

## Tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal: práticas de enfermeiros e médicos obstetras

*Care technologies in the assistance to normal childbirth: practices of nurses and obstetricians*

*Tecnologías del cuidado en la asistencia al parto normal: prácticas de enfermeros y obstetras*

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar as tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal utilizadas por enfermeiros e médicos obstetras. **Método:** Estudo transversal analítico realizado com 335 puérperas de uma maternidade de referência. Os dados foram analisados mediante inferência estatística, considerando-se estatisticamente significantes os valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Houve maior prevalência e associação da amamentação e livre escolha da posição nos partos assistidos por enfermeiro, e com métodos não farmacológicos para alívio da dor, episiotomia, ocitocina, ordens verbais e posição supina nos partos assistidos por profissional médico. No modelo final da regressão, permaneceram associadas aos partos auxiliados por enfermeiro as maiores chances de a mulher ter livre escolha na posição de parir, de não ser efetuada a episiotomia e não ser administrada ocitocina. **Conclusão:** Tecnologias do cuidado capazes de favorecer a autonomia da mulher e sua individualidade no parto normal foram associadas ao enfermeiro obstetra, oportunizando uma assistência respeitosa e segura.

**Descritores:** Cuidados de enfermagem; Obstetrícia; Parto humanizado; Prática clínica baseada em evidências.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the care technologies in the assistance to natural childbirth used by nurses and obstetricians. **Method:** Analytical cross-sectional study carried out with 335 women who just gave birth in a reference maternity hospital. The data were analyzed using statistical inference, with  $p < 0.05$  being considered statically significant.

**Results:** There was a higher prevalence and association of breastfeeding and free choice of position in childbirths attended by a nurse, and with non-pharmacological methods for pain relief, episiotomy, oxytocin, verbal orders, supine position in childbirths attended by a doctor. In the final regression model, the greater chances of a woman have a free choice in the position of give birth, of not to do episiotomy and not be administered oxytocin remained associated to the childbirths attended by nurses.

**Conclusion:** Care technologies capable of favoring women's autonomy and their individualities in natural childbirth were associated to the obstetrician nurse, providing a respectful and safe care.

**Descriptors:** Nursing care; Obstetrics; Humanizing delivery; Evidence-based practice.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las tecnologías de atención en la asistencia al parto normal utilizadas por enfermeros y obstetras. **Método:** Estudio analítico transversal realizado con 335 puérperas de una maternidad de referencia. Los datos se analizaron mediante inferencia estadística, considerando valores de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativos. **Resultados:** Hubo mayor prevalencia y asociación de lactancia materna y libre elección de puesto en los partos atendidos por enfermera, y con métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, episiotomía, oxitocina, órdenes verbales y decúbito supino en los partos atendidos por un profesional médico. En el modelo de regresión final, las mayores posibilidades de que una mujer tuviera libre elección en la posición de dar la luz, de no someterse a una episiotomía y no recibir oxitocina, permanecieron asociadas a los partos. **Conclusión:** Las tecnologías de atención capaces de favorecer la autonomía de la mujer y su individualidad en el parto normal se asociaron con la enfermera obstétrica, brindando oportunidades para un cuidado respetuoso y seguro.

**Descritores:** Atención de enfermería; Obstetrícia; Nacimiento humanizado; Práctica clínica basada en evidencias.

Elizama Paula Gomes da Rocha<sup>1</sup>

 [0000-0003-1315-9814](https://orcid.org/0000-0003-1315-9814)

Nívea Alane dos Santos Moura<sup>1</sup>

 [0000-0001-9174-9487](https://orcid.org/0000-0001-9174-9487)

Geyslane Pereira Melo de  
Albuquerque<sup>2</sup>

 [0000-0001-7246-8831](https://orcid.org/0000-0001-7246-8831)

Eliane Rolim de Holanda<sup>1</sup>

 [0000-0001-6433-9271](https://orcid.org/0000-0001-6433-9271)

Viviane Rolim de Holanda<sup>3</sup>

 [0000-0002-7212-1800](https://orcid.org/0000-0002-7212-1800)

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de Pernambuco, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

**Autor correspondente:**

Elizama Paula Gomes da Rocha

**E-mail:** paulagrocha2015@gmail.com

### Como citar este artigo:

Rocha EPG, Moura NAS, Albuquerque GPM, et al. Tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal: práticas de enfermeiros e médicos obstetras. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2021;11:e4218. [Access\_\_\_\_\_]; Available in:\_\_\_\_\_. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4218>

## INTRODUÇÃO

No decorrer dos anos, a assistência ao parto sofreu modificações, tanto no que tange às condutas dos profissionais, como na compreensão da população a respeito do assunto<sup>(1)</sup>. Tradicionalmente, a parturição era um episódio familiar centralizado na mulher, mas passou por transformações sob influência do surgimento de um modelo biomédico e hospitalocêntrico, no qual se associou a ideia do protagonismo médico com a segurança do binômio materno-fetal. Nesse contexto, o parto normal torna-se um evento de risco que requer intervenções<sup>(2)</sup>.

