

Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino

Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital

Cuidados humanizados: inserción de enfermeras obstétricas en un hospital de enseñanza

**Renata Marien Knupp Medeiros^{I,II}, Renata Cristina Teixeira^{II}, Ana Beatriz Nicolini^{III},
Aline Spanevello Alvares^{I,II}, Áurea Christina de Paula Corrêa^I, Débora Prado Martins^{III}**

^I Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Cuiabá-MT, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Grupo de Pesquisa Projeto Argos-Gerar. Cuiabá-MT, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Mato Grosso, Hospital Universitário Júlio Muller. Cuiabá-MT, Brasil.

Como citar este artigo:

Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACP, Martins DP. Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(6):1029-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>

Submissão: 17-06-2016

Aprovação: 28-07-2016

RESUMO

Objetivo: analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino após a inserção de enfermeiras obstétricas. **Método:** estudo transversal, realizado em uma unidade de PPP de um hospital de ensino da capital do estado de Mato Grosso. A amostra foi composta por dados relativos a 701 partos normais ocorridos entre os anos de 2014 e 2016. Os dados foram organizados com uso do software Excel e analisados no Epi Info versão 7. **Resultados:** os resultados sugerem que a inserção das enfermeiras obstétricas contribuiu para a qualificação do cuidado prestado ao parto e ao nascimento, uma vez que ocorreu a redução de intervenções, tais como a episiotomia e as cesarianas, havendo o incentivo ao uso de práticas que não interferem na fisiologia do processo parturitivo, gerando bons resultados perinatais. **Conclusão:** a inserção dessas enfermeiras colaborou com a humanização do cuidado obstétrico e neonatal.

Descritores: Enfermeiras Obstétricas; Parto Humanizado; Humanização da Assistência; Hospital de Ensino; Parto Normal.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the care provided at an Antepartum, Intrapartum, Postpartum (AIP) unit at a teaching hospital following the inclusion of obstetric nurses. **Method:** transversal study, performed at a AIP unit at a teaching hospital in the capital of the Brazilian state of Mato Grosso. The sample comprised data regarding the 701 childbirths that took place between 2014 and 2016. The data were organized using Excel and analyzed using version 7 of Epi Info software. **Results:** the results suggest that including obstetric nurses contributed towards qualifying the care provided during labor and childbirth, followed by a reduction in the number of interventions, such as episiotomy caesareans sections, and resulting in encouragement to employ practices that do not interfere in the physiology of the parturition process, which in turn generate good perinatal results. **Conclusion:** inserting these nurses collaborated towards humanizing obstetric and neonatal care.

Descriptors: Obstetric Nurses; Humanized Childbirth; Humanization of Care; Hospitals, Teaching; Natural Childbirth.

RESUMEN

Objetivo: analizar la atención brindada en unidad de Preparto/Parto/Posparto (PPP) de hospital de enseñanza luego de inserción de enfermeras obstétricas. **Método:** estudio transversal, realizado en unidad de PPP de hospital de enseñanza de la capital del Estado de Mato Grosso. Muestra compuesta por datos relativos a 701 partos normales sucedidos entre 2014 y 2016. Datos organizados utilizando software Excel y analizados con Epi Info versión 7. **Resultados:** los resultados sugieren que la inserción de enfermeras obstétricas contribuyó a la calificación del cuidado brindado al parto y al nacimiento, habiéndose constatado que existió reducción de intervenciones tales como la episiotomía y la cesárea, existiendo un incentivo para la elección de

práticas que no interfirieran con la fisiología del proceso de parición, generándose buenos resultados perinatales. **Conclusión:** la inserción de las enfermeras colaboró con la humanización del cuidado obstétrico y neonatal.

Descriptores: Enfermeras Obstetras; Parto Humanizado; Humanización de la Atención; Hospitales de Enseñanza; Parto Normal.

AUTOR CORRESPONDENTE

Renata Marien Knupp Medeiros

E-mail: renataknupp@globo.com

INTRODUÇÃO

O modelo tecnocrático hegemônico no setor de saúde brasileiro delineou características peculiares à assistência ao parto e nascimento no país, que vigora com uso indiscriminado de tecnologias e intervenções, desconsiderando ou negando os desconfortos e possíveis efeitos adversos a elas ligados. Esse cenário favorece a prática da cesárea de rotina, a violação dos direitos da mulher e a manutenção dos elevados números de mortalidade materna, apesar das crescentes melhorias na qualidade do cuidado e na ampliação do acesso aos serviços de saúde⁽¹⁻²⁾.

