento do cordão umbilical	
Precoce	156(43,82)
Oportuno	200(56,18)
Amamentação na 1ª hora	
Não	132(37,08)
Sim	223(62,64)
Não informado	1(0,28)

## DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos desse estudo evidenciaram uma maior parte de mulheres jovens adultas, entre 18 e 35 anos, pardas, provenientes da capital onde se encontra a maternidade, atendendo ao princípio de descentralização do SUS. A maioria referiu escolaridade maior ou igual a 8 anos, com remuneração corroborando com uma pesquisa semelhante realizada em uma maternidade de risco habitual em Maceió - AL. O nível de instrução com escolaridade maior ou igual a 8 anos de estudo é considerado fator de proteção para complicações gestacionais.<sup>(11,12)</sup>

A pesquisa nacional *Nascer no Brasil*, corroborou com este estudo quando apontou a maioria de mulheres com

companheiro (79,8%) e sem doença prévia à gestação (92,2%). A situação conjugal tem impacto diretamente relacionado à rede de apoio e por isso é muito importante incluir a participação ativa do companheiro durante todo período de gestação.<sup>(13)</sup>

Em relação ao perfil clínico e obstétrico das parturientes, a maioria era nulípara com idade gestacional a termo apresentados na tabela 2, fato que confere com estudos realizados no Distrito Federal e no Rio Grande do Sul.<sup>(14,15)</sup>

O Ministério da Saúde recomenda que o pré-natal de baixo risco ideal seja composto por, no mínimo, 6 consultas intercaladas entre médico e enfermeiro e que tenha início precoce, ainda no primeiro trimestre. A maior porcentagem das gestantes desse estudo atendeu a essa recomendação, assim como foi percebido em alguns estudos porcentagens como 38% e 62%.<sup>(11,14)</sup>

Entre as práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, estão o oferecimento de dieta, liberdade de movimentação, presença do acompanhante, uso do partograma e métodos não farmacológicos para alívio da dor. No presente estudo, todas essas variáveis obtiveram importância significativa, o que vai ao encontro do achado em um dos hospitais com presença de enfermeira obstetra atuante em Minas Gerais. Esse estudo demonstrou que quando comparado a hospitais que não havia presença atuante de enfermeiras obstetras esses dados sofreram redução relevante.<sup>(2,16)</sup>

Estudo realizado em Santa Maria - RS, afirmou que as internações precoces podem sujeitar as gestantes a intervenções obstétricas desnecessárias, como por exemplo a alta porcentagem de ocitocina sintética prescrita para as pacientes desse estudo correlacionando à maior porcentagem de admissões médicas de mulheres com menos de 6 cm de dilatação. O uso rotineiro de ocitocina está entre as práticas comprovadamente danosas e que devem ser evitadas, segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde, pois está associada a uma experiência mais dolorosa, que limita a movimentação da gestante e que pode resultar em desfechos materno-fetais indesejáveis.<sup>(2,15)</sup>

Ainda não existem motivos claros que justifiquem a ruptura artificial das membranas amnióticas, mas sabe-se que esse procedimento pode favorecer a evolução do trabalho de parto, bem como reduzir a infusão de ocitocina sintética. Entretanto, esse procedimento pode ocasionar desacerelações precoces dos batimentos cardíacos fetais, maior risco de infecção ovular e puerperal.<sup>(11,15)</sup>

Uma menor porcentagem das parturientes desse estudo foi submetida à amniotomia. A baixa taxa de realização

do procedimento também foi encontrada em estudo realizado no Nordeste (13,2%) e no Sul (27,5%).<sup>(11,15)</sup>

De acordo com o Ministério da Saúde o líquido meconial é observado em, aproximadamente, 10% a 20% das gestações, o que concorda com o achado nesse estudo (20,22%). Os mecanismos associados à excreção de mecônio no líquido amniótico são: maturidade fetal, sofrimento fetal e compressão mecânica do abdome durante o trabalho de parto relacionado à trabalhos de parto prolongados.<sup>(7)</sup>

A baixa taxa de realização de analgesia no trabalho de parto desse estudo confere com estudo realizado em Belo Horizonte - MG. No estudo em comparação, os pesquisadores relacionaram o fato à presença da enfermagem obstétrica, a presença do acompanhante e a realização de métodos não farmacológicos para alívio da dor.<sup>(16)</sup>

Estudos realizados demonstraram uma maior parte de mulheres em posição litotômica no período expulsivo do trabalho de parto, 73,9% e 89,8% respectivamente.<sup>(14,15)</sup> Esse dado também foi encontrado nesse estudo e reflete o modelo tradicional de assistência ao parto e nascimento das instituições referidas quando se refere a falta de infraestrutura adequada, resistência de outros profissionais da equipe e falta de conhecimento da mulher, o que resulta em estranhamento e insegurança, mesmo que a maioria delas tenha recebido orientações acerca da deambulação e posições verticais durante o trabalho de parto.<sup>(3,15)</sup>

No que diz respeito à integridade perineal, esse estudo demonstrou que houve uma frequência significativa de parturientes não teve nenhum tipo de trauma, entretanto, a porcentagem de laceração de 1º grau foi significativa e pode estar diretamente relacionada à posição litotômica no período expulsivo como aponta as evidências científicas.<sup>(15)</sup>