Enquadrado nessa conjuntura, o Brasil exibe um modelo de atenção ao pré-parto, parto e puerpério desenhado pela presença de excessivas interferências profissionais, por vezes, ocasionando casos de violência obstétrica<sup>(3)</sup>. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), define-se assim qualquer ato desrespeitoso, desumanizado, oriundo de negligência e maus-tratos contra a parturiente e/ou o neonato, sendo este físico (a exemplo do uso indiscriminado de ocitocina, episiotomias, manobras de Kristeller) ou psíquico (insultos verbais, abuso de relação hierárquica, restrição da fala)<sup>(4)</sup>.

Estatísticas denotam que um quarto das brasileiras que experienciaram partos normais em contextos hospitalares referem ter sido vítimas de violência e/ou maus-tratos. Assim sendo, dado o contexto da violência obstétrica delimitado por um predomínio de causas evitáveis e altas taxas de intervenções desnecessárias, nota-se a necessidade de remodelar essa realidade a partir do aprimoramento da assistência à parturiente, o que inclui transformações no cuidado ofertado pelos profissionais de saúde<sup>(4)</sup>.

É sabido que a maioria dos profissionais da área obstétrica recebeu uma formação em um modelo tradicional da assistência, legitimado pela cultura institucional do poder, tendo suas práticas acadêmicas realizadas essencialmente nos corpos de mulheres, na maior parte das vezes, sem seu consentimento, desconsiderando os limites da ética e do respeito<sup>(5)</sup>.

Entretanto, de forma geral, a formação médica obstetra acha-se mais centrada em práticas intervencionistas, enquanto a do enfermeiro obstetra (EO) agrega-se à humanização da assistência, resgatando o parto como um evento fisiológico, na medida em que emprega as tecnologias do cuidado e evita intervenções desnecessárias, respeitando a

integralidade feminina e sua privacidade no transcurso do processo gestar e parir<sup>(6)</sup>.

Visando à qualificação da assistência e pautado na inserção das Boas Práticas de Atenção ao Parto normal, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro criou a estratégia Rede Cegonha, impulsionando o processo de desconstrução do modelo intervencionista, em prol da humanização da assistência<sup>(7)</sup>.

Este caráter humanístico enfatizado no respeito atua positivamente no estabelecimento de vínculo de confiança entre a parturiente e o profissional de saúde, promovendo um ambiente satisfatório para o cuidado centrado no binômio materno-fetal<sup>(2)</sup>.

Logo, as tecnologias do cuidado obstétrico consistem em um conjunto de práticas e conhecimentos utilizados em relação à mulher, compreendendo o parto como um processo natural e fisiológico, priorizando o respeito e a manutenção da integralidade física e psíquica. E devem ser desenvolvidas através de condutas não invasivas, respeitando a mulher como protagonista da parturição<sup>(8)</sup>.

Nesse contexto, questiona-se: Quais as tecnologias do cuidado utilizadas na prática de enfermeiros e médicos obstetras na assistência ao parto normal hospitalar? Responder a esse questionamento justifica-se pela necessidade de refletir e discutir sobre as tecnologias do cuidado obstétrico, em busca de uma atenção humanizada e de qualidade ao parto normal que considere as orientações da Rede Cegonha. Ademais, vislumbra-se o potencial transformador do enfermeiro obstetra na renovação do parto como processo natural, seguro e respeitoso. Isto posto, esta pesquisa objetiva analisar as tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal utilizadas por enfermeiros e médicos obstetras.

## MÉTODOS

Estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa, delineado pelo protocolo Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). Os dados foram coletados entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019 em uma maternidade pública de referência materno-infantil, na Zona da Mata Pernambucana. A amostra, composta por puérperas, foi calculada com base nos partos normais ocorridos na maternidade no ano anterior à pesquisa, totalizando 2.603 partos. Considerando esta informação, utilizou-se a fórmula para cálculo amostral de estudos

transversais de população finita, adotando-se um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e um valor crítico de 1,96. Assim, obteve-se uma amostra de 335 puérperas.

Foram incluídas mulheres em qualquer faixa etária, de gestação de risco habitual cujo parto vaginal ocorreu na maternidade, com feto único, cefálico, idade gestacional entre 37 e 41 semanas e que no pós-parto imediato foram encaminhadas ao Alojamento Conjunto. Excluíram-se puérperas que apresentaram natimortos ou óbito neonatal; e que tinham alguma limitação cognitiva e mental, previamente diagnosticada, que dificultasse a compreensão e expressão verbal, impossibilitando sua participação.

Realizaram-se entrevistas face a face com as puérperas durante a internação no alojamento conjunto da maternidade e extraíram-se dados complementares no prontuário desta e do recém-nascido (utilização do partograma, infusão de uterotônicos, peso e escore Apgar da criança). Para tanto, utilizou-se questionário contendo perguntas sobre características sociodemográficas, antecedentes obstétricos e dados sobre o trabalho de parto, parto e pós-parto e avaliação da mulher a respeito da assistência recebida.