O Ministério da Saúde (MS) tem se preocupado com essa situação desde a década de 1980 e vem formulando um rol de proposições e políticas com vistas à reorganização e à mudança da atenção, objetivando a humanização do cuidado ao parto. Este deve ser baseado em evidências científicas, via atendimento em Centro de Parto Normal (CPN), realizado por equipes multiprofissionais e com a inserção e a valorização da atuação da enfermagem obstétrica⁽²⁾.

A Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e o Parto, ocorrida no Brasil em 1985, promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS), foi um importante marco na revisão das tecnologias utilizadas no nascimento e parto, levando à adoção de recomendações que contraindicam o uso inapropriado e indiscriminado de tecnologias invasivas no parto e destacam os direitos da população à assistência pré-natal e à informação⁽²⁻³⁾.

Em 1996, a OMS desenvolveu e publicou uma classificação das práticas utilizadas na condução do parto vaginal e do nascimento, com base em evidências científicas, orientando para o que deve e o que não deve ser utilizado durante processo parturitivo. Tais recomendações foram organizadas em quatro categorias: A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas; B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C - Práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; D - Práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado. Além disso, preconizou-se a oferta de capacitações e a inserção das Enfermeiras Obstétricas (EO) no atendimento ao parto⁽⁴⁾.

Mais recentemente, a Rede Cegonha, instituída pelo MS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), propôs a criação de uma rede de cuidados que visa a assegurar à mulher o direito à atenção humanizada durante todo processo reprodutivo e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis⁽⁵⁾. Essa estratégia ministerial colocou como um dos requisitos para o funcionamento do CPN a garantia de que a condução da assistência ao parto de risco habitual, pós-parto fisiológico e cuidados

com Recém-Nascido (RN) sadio, da admissão à alta, fossem realizados por obstetrix ou por EO⁽⁶⁾.

Uma investigação, que buscou oferecer subsídios teóricos para sustentar a proposta de que a promoção da maternidade segura requer a efetiva participação de obstetrixes e enfermeiras obstétricas, demonstra que esses profissionais são fundamentais no avanço do movimento de humanização, pois desenvolvem um cuidado voltado para as necessidades singulares de cada mulher, com vistas a valorizar sua autonomia e protagonismo no processo parturitivo⁽⁷⁾.

Em estudo que descreveu o processo de aquisição de práticas por enfermeiras obstétricas de maternidades, do município do Rio de Janeiro, em momento de implantação da política de humanização do parto e nascimento, observou-se que essas profissionais reconfiguram seu cuidado, centrando-o no estímulo do protagonismo da mulher e no respeito à fisiologia do parto⁽⁸⁾.

O termo Humanização é um conceito polissêmico e amplo que, no contexto deste estudo, assume a concepção de um cuidado obstétrico que respeite a fisiologia do parto e o protagonismo da mulher nesse processo. Também busca desenvolver suas práticas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e desincorpora o modelo tecnocrático que valoriza a utilização de condutas invasivas desnecessárias e danosas.

Nesse contexto de mudanças e de busca por um cuidado humanizado e de qualidade ao parto e ao nascimento, que atenda aos preceitos da Rede Cegonha, um Hospital de ensino da capital de Mato-Grosso, referência para o atendimento de pré-natal de alto risco e de parto na Baixada Cuiabana, criou no ano de 2014 uma unidade nomeada de "Pré-parto, Parto e Pós-parto" e inseriu enfermeiras obstétricas em todos os turnos de trabalho.

Apesar de algumas instituições brasileiras oferecerem um trabalho integrado entre enfermeiras e médicos no cuidado ao parto e nascimento, os resultados desses serviços com ênfase nas práticas dos profissionais que atuam nessa perspectiva ainda não são conhecidos de forma sistematizada⁽⁹⁾. Assim, vislumbrando o potencial de renovação e transformação de práticas em saúde do trabalho dessas profissionais, o presente estudo tem como objetivo analisar o cuidado prestado em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino após a inserção de enfermeiras obstétricas.