Ressalta-se ainda a baixa porcentagem de realização de episiotomia como é recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Foram encontrados dados congruentes em estudo realizado em uma maternidade em Santa Maria - RS. Esses dados vão ao encontro as recomendações da Organização Mundial de Saúde, quanto a não realização rotineira da episiotomia em partos de risco habitual.<sup>(2,15)</sup>

O Índice de Apgar expressa a vitalidade do recém-nascido (RN) ao nascer no 1º e 5º minutos de vida. Os dados coletados nessa pesquisa mostraram que houve um predomínio de neonatos que obtiveram Índice de Apgar >7 no 1º e 5º minuto, demonstrando que a maior parte deles recuperou sua vitalidade, o que refletiu o baixo índice de reanimação e/ou desconforto respiratório, justificando a alta porcentagem de neonatos que não necessitaram de nenhum suporte ventilatório como demonstrado na tabela 4.

Apesar de ter sido encontrada uma baixa ocorrência de distócias na análise dos dados desse estudo, percebeu-se que as residentes as solucionaram com manobras de desprendimento adequadas. Uma revisão bibliográfica apontou que a participação do enfermeiro obstetra no parto com distócia ampara as necessidades do binômio mãe-filho, assim como está à disposição para resolver, em tempo hábil, situações de risco, transmitindo segurança e humanização.<sup>(17)</sup>

Percebeu-se que o modelo tradicional de assistência e a infraestrutura ocasionou uma maior taxa de parturientes em posição litotômica no segundo período do parto, além do uso de ocitocina sintética endovenosa. Fatores humanos interferiram nas boas práticas neonatais: clampamento oportuno do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida. Viu-se a dificuldade na coleta de dados em prontuários manuais, visto que a caligrafia dificultou o entendimento de alguns dados, além da ausência de registros em outros casos, o que tornou o período de coleta mais prolongado.

Os resultados apresentam a responsabilidade das profissionais diante das evidências científicas propostas pelas organizações de saúde, assim como o respeito à fisiologia do processo de parir como um resgate à autonomia e protagonismo da mulher. Porém, é importante ressaltar a necessidade de educação continuada e alinhamento de equipe para melhora dos índices referentes às boas práticas maternas e neonatais que vão de encontro ao título de Hospital Amigo da Criança.

## CONCLUSÃO

Esse estudo pôde comprovar, por meio de um panorama transversal de análise, a importância da atuação da enfermagem obstétrica no cenário de parto, a necessidade da ampliação de mais profissionais e a interferência da infraestrutura nesse interim. A divulgação de dados como os abordados nesse estudo reforça o êxito das mudanças no cenário obstétrico brasileiro ocasionado pela mudança de paradigma assistencial aos cuidados maternos e neonatais.

## CONTRIBUIÇÕES

Stéphanie Marques Alves Vieira Angelim: Concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito. Amanda Santos Fernandes Coelho: Concepção e/ou desenho do estudo; interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Ana Cláudia Andrade Cordeiro Pires: Concepção e/ou desenho do estudo; interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Aline Bueno Coelho: Revisão

crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Leiliane Sabino Oliveira Ribeiro: Revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Juliana Machado Schadosim: Revisão crítica do manuscrito;

aprovação da versão final a ser publicada. Fernanda Matos Cordeiro: Revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Lídia Maria do Carmo: Revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: [http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf)
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações da OMS: Cuidados intrapartos para uma experiência positiva de parto. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
3. Souza FM, Santos WN, Santos RS, Rodrigues OB, Santiago JC, Silva RA. Tecnologias apropriadas ao processo do trabalho de parto humanizado. *Enferm Foco*. 2019;10(2):118-24.
4. Veloso AC, Silva LS, Barros PG, Gomes RR, Santos AS, Oliveira HM. Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização no centro obstétrico. *Nursing*. 2020;23(268):4570-4.
5. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery*. 2018;22(1):e20170013.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria conjunta nº 5 de 31 de outubro de 2012. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2012/prt0005\\_31\\_10\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2012/prt0005_31_10_2012.html)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf)
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Cofen n.º 516 de 24 de junho de 2016. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Enfermagem; 2016 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016\\_41989.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html)
9. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 7.498 de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Presidência da República [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 2021 Mar 10]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
11. Vieira MJ, Santos AA, Silva JM, Sanches ME. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev Eletrônica Enferm*. 2016;18:e1166.
12. Medeiros FD, Silva MG, Sales JC, Ribeiro SG, Silva Júnior FJ, Parente AC. Aspectos relacionados às internações por intercorrências gestacionais. *Enferm Foco*. 2020;11(4):41-8.
13. Bittencourt SD, Cunha EM, Domingues RM, Dias BA, Dias MA, Torres JA, et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. *Rev Saúde Publica*. 2020;54:100.
14. Campos BC, Pereira EP, Medeiros GA, Pereira EP. Perfil da assistência hospitalar prestada por enfermeiras residentes em obstetria em Brasília, Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde*. 2017;47(4):291-300.
15. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro AS. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(spe):94-101.
16. Silva TP, Dumont-Pena E, Sousa AM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DC, et al. Obstetric nursing in best practices of labor and delivery care. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 3):235-42.
17. Costa CS, Dias NA, Dourado ZF. Participação do enfermeiro obstetra no trabalho de parto com distócias. *Rev Cuid Enferm CESUCA*. 2019;5(6):82-92.