O questionário foi construído baseado em indicadores do programa Rede Cegonha; diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde<sup>(7)</sup>; recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma experiência positiva de parto<sup>(9)</sup>.

Em seguida, o questionário foi avaliado por três especialistas na área de saúde da mulher para adequação dos itens. Realizou-se um teste piloto com cinco puérperas para verificar a aceitabilidade, clareza e entendimento da linguagem do instrumento. Verificou-se a necessidade de novos ajustes e desprezou-se essa testagem da amostra estatística. Um segundo teste piloto comprovou a qualidade e aceitabilidade do instrumento.

Considerou-se como variável dependente aquela associada ao cuidado ao parto normal recebido por profissionais enfermeiro ou médico obstetras; e, como variáveis independentes, o contato pele a pele, presença de doula, métodos não farmacológicos para alívio da dor, oferta de alimentos, movimentar-se, livre escolha da

posição na hora do parto, toque vaginal, tricotomia, enema, puxo dirigido, manobra de Kristeller, episiotomia, ocitocina pré-parto, violência verbal (calar-se), posição supina no período expulsivo, amamentação na primeira hora e partograma preenchido no prontuário.

Os dados foram analisados no SPSS versão 23.0 por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, relativa e os intervalos de confiança de 95% das proporções) e inferencial (teste Qui-Quadrado, teste Exato de Fisher e o modelo de regressão logística múltipla ajustada). Na análise multivariada, o ajuste dos potenciais efeitos de confusão foi por regressão logística. Para inclusão no modelo inicial da regressão, como forma de verificar as variáveis confundidoras, adotou-se uma significância de até 20% ( $p < 0,20$ ) obtida na análise bivariada. Ao final, foram consideradas significativas para permanência no modelo ajustado as variáveis com valor de  $p < 0,05$  no teste Wald. O método de entrada dos dados em todas as fases da regressão foi o de entrada forçada (*enter*). Destaca-se que todas as variáveis foram respondidas durante a entrevista, de modo que não houve perda de dados ou valores omissos por ausência de resposta das participantes.

O teste de multicolinearidade, segundo os parâmetros de Tolerance e VIF (Variance Inflation Factors), confirmou a ausência de multicolinearidade entre as variáveis independentes. A qualidade do ajuste da regressão logística foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow e o R<sup>2</sup> de Nagelkerke. A adequação do modelo final foi avaliada por meio da área sob curva ROC.

A pesquisa seguiu as recomendações éticas atendendo às determinações da Resolução 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (CAAE: 94050318.6.0000.5208).

## RESULTADOS

No perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo, observou-se que a maioria (69,9%) era adulta jovem (19 a 34 anos), com cor de pele parda autodeclarada (68,4%), com companheiro (a) (81,2%) e baixa renda salarial (até um salário mínimo) (82,1%), conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres do estudo. Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2020 (n = 335)

Variáveis	N	%	IC 95%
Idade em anos			
≤ 18	77	23,0	18,49 - 27,50
19 – 34	234	69,9	64,98 - 74,81
≥ 35	24	7,2	4,43 - 9,96
Cor da pele autodeclarada			
Branca	82	24,5	19,89 - 29,10
Negra	22	06,6	03,94 - 09,25
Parda	229	68,4	63,42 - 73,37
Amarela	2	0,6	-0,22 - 1,42
Conjugalidade			
Com companheiro(a)	272	81,2	77,01 - 85,38
Sem companheiro(a)	63	18,8	14,61 - 22,98
Escolaridade			
Analfabeto	1	0,3	-0,28 - 0,88
Ensino fundamental	164	49,0	43,64 - 54,35
Ensino médio	158	47,2	41,85 - 52,54
Ensino superior	12	3,6	1,60 - 5,59
Ocupação			
Com ocupação	111	33,1	28,06 - 38,13
Sem ocupação	224	66,9	61,86 - 71,93
Renda familiar (salários mínimos*)			
≤ 1	275	82,1	77,99 - 86,20
1 a 2	50	14,9	11,08 - 18,71
> 2	10	3,0	1,17 - 4,82

Notas: \*Salário mínimo no período de coleta dos dados: R\$ 998,00.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Quanto às informações obstétricas e do parto, 158 (47,2%) eram primíparas e 182 (54,3%) tiveram partos entre 39 e 40 semanas de idade gestacional. Importa ressaltar que apenas 15 (4,5%) mulheres elaboraram o Plano de Parto.