MÉTODO

Aspectos éticos

Esta investigação foi precedida da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso, em conformidade com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e de delineamento transversal. A abordagem quantitativa constitui em um retrato real de toda a população alvo da pesquisa, uma vez que geralmente possui uma amostra grande e considerada representativa da população⁽¹⁰⁾. Este estudo foi realizado em uma unidade PPP de um hospital de ensino de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, entre o período de outubro de 2014 e março de 2016.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Os dados coletados referem-se a todos os partos normais realizados na Unidade em estudo, no período compreendido entre a abertura dessa unidade de PPP e março de 2016, com o uso de um banco de dados no qual as enfermeiras obstétricas inserem informações relativas aos partos ali ocorridos. Foram incluídos neste estudo os dados relativos aos partos normais ocorridos naquele período, tendo como critério de exclusão os abortos e natimortos, totalizando 701 partos normais.

Protocolo do estudo

Os dados foram acessados a partir de um sistema de registro existente na Unidade, onde são inseridos dados relativos a cada parto ali assistido. Estão disponibilizados para as pesquisadoras que os sistematizaram, criando um banco de dados com as seguintes variáveis: as relacionadas ao perfil das gestantes (faixa etária); aos antecedentes obstétricos (número de gestações anteriores, tipo de parto); a assistência recebida na gestação estudada (número de consultas pré-natal); e sobre o parto atual (idade gestacional, métodos não farmacológicos para alívio da dor, métodos de indução, presença de acompanhante, posição do parto, grau de laceração, episiotomia, profissional que acompanhou o parto).

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram organizados com uso do software Excel e analisados no Epi Info versão 7. Para a análise, foram calculadas frequências absolutas e relativas, cálculo de média, mediana e moda, conforme indicação. A discussão foi realizada com base nas evidências científicas atuais sobre boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

RESULTADOS

Os resultados referem-se aos 701 partos normais de risco habitual e de alto risco, assistidos na unidade PPP do hospital de ensino selecionado. A assistência aos partos aqui caracterizados e analisados decorre de um trabalho integrado entre enfermeiras obstétricas e médicos.

A idade das mulheres variou entre 12 e 45 anos, sendo a mediana 24 anos, a média 24,6 anos e a moda 20 anos. A faixa etária variou de 20 e 29 anos correspondendo a 52,8% e as adolescentes (menores de 20 anos) a 24,7%.

Em relação a paridade, a maioria das parturientes era nulípara (36,9%) e o seguimento que possuía histórico de um parto anterior correspondeu a 28,4%. A multiparidade (três ou mais partos anteriores) esteve presente entre 34,7%

das mulheres, caracterizando uma importante parcela dos atendimentos.

Dentre as mulheres que já haviam tido alguma experiência de parto prévio (66,1%), 78,5% desse total correspondia ao parto vaginal, 10,2% à cesariana e 11,3% a ambas as vias de nascimento. A maior parte das parturientes recebeu assistência pré-natal (97,2%) e, destas, 71,9% fizeram seis consultas ou mais. Um número significativo de partos decorreu de gestações a termo (88%), seguidas das gestações pré-termo (11,4%) e de um pequeno número de gestações pós-termo (0,6%).

A Tabela 1 mostra a utilização de algumas práticas demonstradamente úteis e apropriadas ao parto e nascimento, conforme a classificação da OMS⁽⁴⁾. Das parturientes atendidas, 88,7% optaram pela presença de um acompanhante. Nesses casos, o companheiro foi eleito em 38,7% dos casos, 30,6% foram acompanhadas por suas mães e 30,7% escolheram outros familiares ou amigas.

A maioria das parturientes utilizou práticas que não interferem na fisiologia do parto (83%). As posições verticalizadas no período expulsivo foram frequentes (70,4%), predominando a posição semissentada (44,2%).

Tabela 1– Práticas demonstradamente úteis e apropriadas ao parto e nascimento, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2014 - 2016

Práticas	n	%
Presença de acompanhantes		
Total	661	100
Sim	586	88,7
Não	75	11,3
Práticas que não interferem na fisiologia do parto ¹		
Total	663	100
Sim	550	83
Não	113	17
Parto verticalizado		
Total	668	100
Sim	470	70,4
Não	198	29,6
Clampamento oportuno do cordão umbilical		
Total	624	100
Sim	474	76
Não	150	24
Contato pele a pele		
Total	677	100
Sim	495	73,1
Não	182	26,9
Aleitamento na 1º hora de vida		
Total	671	100
Sim	537	80
Não	134	20

Fonte: Banco de dados de uma unidade de pré-parto, parto e pós-parto de um hospital de ensino, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

Nota: ¹ = No âmbito desta investigação, tais práticas correspondem ao uso da bola suíça, banho de aspersão morno, massagem, deambulação, escalda-pés e agachamento.