Com relação à posição de parir, 319 (95,2%) estavam em supina no período expulsivo. Observou-se que 162 (48,4%) mulheres foram internadas na maternidade com dilatação menor/igual a quatro centímetros (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil do parto e obstétrico das mulheres do estudo. Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2020 (n=335)

Variáveis	n	%	IC95%
Partos anteriores (Paridade)			
Primípara	158	47,2	41,85 - 52,54
2 partos anteriores	102	30,4	25,47 - 35,32
≥ 3 partos anteriores	75	22,4	17,93 - 26,86
Idade Gestacional (IG) no parto atual			
37 – 38 semanas	96	28,7	23,85 - 33,54
39 – 40 semanas	182	54,3	48,96 - 59,63
> 40 semanas	57	17,0	12,97 - 21,02
Elaborou o plano de parto			
Sim	15	04,5	02,28 - 06,71
Não	320	95,5	93,28 - 97,71
Posição do parto atual			
Supina	319	95,2	92,91 - 97,48
Não supina	16	04,8	02,51 - 07,08
Livre escolha da posição na hora do parto			
Sim	139	41,5	36,22 - 46,77
Não	196	58,5	53,22 - 63,77
Internação com dilatação ≤ 4 cm			
Sim	162	48,4	43,04 - 53,75
Não	173	51,6	46,24 - 56,95

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No tangente às tecnologias do cuidado e intervenções obstétricas, os resultados foram

examinados separadamente de acordo com a categoria profissional que assistiu o parto durante

o período de nascimento fetal. Dos partos analisados, 251 (74,9%) foram assistidos por profissional médico e 84 (25,1%), por EO (Tabela 3).

Ainda na Tabela 3, observou-se que 57 (22,7%) puérperas cujos partos obtiveram auxílio médico relataram terem amamentado na primeira hora pós-parto, e apenas 86 (34,3%) escolheram a posição na hora de parir. Enfatiza-se maior

estímulo ao contato pele a pele no binômio mãe-criança (88,1%) e do incentivo à parturiente para movimentar-se (45,5%) por parte do profissional EO. Das intervenções obstétricas, a tricotomia apresentou resultados equivalentes em ambas as classes profissionais, enquanto o puxo dirigido fez-se prevalente na categoria médica, sendo realizado em 207 (82,5%) partos.

Tabela 3 - Tecnologias do cuidado e intervenções durante a assistência ao parto normal. Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2020 (n = 335)

Variáveis	Partos assistidos por		
	Enfermeiros Obstetras n (%)	Médicos n (%)	p-valor
Tecnologias do Cuidado			
Acompanhante	80 (95,2)	222 (88,4)	0,071*
Presença de doula	55 (21,9)	16 (19,0)	0,578*
Amamentação 1ª hora	29 (34,5)	57 (22,7)	0,032*
Partograma preenchido no prontuário	22 (26,2)	94 (37,5)	0,060*
Contato pele a pele	74 (88,1)	216 (86,1)	0,635*
Métodos não farmacológicos para alívio da dor	54 (64,3)	199 (79,3)	0,006*
Oferta de alimentos	30 (35,7)	104 (41,4)	0,354*
Movimentar-se	34 (45,5)	113 (40,0)	0,468*
Livre escolha da posição na hora do parto	53 (63,1)	86 (34,3)	< 0,001*
Intervenções			
Toques vaginais recorrentes	80 (95,2)	244 (97,2)	0,478**
Tricotomia	01 (01,2)	03 (01,2)	1,000**
Enema	03 (03,6)	06 (02,4)	0,773**
Puxo dirigido	62 (73,8)	207 (82,5)	0,084*
Manobras de Kristeller	15 (17,9)	66 (26,3)	0,118*
Episiotomia	07 (08,3)	83 (33,1)	< 0,001*
Ocitocina pré-parto	20 (23,8)	92 (36,7)	0,031*
Romper bolsa	02 (02,4)	16 (6,4)	0,160*
Ordens verbais	08 (09,5)	50 (19,9)	0,029*
Posição supina no período expulsivo	75 (89,3)	244 (97,2)	0,006**

Notas: \*Teste Qui-Quadrado; \*\*Teste Exato de Fisher

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Sobre a avaliação das mulheres quanto ao cuidado recebido no processo do parto normal, 265 (79,1%) sentiram-se seguras e 298 (71,0%)

afirmaram que suas expectativas a respeito da qualidade da assistência profissional foram atendidas (Tabela 4).

Tabela 4 - Avaliação das mulheres sobre o cuidado recebido durante a assistência ao parto hospitalar. Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2020 (n=335)

Variáveis	n	%	IC95%
Sentiu-se segura			
Sim	265	79,1	74,74 - 83,45
Não	70	20,9	16,54 - 25,25
Atendeu às expectativas			
Sim	238	71,0	66,14 - 75,85
Não	97	29,0	24,14 - 33,85

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No modelo de regressão logística, inferiu-se a razão de chance (*Odds Ratio*) das boas práticas assistenciais com relação ao cuidado ao parto por enfermeiros. Observou-se que a chance de a mulher ter livre escolha na posição de parir foi 2,971 maior nos partos auxiliados por EO. Do mesmo modo, a razão de chance de não ser efetuada a episiotomia e não ser administrada

ocitocina no pré-parto foi de 4,820 e 1,909, respectivamente, quando o parto foi assistido por EO (Tabela 5).

O coeficiente de determinação do modelo ( $R^2$  de Nagelkerke) indicou que esses fatores incluídos no modelo final de regressão explicam 18,4% da ocorrência do desfecho investigado (cuidado ao parto por enfermeiros obstetras).

Tabela 5 – Fatores associados ao cuidado ao parto normal hospitalar realizado por enfermeiros obstetras segundo regressão logística. Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2020

Variáveis	Odds Ratio (OR) Ajustada	IC (95%)	p-valor*
Tecnologias do Cuidado			
Livre escolha da posição na hora do parto			
Sim	2,971	1,745 - 5,058	< 0,001
Intervenções			
Episiotomia			
Não	4,820	2,096 - 11,086	< 0,001
Ocitocina pré-parto			
Não	1,909	1,053 - 3,462	0,033

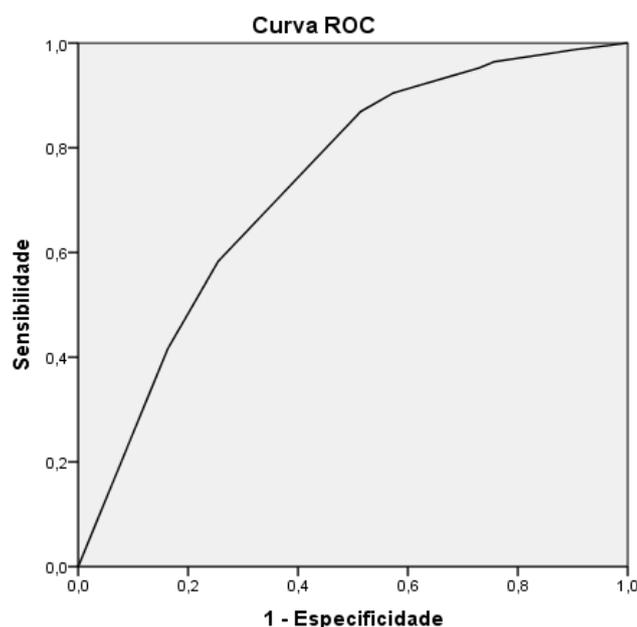
Notas: \*Teste de Hosmer-Lemeshow: p-valor = 0,889;  $R^2$  de Nagelkerke = 0,184

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

No modelo, verifica-se que a Curva ROC (Figura 1) apresenta um poder de discriminação aceitável (área 0,731, IC 0,673-0,789). Ainda, o

teste de comparação de área foi significativo (p-valor < 0,001), indicando que o uso do modelo possui relevante diferença da estimacão aleatória.

Figura 1 - Curva ROC dos fatores associados ao cuidado ao parto normal realizado por enfermeiros. Vitória de Santo Antão/PE, Brasil, 2020



Os segmentos diagonais são produzidos por empates.

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

## DISCUSSÃO

Pesquisas realizadas em maternidades públicas do Brasil exibem semelhanças com o perfil sociodemográfico encontrado nas participantes deste estudo. De forma abrangente,

observam-se mulheres com idade reprodutiva entre 15 e 40 anos, autodeclarando-se pardas, com companheiro fixo, grau de escolaridade entre ensino fundamental e médio e a renda mensal de até dois salários mínimos<sup>(10,11)</sup>. Assim, percebe-se

que o perfil das parturientes brasileiras que seguem para um parto na rede pública de atenção à saúde é similar na maioria das regiões do país.

A OMS incita a criação de uma carta de intenções durante o pré-natal, denominada Plano de Parto, na qual a mulher declara suas aspirações para si e para seu bebê ao longo do processo de nascimento, baseando-se nas boas práticas obstétricas<sup>(9)</sup>. Entretanto, neste estudo houve baixa prevalência de mulheres que o elaboraram.

Corroborando, um estudo realizado com 11 puérperas no Rio de Janeiro, Brasil, exibiu que, destas, apenas uma afirmou conhecer o Plano de Parto. Possivelmente, esses dados comprovam a falta de informação da mulher, pouco conhecimento do profissional e baixo incentivo à elaboração dessa tecnologia não invasiva do cuidado obstétrico<sup>(12)</sup>.

Além de fomentar o empoderamento feminino e a busca por autonomia no cenário do parto, o Plano de Parto é correlato com índices positivos do uso de outras tecnologias do cuidado, como o contato pele a pele, a eleição da posição de parto, ingestão livre de líquidos e alimentos, o clampeamento tardio do cordão umbilical, e a não realização de tricotomia e enema<sup>(9,13)</sup>.

O parto compreende quatro períodos clínicos: dilatação, nascimento, dequitação e Greenberg<sup>(14)</sup>. É senso comum a informação associada à assistência médica como indispensável a partir do segundo período do parto, mesmo com parâmetros clínicos e obstétricos normais. Este ponto de vista ganha forças ao associá-lo como um evento provável de complicações clínicas.

Constatou-se que alguns partos analisados tiveram seus desfechos registrados por médicos, mesmo tendo o EO partejado durante o período que antecede o nascimento, o que pode justificar alguns resultados do estudo. A prática clínica da atenção ao parto no Brasil ainda é centrada no profissional médico, no entanto, a enfermagem obstétrica emerge como profissão centrada na promoção das boas práticas assistenciais e do parto humanizado<sup>(8)</sup>.