Após o nascimento, 76% dos clameamentos do cordão umbilical foram realizados oportunamente, 73,1% dos RNs foram mantidos em contato pele a pele precoce com suas mães e 80% deles foram amamentados na primeira hora de vida.

No que se refere às condições de nascimento, a maioria significativa dos RNs apresentou escore de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida superior a sete, correspondendo a taxas de 93% e 99%, respectivamente.

A Tabela 2 apresenta as práticas obstétricas que não interferem na fisiologia do parto que foram usadas pelas parturientes do estudo. Os métodos mais recorrentes foram aqueles indicados para o alívio da dor e relaxamento, como o banho (58,2%), a deambulação (47,1%) e a massagem (19,5%), seguidas das práticas utilizadas para favorecer a progressão fetal, como os exercícios com a bola suíça (54,6%) e o agachamento (8,8%). Poucas parturientes fizeram uso do banco obstétrico (2,6%) e do escalda-pés (0,4%).

Essas práticas, em sua maioria, não foram utilizadas de maneira isolada, uma vez que um número significativo de parturientes (76,3%) associou o uso de duas ou mais delas. Assim, a Tabela 2 demonstra a frequência de utilização de práticas que não interferem na fisiologia do parto. Essa tabela não totaliza 100%, pois apresenta resultados que demonstram a utilização de diversos métodos por uma mesma parturiente.

Tabela 2 – Práticas que não interferem na fisiologia do parto, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2014 – 2016

Práticas	n	%
Bola suíça	362	54,6
Banho morno	386	58,2
Massagem	129	19,5
Deambulação	312	47,1
Escalda-pés	3	0,4
Agachamento	58	8,8
Banqueta	17	2,6

Fonte: Banco de dados de uma unidade de pré-parto, parto e pós-parto de um hospital de ensino, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

A Tabela 3 detalha a utilização de algumas das práticas que são claramente prejudiciais ou que são utilizadas de forma inapropriada⁽⁴⁾ no trabalho de parto e/ou parto. Está demonstrado que um pequeno número de mulheres foi submetido a episiotomia (8,8%). Dentre as puérperas que não receberam esse procedimento, 36,2% não apresentou nenhum tipo de traumatismo perineal.

As lacerações perineais espontâneas mais frequentes foram as de segundo (59,4%) e primeiro (37,4%) graus, seguidas daquelas classificadas como terceiro e quarto graus, que estiveram presentes em 2,9% e 0,3% das mulheres, respectivamente.

Tabela 3 – Práticas claramente prejudiciais ou utilizadas de forma inapropriada no trabalho de parto e/ou parto, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2014 - 2016

Práticas	n	%
Episiotomia		
Total	680	100
Sim	60	8,8
Não	620	91,2
Ocitocina		
Total	656	100
Sim	181	27,6
Não	475	72,4
Parto em posição horizontal		
Total	668	100
Sim	198	29,6
Não	470	70,4

Fonte: Banco de dados de uma unidade de pré-parto, parto e pós-parto de um hospital de ensino, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

No que diz respeito ao uso de terapia medicamentosa, constatou-se a administração de ocitocina sintética em 27,6% dos casos. Em relação à realização de amniotomia, não foram localizados registros sistematizados no banco de dados sobre a sua realização na Unidade em estudo.

Chama a atenção o fato de que, apesar da enfermeira obstétrica participar diretamente da assistência ao trabalho de parto de todas as gestantes internadas na Unidade, o desfecho do parto foi assistido por essas profissionais em 28,7% dos casos, pelos médicos em 71,3%, o que pode ser explicado por se tratar de um hospital de ensino.

DISCUSSÃO

Anterior à discussão dos dados, é importante ressaltar que o modelo assistencial do hospital de ensino estudado esteve centrado no médico como principal provedor da atenção ao parto e ao nascimento até meados do ano de 2014, quando eram registradas altas taxas de intervenções no processo parturitivo, como é o caso de 58,4% das vias de nascimento por cesarianas.

Nesse cenário institucional, destaca-se que os hospitais de ensino têm como características a centralidade no processo de formação, o que determina a ocorrência de rodízio entre os que ali atuam, sendo frequente a presença de docentes, discentes de medicina, enfermagem e outras áreas da saúde. Essa forma de organização que prioriza o ensino tem sido apontada como fator dificultador para o estabelecimento de vínculo entre cuidadores e pacientes e para a concretização de uma prática humanizada e livre de intervenções sem indicações clínicas⁽¹¹⁾.

Com a inserção das enfermeiras obstétricas na unidade PPP, o cuidado passou a ser compartilhado com a equipe médica, iniciando um processo de transição no modelo tradicional até então predominante. Nessa nova organização, as parturientes de risco habitual e RNs saudáveis são acompanhadas pelas EOs e/ou médicos residentes em obstetrícia e pediatria. Nos

casos de complicações e de alto risco, o cuidado é compartilhado com o médico, sendo este o profissional que assiste ao parto e recebe o RN.

Concomitante à entrada dessas profissionais, introduziu-se o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos no cuidado à parturiente, até então não utilizados naquele contexto. Nesta investigação, observou-se a ampla utilização dessas práticas que estiveram presentes em 83% dos partos, o que contrasta com os dados da Pesquisa Nascer no Brasil, que encontrou um índice de apenas 17,8% nas maternidades da região Centro-Oeste do país⁽¹²⁾.

Entre os procedimentos não farmacológicos para o alívio da dor utilizados, os mais recorrentes foram o banho de aspersão morno (58,2%), o uso da bola suíça (54,6%) e a deambulação (47,1%). Tratam-se de práticas de baixo custo que podem ser facilmente ofertadas pelos serviços de saúde, sendo que apresentam grande impacto na qualidade da assistência, principalmente por substituírem, na medida do possível, o uso de medicações anestésicas e analgésicas⁽¹³⁾. Na maioria dos casos, esses métodos foram utilizados de forma associada (76,3%), atuando de forma complementar, o que favorece uma diminuição significativa da dor e maior promoção do conforto materno, quando comparado com a sua utilização isolada⁽¹³⁻¹⁴⁾. As primigestas e mulheres mais novas (até 30 anos) foram as que mais acessaram os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, dado que corrobora com achados de outros estudos⁽¹²⁾.

Dentre as parturientes que fizeram uso das práticas não invasivas, grande parte (75,8%) optou por posições verticais para o momento do parto, contrariando o índice de 97,3% de posições litotômicas encontrado nas maternidades da região Centro-Oeste⁽¹²⁾.

Com relação às posturas maternas adotadas no período expulsivo, uma meta-análise evidenciou que as posições verticais reduzem significativamente as taxas de episiotomia e lacerações perineais, tanto em primíparas como em múltiparas⁽¹⁵⁾. Contudo, nesta investigação, a taxa de episiotomia não apresentou grande variação com relação à posição do parto (vertical ou horizontal). As parturientes que adotaram posições verticalizadas apresentaram um discreto aumento de lacerações de 2º grau.

Esse achado corrobora com os resultados de uma meta-análise que investigou os riscos e benefícios de diversas posições adotadas durante o segundo estágio do trabalho de parto, constando maior ocorrência de laceração perineal de 2º grau nos partos verticais ou em decúbito lateral, quando comparados aos partos horizontais. Apesar disso, o estudo reforça diversos benefícios decorrentes das posições verticalizadas e recomenda que a mulher deva ser encorajada a fazer escolhas informadas sobre a posição de parto que deseja assumir⁽¹⁶⁾.

Ainda no sentido de promover a autonomia das parturientes, observou-se que grande parte destas optou por permanecer com um acompanhante de sua livre escolha durante o período parturitivo (88,7%), o que vai ao encontro da legislação vigente⁽¹⁷⁾ e dos benefícios apontados por evidências científicas atuais. Uma revisão sistemática que analisou 21 ensaios clínicos randomizados indicou que essa prática contribui significativamente para o aumento dos partos vaginais espontâneos, redução da necessidade de analgesia intraparto,

redução do tempo de trabalho de parto, assim como satisfação da experiência materna⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

No que diz respeito às práticas intervencionistas, a taxa de episiotomia verificada no período estudado foi de apenas 9,1%, correspondendo ao padrão ideal preconizado pela OMS, que sugere uma taxa de aproximadamente 10% do procedimento⁽⁴⁾. Essa é uma realidade em diversos países da Europa, mas distante do cenário brasileiro, que apresentou índices de 57% entre maternidades públicas e privadas, podendo atingir, nestas, valores significativamente maiores⁽¹²⁾.