Preconiza-se a inclusão de enfermeiros no cuidado ao parto de baixo risco, estando estes presentes em inúmeras fases da vida feminina, desde consultas na adolescência, até atingir o climatério, mantendo-se também em todo o seu ciclo gravídico-puerperal. A atuação da Enfermagem tem como premissa o respeito à

fisiologia do parto, o que propicia um acolhimento adequado, influenciando na redução de intervenções, bem como favorecendo a satisfação das mulheres acerca da assistência recebida<sup>(6)</sup>.

Durante o momento do trabalho de parto e parto, a presença do acompanhante configura-se como uma tecnologia não invasiva do cuidado que promove alívio da dor, na medida em que proporciona apoio e reduz a ansiedade materna<sup>(15)</sup>. Um trabalho realizado na Região Sul do país mostra que a maioria das mulheres (51,7%) dispôs do acompanhante no trabalho de parto, porém poucas permaneceram com ele durante o parto (39,4%)<sup>(16)</sup>. No presente estudo, observou-se maior incentivo por parte dos enfermeiros obstetras acerca desta prática.

É válido ressaltar que mulheres acompanhadas cursam com tempo de trabalho de parto reduzido e partos vaginais espontâneos<sup>(15)</sup>. E aquelas que recebem apoio contínuo possuem menor probabilidade de serem submetidas à cesariana ou de terem partos vaginais instrumentais, com analgesia regional<sup>(17)</sup>. Sendo assim, é imprescindível destacar a necessidade da execução desta prática por todas as categorias de profissionais obstetras, no intuito de assegurar esse direito.

O incentivo à amamentação na primeira hora foi bastante prevalente na categoria da enfermagem. Tanto a OMS quanto o MS retratam como fundamental o contato pele a pele entre mãe e filho no pós-parto imediato, visto que o neonato aprende a sugar eficazmente, é aquecido e recebe o colostro, que conta como a primeira imunização infantil, ao passo que o vínculo com a mãe é fortalecido, promovendo resultados positivos em seu desenvolvimento<sup>(7-9)</sup>.

Vale ressaltar que o aleitamento materno oportuniza melhor qualidade de vida das famílias, considerando que as crianças adoecem menos, decrescendo o número de internações hospitalares e a utilização de medicamentos para o tratamento de patologias. Isso resulta em um bom relacionamento familiar e na consequente redução de gastos hospitalares<sup>(7-9)</sup>.

Pode-se observar que os métodos não farmacológicos constituem uma opção para substituir a analgesia no trabalho de parto e assessorar as parturientes a lidar com suas queixas algícas. Entre os mais difundidos, incluem-se: técnicas de respiração, hidroterapia (banhos de imersão e/ou aspersão), massagem, uso da

bola suíça, auriculoterapia, cavalinho e musicoterapia<sup>(18)</sup>.

Em uma análise de parâmetros neuroendócrinos, constatou-se que o banho de aspersão promove tranquilidade e controle do estresse, na medida em que diminui a liberação de cortisol e aumenta a secreção de noradrenalina. E a bola suíça promove redução da percepção de dor e favorecimento do bem-estar, associado ao aumento da liberação de endorfinas<sup>(19)</sup>.

Muitas maternidades brasileiras não oferecem à mulher liberdade de escolha quanto à sua posição na hora do parto. No estudo em questão, em menos da metade dos partos auxiliados por médicos, permitiu-se à parturiente escolher a posição de parir. Por vezes, a forma como são estruturadas as camas de parto conduz para que a parturiente assuma posição litotômica, sendo esta compreendida como clássica para o nascimento, denotando falta de incentivo e pouco conhecimento acerca de seus direitos por parte das mulheres.

Em acréscimo, a posição da parturiente no parto recebe destaque consoante os avanços das pesquisas. Prova-se que dar à luz em supina maleficia tanto a mulher quanto o feto durante o nascimento, pois se relaciona a traumas genitais, comprometimento da irrigação sanguínea materno-fetal (devido à chance de compressão da porção abdominal da artéria aorta e veia cava inferior), além de dificultar a mobilização pélvica, obstando a passagem do bebê<sup>(20)</sup>.

A maioria das participantes deste estudo cujos partos foram assistidos por médicos pariram em decúbito dorsal, apontando um déficit na implementação desta tecnologia do cuidado, associado à carência de conhecimento acerca do assunto por parte das parturientes.

Contraopondo-se, estudo realizado em maternidade do Rio de Janeiro apresentou frequência de 75,0% de partos em posições não supinas, sendo a maior parte destes auxiliados por enfermeiros obstetras. Essa informação suscita a relevância da Enfermagem no processo de parturição mediante os esforços dos profissionais para mudança no contexto das práticas obstétricas<sup>(21)</sup>.

Acerca das intervenções obstétricas, a episiotomia, a ocitocina pré-parto, a violência verbal e a posição supina atingiram percentual significativo para a categoria de médicos obstetras. Incisão realizada no orifício vaginal objetivando acelerar a passagem do feto, a

episiotomia ainda é vastamente executada, apesar de ter relação direta com morbidades maternas no pós-parto, em razão de predispor hemorragias, infecções puerperais, dispaurenia e prolapso vaginal<sup>(2)</sup>.