Um estudo de caso-controle realizado com 522 mulheres em Recife, que objetivou obter informações sobre os fatores associados à episiotomia, concluiu que a prática desse procedimento está fortemente associada a partos assistidos por médicos, com a primiparidade e com o parto instrumental, sendo menos comum em partos assistidos por enfermeiras⁽²⁰⁾.

Tais achados corroboram com os resultados da presente investigação, uma vez que 56,7% das mulheres submetidas ao procedimento vivenciavam sua primeira experiência parturitiva. Foi encontrada, ainda, uma significativa relação entre a prática de episiotomia e a assistência médica (93%). Cabe ressaltar que a presença de episiotomia não é protetora contra traumatismos, mas contribui para a ocorrência de laceração perineal grave⁽²¹⁾.

A ocitocina sintética pode ser utilizada para indução, aceleração ou correção de alterações na evolução do trabalho de parto. O uso desse medicamento foi identificado em 27,6% dos casos. A prevalência dessa prática se encontra aquém da encontrada em um estudo de abrangência nacional, realizado em maternidades públicas e privadas (40%)⁽¹²⁾. Altos índices (54%) foram também encontrados em uma investigação realizada em um hospital municipal do Rio de Janeiro - RJ, que analisou 4.510 partos⁽²²⁾.

Apesar das evidências apontarem que, em alguns casos, a terapia com ocitocina esteja relacionada a uma redução discreta nos índices de cesariana, as mesmas reconhecem que seu uso deve ser ponderado, principalmente pelo risco de desencadear uma "cascata de intervenções" em mulheres de risco habitual⁽¹²⁾. O uso indiscriminado desse medicamento nas diversas maternidades pode estar relacionado à forte influência do modelo tecnocrático sobre as práticas dos profissionais, o que reproduz uma assistência intervencionista.

Acredita-se que a persistência dessas práticas em serviços em que as enfermeiras obstétricas já foram inseridas justificasse, em parte, pela autonomia médica, uma vez que é atribuído a esses profissionais a prescrição de medicamentos, entre eles a ocitocina⁽⁹⁾.

Os dados desta investigação também permitiram constatar a presença de práticas humanizadas no cuidado ao RN. Dentre elas, observou-se que em 76% dos nascimentos realizou-se o clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno, o que é benéfico, em detrimento ao clampeamento imediato, produzindo melhores resultados neonatais, com destaque para a proteção contra anemia⁽²³⁾.

O contato precoce entre mãe e bebê foi proporcionado a 73,1% dos binômios do estudo, o que promove benefícios adicionais a curto e longo prazo, pois facilita o estabelecimento da amamentação, possibilita maior estabilidade

térmica do RN, ajuda na expulsão placentária e incentiva o vínculo entre mãe e filho⁽²⁴⁾. Um estudo que buscou conhecer a experiência de mulheres em relação ao contato pele a pele com o seu bebê no momento imediato ao nascimento, em um hospital de ensino, evidenciou que o RN se acalma ao sentir o calor materno e ao reconhecer a mãe. Esse contato traz alívio, segurança e emoção para a mãe, contribui para a formação de vínculos e atenua o sofrimento do parto⁽²⁵⁾.

As situações em que o contato precoce entre mãe e filho não ocorreu, na unidade estudada, relacionam-se, na maioria dos casos, com a separação do binômio para a execução de procedimentos de rotina, evidenciando a priorização dos cuidados centrados na técnica, que desvalorizam o ser humano e a atenção à sua saúde⁽²³⁾. Cabe ressaltar que para a maioria dos partos de risco habitual recomenda-se que os bebês saudáveis sejam avaliados e cuidados junto à sua mãe, possibilitando o contato pele a pele enquanto o cuidador se ocupa com a promoção de calor, liberação das vias aéreas e recepção amistosa⁽²⁶⁾.

No que diz respeito ao estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, 80% dos RNs foram amamentados, prática que possui importante efeito protetor contra a mortalidade neonatal. Dentre os fatores que contribuem para o início do aleitamento materno na primeira hora de vida estão a ajuda prestada pela equipe de saúde à amamentação ao nascimento, a multiparidade, a realização de pré-natal, o parto normal e o peso adequado ao nascer⁽²⁷⁾.

É importante ressaltar que, apesar de caracterizarem práticas benéficas, o incentivo do contato pele a pele e do aleitamento imediatos não devem ocorrer de forma mecânica, obrigando a puérpera a iniciar o aleitamento materno de forma brusca e repentina, uma vez que humanizar o cuidado envolve respeitar a vontade da mulher em executar ou não essa prática⁽²⁴⁾.

Quanto às condições neonatais, o desfecho foi favorável para a maioria dos RNs, já que 99% apresentaram escore de Apgar entre 7 e 10 no quinto minuto de vida, reforçando a segurança e os benefícios da utilização de práticas obstétricas que não interferem na fisiologia do parto.

Nesse contexto, inúmeros benefícios têm sido atribuídos ao modelo colaborativo de assistência, uma vez que a presença contínua da EO permite enfocar aspectos fisiológicos e emocionais da parturição, favorecendo o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico do parto, componente fundamental na assistência humanizada⁽²⁸⁾.

Estudos científicos internacionais têm evidenciado a melhoria da qualidade da assistência ao parto com a presença dessas profissionais, como destacou uma revisão sistemática da Cochrane, que buscou comparar o modelo de assistência obstétrica contínua liderado por obstetras com outros modelos assistenciais. O estudo concluiu que as parturientes assistidas pelo primeiro modelo tiveram menor probabilidade de sofrer intervenções como episiotomia e parto instrumental, proporcionando maior sensação de controle da experiência materna e satisfação com os cuidados recebidos⁽²⁹⁾.

Entre as limitações da presente investigação, destacam-se a ausência do registro sistematizado de práticas intervencionistas ainda utilizadas na assistência ao parto, como a amniotomia e a redução de colo uterino, assim como a inexistência de

documentação referente às taxas de episiotomia no período anterior à entrada da EO na unidade estudada. Embora esteja restrito a uma realidade hospitalar, o diagnóstico do cuidado compartilhado entre médicos e enfermeiras, apresentado neste estudo, visa oferecer subsídios para que gestores e profissionais de saúde avaliem a implantação desse modelo assistencial, a fim de definir estratégias para a implementação de futuras ações que objetivem a consolidação da humanização nas diversas unidades da rede de saúde que atendem à mulher e ao recém-nascido.

CONCLUSÃO

A análise das práticas implementadas no processo de cuidar no parto e no nascimento neste estudo demonstrou que, mesmo se tratando de um cenário de ensino, que tende a adotar o modelo tecnocrata, a inserção da EO tem determinado o predomínio de um cuidado considerado humanizado, o que sugere que novos profissionais de saúde estão sendo formados nessa perspectiva assistencial.

A preponderância das práticas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com o que é preconizado pelo MS/OMS, como o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, das posições verticais no segundo período do parto, da presença do acompanhante de escolha da mulher e das práticas humanizadas de recepção ao RN, qualifica o cuidado prestado e valoriza o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras obstétricas, além de reduzir a utilização de práticas intervencionistas sem a adequada indicação clínica e respaldo científico.

Isso é evidenciado pela redução superior a 10% na taxa de cesarianas no final do ano de 2014, período que sucedeu a inserção das enfermeiras obstétricas na unidade PPP, e pelos baixos índices de episiotomia encontrados no estudo (8,8%), que vão ao encontro do postulado pelo MS como indicado.

A relação entre a episiotomia, a primiparidade e a assistência médica encontrada precisa ser melhor investigada e discutida, pois trata-se de uma associação que aponta para a permanência de traços do modelo tecnocrático que precisam ser superados, tendo em vista o alcance de uma assistência integral e humanizada. Nesse sentido, também se faz necessário melhor averiguar a prescrição/indicação da ocitocina sintética nos trabalhos de parto/parto de risco habitual.

Desse modo, o estudo evidencia que o cuidado da EO tem se mostrado alinhado aos preceitos da humanização da assistência ao parto e ao nascimento, ao passo que a inserção dessas profissionais no contexto estudado reconfigurou atitudes e práticas em saúde implementadas pelos agentes atuantes no campo obstétrico e neonatal.

Vale ressaltar que a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, aprovada no ano de 1986, respalda a atuação da Enfermeira Obstétrica no cuidado integral ao processo parturitivo, evidenciando sua autonomia e preparo para oferecimento de cuidado ao parto e ao nascimento. Portanto, a efetivação da humanização do cuidado requer, necessariamente, a inserção e a ação da EO, com vistas a alcançá-la nas maternidades e CPN do país.