Consolidando, dados da pesquisa nacional 'Nascer no Brasil', integrada por 23.940 puérperas, apontou a realização da episiotomia em 53,5% das mulheres<sup>(22)</sup>. Este procedimento por vezes é desempenhado sem qualquer consentimento prévio da parturiente, configurando-se como uma violência obstétrica física e psicológica que, além de perpetuar um modelo intervencionista e tecnocrático no cuidado obstétrico, tem sido associado a consequências como efeitos iatrogênicos, aumento da morbidade materna e infantil, hemorragia e infecção materna<sup>(21)</sup>.

A infusão de ocitocina pré-parto, apesar de não recomendada pela OMS, é uma prática comum em maternidades brasileiras, visando acelerar as contrações uterinas. No entanto, é sabido que este procedimento rotineiro dificulta a liberdade de posição e deambulação das parturientes. Além disso, um estudo desenvolvido em Salvador/BA observou que a técnica fazia-se temida pelas mulheres, por intensificar desconfortos e dores<sup>(23)</sup>.

A violência obstétrica exhibe-se por negligência na assistência, agressão física, psicológica e/ou verbal. Um estudo realizado em Tocantins revelou insatisfação por parte das puérperas com a atenção recebida devido à falta de escuta, banalização da dor, desvalorização da fala da mulher, bem como insensibilidade por parte dos profissionais<sup>(24)</sup>.

É de imensurável significância o momento de parir na vida de uma mulher e de sua família. O parto constitui-se um evento gradativo, que requer tempo e paciência por parte dos profissionais obstetras que o assistem, tendo em vista que provoca mudanças não somente no corpo, mas também no lado emocional da mulher.

No concernente à avaliação das mulheres para com o cuidado recebido durante a atenção ao parto normal, estudo aponta taxas de satisfação de boa a ótima em 77,7% dos partos, nos quais houve registro de manobras de Kristeller e falta de acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor (82,4%)<sup>(22)</sup>. Pesquisa em Teresina/PI revelou boa qualidade na assistência sob o olhar da puérpera, mesmo

havendo relatos de toques excessivos, uso de ocitocina e falta de informação<sup>(12)</sup>.

Destaca-se que muitas mulheres não têm o conhecimento necessário para detectar as práticas maléficas e desnecessárias na assistência ao parto hospitalar, e, por vezes, não identificam a violência obstétrica sofrida. No entanto, o resultado da pesquisa apontou menos intervenções rotineiras (ocitocina e episiotomia) no cuidado prestado pelo EO, com respeito à evolução do parto<sup>(25)</sup>.

Com base no exposto, salienta-se que o cuidado compartilhado e interdisciplinar é imprescindível para o resgate de uma assistência de qualidade, retomando a atenção ao parto em um modelo fundamentado nos princípios de humanização, para o exercício de uma prática segura e com respeito.

## CONCLUSÃO

Ao analisar as tecnologias do cuidado na assistência ao parto normal, observou-se maior chance de a mulher ter livre escolha quanto à posição de parir nos partos auxiliados por enfermeiro obstetra. A chance de não ser efetuada a episiotomia e não ser administrada ocitocina no pré-parto também foi maior em partos assistidos por enfermeiro obstetra. Portanto, as tecnologias do cuidado capazes de favorecer a autonomia da mulher e sua individualidade no parto normal foram associadas ao enfermeiro obstetra, oportunizando uma assistência respeitosa e segura.

Mesmo sendo marcada por intervenções desnecessárias, muitas mulheres relataram segurança e atendimento de suas expectativas no tocante à assistência profissional recebida, evidenciando carência de conhecimento sobre os cuidados ao parto baseado em evidências científicas.

Por fim, reforça-se a necessidade de um modelo colaborativo de cuidado centrado na mulher, para níveis mais satisfatórios de qualidade na assistência ao parto normal hospitalar. Importa inferir que o plano de cuidado deve dialogar com as escolhas da mulher e considerar a sua singularidade para uma assistência respeitosa em todo o ciclo da gestação, parto e puerpério.

Os achados desta pesquisa têm potencialidade para auxiliar o aprimoramento do cuidado e na discussão de variáveis que afetem a qualidade da assistência e a segurança do parto,

no intuito de instigar quanto à necessidade de ampliar o emprego de boas práticas obstétricas nos serviços de saúde, suscitando o protagonismo feminino no cenário de parturição.