REFERÊNCIAS

- Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev Bras Cresc Desenvol. Hum* [Internet]. 2009[cited 2016 May 05];19(2):313-26. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>
- Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface* [Internet]. 2009[cited 2016 May 05];13(supl.1):759-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1.pdf>
- World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;24:436-7
- World Health Organization. maternal and newborn health/safe motherhood unit care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde; 2011.*
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília; 2015.
- Narchi NZ, Cruz EF, Goncalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013[cited 2016 May 02];18(4):1059-68. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>
- Camacho KG, Progiante JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 14];15(3):648-55. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v15n3/06.pdf>
- Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016[cited 2016 Apr 14];20(2):324-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf
- Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009[cited 2016 Apr 14]. A pesquisa científica; p.120. Available from: <http://www.ufrgs.br/cursopgdrr/downloadsSerie/derad005.pdf>
- Monticelli M, Brüggemann OM, Guerini IC, Boing AF, Padilha MF, Fernandes VB. A filosofia assistencial da maternidade de um hospital universitário na visão dos acadêmicos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010[cited 2016 Apr 14];19(1):25-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a03>
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2016 Apr 28];30(suppl.1):S1-16. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf
- Osório SMB, Silva Júnior LG, Nicolau AIO. Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. *Rev Rene* [Internet]. 2014[cited 2016 Apr 14];15(1):174-84. Available from: <http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/3113/2387>
- Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrieloni MC. Warm shower aspersion, perineal exercises with Swiss ball and pain in labor. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013[cited 2016 May 05];26(5):478–84. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/en_a12v26n5.pdf
- Vasco MS, Poveda CB. Metaanálisis sobre posturas maternas en el expulsivo para mejorar los resultados perineales. *Matronas Prof* [Internet]. 2015[cited 2016 Apr 14];16(3):90-5. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/19645/173/metaana-lisis-sobre-posturas-maternas-en-el-expulsivo-para-mejor-ar-los-resultados-perineales>
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2004[cited 2016 May 05];1 Art. No.: CD002006. Available from: <http://apps.who.int/whl/reviews/CD002006.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Bruggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. The integration of the birth companion in the public health services in Santa Catarina, Brazil. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2013[cited 2016 May 02]; 17(3):432-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/en_1414-8145-ean-17-03-0432.pdf
- Mafetoni RR, Shimo AKK. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. *Rev Mineira Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 Apr 28];18(2):513-20. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/942>
- Braga GC, Clementino STP, Luz PFN, Scavuzzi A, Noronha Neto C, Amorim MMR. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2014[cited 2016 May 05];60(5):465-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n5/0104-4230-ramb-60-05-0465.pdf>
- Hauck YL, Lewis L, Nathan EA. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth* [Internet]. 2015[cited 2016 May 11];Mar 28(1):16-20. Available from: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(14\)00097-3/abstract](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(14)00097-3/abstract)
- Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Obstetric Nurses: contributions to the objectives of the

- Millennium Development Goals. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015[cited 2016 May 02];36(nspe):94-101. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgeenf/v36nspe/en_0102-6933-rgeenf-36-spe-0094.pdf
23. Müller EB, Zampieri MFM. Divergences regarding the care of newborns in the obstetric center. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 Apr 14];18(2):247-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/en_1414-8145-ean-18-02-0247.pdf
 24. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014[cited 2016 May 05];67(2):202-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0202.pdf>
 25. Wei CY, Gualda DMR, da Silva LCFP, Melleiro MM. A percepção de puérperas oriundas da atenção primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino. *Mundo Saúde* [Internet]. 2012[cited 2016 May 05];36(3):468-74. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/9.pdf
 26. Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo os na Zona Leste do município de São Paulo. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009[cited 2016 May 02];62(4):546-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/09.pdf>
 27. Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC, Souza IEO, Mello RR. Assessment of factors that interfere on breastfeeding within the first hour of life. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2013[cited 2016 Apr 14];16(2):525-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/en_1415-790X-rbepid-16-02-00525.pdf
 28. Vogt SE, Silva KS, Dias MA. Comparison of childbirth care models in public hospitals, Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2016 Apr 28];48(2):1-10. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/en_0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf
 29. Sandall J SH, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015[cited 2016 May 11];15(9):CD004667. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/pdf/abstract>
-