Como limitações, inclui-se a utilização do modelo transversal, que inviabiliza a identificação de relações de causa e efeito entre as variáveis exploradas. Aponta-se também que a coleta de dados, efetuada por meio de consultas aos prontuários, pode comprometer a discussão de algumas variáveis previstas pelo estudo em decorrência do preenchimento inconcluso de algumas informações. Assim sendo, evidencia-se a necessidade de estudos que depreendam a assistência na visão dos profissionais e na observação dos cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS

- 1- Alves DFC, Mourão LF, Marques ADB, Branco JGO, Cavalcante RC, Albuquerque RAS. Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. *Sanare* [Internet]. 2017 [acesso em 10 jul 2020];16(2):68-76. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1180>.
- 2- Duarte MR, Alves VH, Rodrigues DP, Souza KV, Pereira AV, Pimentel MM. Tecnologias do cuidado na enfermagem obstétrica: contribuição para o parto e nascimento. *Cogitare enferm* [Internet]. 2019 [acesso em 13 set 2020];24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.54164>.
- 3- Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública* (Online). 2019 [acesso em 13 set 2020];35(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.
- 4- Moura RCM, Pereira TF, Rebouças FJ, Costa CM, Lernas AMG, Silva LKA, et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. *Enferm Foco* (Brasília). [Internet]. 2018 [acesso em 21 set 2020];9(4):60-65. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333/480>.
- 5- Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e

sudeste do Brasil. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2018 [acesso em 22 set 2020];23(11):3517-3524. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>.

6- Miranda BS, Santana GH, Tavares LM, Albuquerque RRO, Macêdo WP. Contribuição da assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. Rev Eletrônica Estácio Recife [Internet]. 2020 [acesso em 27 set 2020];6(1). Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/5358/47965290>.

7- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. 2017 [acesso em 10 out 2020]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf).

8- Silva TPR, Dumont-Pena E, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCP, et al. Obstetric nursing in best practices of labor and delivery care. Rev bras enferm [Internet]. 2019 [acesso em 09 out 2020];72(3):235-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0561>.

9- World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [Internet]. 2018 [acesso em 13 out 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>.

10- Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. Rev latinoam enferm [Internet]. 2019 [acesso em 19 out 2020];27. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>.

11- Ribeiro JF, Nascimento SS, Brito IA, Luz VLES, Coêlho DMM, Araújo KRS. Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade pública. Rev Eletr Gestão Saúde. 2016 [acesso em 19 out 2020];7(1):65-81. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555854.pdf>.

12- Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de

empoderamento feminino. Rev baiana enferm [Internet]. 2017 [acesso em 21 out 2020];31(4):e20275. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.2027>

13- Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. Rev latinoam enferm [Internet]. 2015 [acesso em 21 out 2020];23(3):520-6. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt\\_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf).

14- Oliveira MNJ, Sousa NF, Silva SS, Cunha KJB. Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto. REAS [Internet]. 2019 [acesso em 27 out 2020];20:e378. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e378.2019>.

15- Cavalcanti TRL, Holanda VR. Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sobre a saúde da mulher. Enferm Foco (Brasília). [Internet]. 2019 [acesso em 29 out 2020];10(1):93-98. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Participac%C3%A7%C3%A3o-paterna-no-ciclo-grav%C3%ADico-puerperal-e-seus-efeitos-sob-a-sau%C3%A9-da-mulher.pdf>.

16- Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. Rev saúde pública [Internet]. 2018 [acesso em 29 out 2020];52:1. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872018052006258.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052006258.pdf).

17- Maciel CT, Ayres LFA, Passos CM, Caldeira LA, Oliveira LVA, Rodrigues IMS, et al. Intervenções obstétricas realizadas no período expulsivo: um destaque para episiotomia. Braz J Hea Rev [Internet]. 2020 [acesso em 04 nov 2020];3(4):10583-99. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/15609/12840>.

18- Cherobin F, Oliveira AR, Brisola AM. Acupuntura e auriculoterapia como métodos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição. Cogitare enferm [Internet]. 2016 [acesso em 10 out 2020];21(3):01-08. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45152/pdf>.

19- Mascarenhas VH, Lima TR, Silva FM, Negreiros FS, Santos JD, Moura MA, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. Acta Paul Enferm [Internet]. 2019 [acesso em 07 nov 2020];32(3):350-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900048>.

20- Boaviagem A, Coutinho TA, Oliveira LGA, Moretti E. Comportamento biomecânico da pelve nas diferentes posturas adotadas durante o segundo período do trabalho de parto. Rev Eletrônica Estácio Recife [Internet]. 2019 [acesso em 08 nov 2020]. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/22/113>.

21- Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BF, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2019 [acesso em 11 nov 2020];24(8):2811-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.

22- Santos RCS, Riesco MLG. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. Rev Gaúcha Enferm. 2016 [acesso em 03 nov 2020];37(spe):e68304. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68304>.

23- Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. Hist cienc saude-Manguinhos [Internet]. 2018 [acesso em 26 out 2020];25(4):979-998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>.

24- Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. Rev Estud Fem [Internet]. 2016 [acesso em 09 out 2020];26(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>.

25- Dodou HD, Rodrigues DP, Oriá MOB. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. Rev Fund Care [Internet]. 2017 [acesso em 09 nov

2020];9(1):222-230. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.222-230>.

#### Editores Responsáveis:

Patrícia Pinto Braga  
Helisamara Mota Guedes

**Nota:** Este artigo é fruto do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação de práticas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar” com aprovação no Comitê de Ética sob parecer de nº 2.830.353

**Recebido em:** 05/02/2021

**Aprovado em:** 23/07/2021