



PERFIL DAS GESTANTES E A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DE RISCO HABITUAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

PROFILE OF PREGNANT WOMEN AND RISK OBSTETRIC ASSISTANCE USUAL IN A PUBLIC MATERNITY

PERFIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS Y ASISTENCIA DE PARTO DE RIESGOS USUAL EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA

Thamiza da Rosa dos Reis¹, Cláudia Zamberlan², Jéssica Torres Grasel³, Regina Gema Santini Costenaro⁴,
Claudia Maria Gabert Diaz⁵

RESUMO

Objetivo: delinear o perfil social e obstétrico das mulheres assistidas em uma maternidade pública. **Método:** estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa realizado por meio de levantamento documental de 845 mulheres assistidas em uma maternidade pública do Estado do Rio Grande do Sul no período de junho de 2013 a junho de 2014. Os dados foram analisados no Programa Software SPSS 10.0 e apresentados em tabelas. **Resultados:** observou-se o predomínio de mulheres jovens, com baixa escolaridade e com trabalho não remunerado. Verificou-se a ampla utilização de intervenções obstétricas, evidenciando o “manejo ativo” do trabalho de parto e parto. **Conclusão:** os dados indicam um processo de transformação da prática assistencial obstétrica, enfatizando a valorização e a autonomia para atuação profissional da enfermeira obstétrica. **Descritores:** Obstetria; Trabalho de Parto; Parto; Saúde Materno-Infantil; Enfermeiras Obstétricas.

ABSTRACT

Objective: to outline the social and obstetric profile of women receiving care at a public hospital. **Method:** A descriptive, retrospective study with a quantitative approach carried out through documentary survey of 845 women assisted at a public hospital of the State of Rio Grande do Sul from June 2013 to June 2014. Data were analyzed using SPSS Software Program 10.0 and presented in tables. **Results:** there was a predominance of young women with low education and unpaid work. There was widespread use of obstetric interventions, highlighting the “active management” of labor and delivery. Conclusion: The data indicate a transformation process of obstetric care practice, emphasizing the value and autonomy for professional performance of the obstetric nurse. **Descriptors:** Gynecology; Labor and Delivery; Delivery; Maternal and Child Health; Obstetric Nurses.

RESUMEN

Objetivo: delinear el perfil social y obstétrica de las mujeres que reciben atención en un hospital público. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo, con abordaje cuantitativo llevado a cabo a través de encuesta documental de 845 mujeres atendidas en un hospital público del Estado de Río Grande del Sur a partir de junio de 2013 hasta junio de 2014. Los datos fueron analizados utilizando el programa informático SPSS 10.0 y presentada en tablas. **Resultados:** hubo un predominio de mujeres jóvenes con bajo nivel de educación y el trabajo no remunerado. Hubo un uso generalizado de las intervenciones obstétricas, destacando la “gestión activa” de parto y el alumbramiento. **Conclusión:** los datos indican un proceso de transformación de la práctica de la atención obstétrica, haciendo hincapié en el valor y la autonomía para el desempeño profesional de la enfermera obstétrica. **Descriptor:** Ginecología; Trabajo y Entrega; Entrega; Salud Materno-Infantil; Enfermeras Obstétricas.

¹Enfermeira obstetra, Mestranda, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/PPGENF/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. Email: thamiza1@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Franciscano. Santa Maria (RS), Brasil. Email: claudiaz@unifra.br; ³Enfermeira obstetra, Enfermeira assistencial, Hospital Universitário de Santa Maria/UFSM. Santa Maria (RS), Brasil. Email: jessicagrasel@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Franciscano. Santa Maria (RS), Brasil. Email: reginacostenaro@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora, Graduação em Enfermagem, Centro Universitário Franciscano. Santa Maria (RS), Brasil. Email: cmgdiaz@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A assistência à mulher durante a maternidade sofreu modificações significativas quando o parto passou a ser um evento hospitalar e cirúrgico.¹ No Brasil, mesmo com ampla cobertura na assistência pré-natal e de parto hospitalar, persistem elevadas a mortalidade materna e a de mortalidade perinatal.² Esse contexto caracteriza o “paradoxo perinatal brasileiro”, onde se evidencia a contradição da intensa medicalização do parto e nascimento com manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal.³

Diversas práticas na assistência a gestação e ao parto promovem melhores resultados obstétricos e são efetivas para a redução de desfechos perinatais negativos. No entanto, a medicalização excessiva e a realização de intervenções desnecessárias podem proporcionar prejuízos principalmente, para as gestantes de risco obstétrico habitual e seus bebês. Essas práticas influenciam diretamente na qualidade da atenção obstétrica prestada.²⁻³

O cuidado obstétrico contemporâneo impulsiona, mundialmente, um movimento de reflexão crítica e o questionamento do modelo intervencionista.⁴ Este movimento, que busca a humanização da assistência, traduz a necessidade de mudanças na compreensão do parto, como experiência humana. Dessa forma, humanizar a assistência ao nascimento implica em mudanças de atitudes e de rotinas no intuito de tornar esse momento único e prazeroso para a mulher e sua família.⁵

A propósito, o Ministério da Saúde tem proposto Políticas de Atenção Integral à Saúde, que assumem compromissos com a garantia dos direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos da mulher e da criança. Apesar de relevantes estas iniciativas têm se mostrado insuficientes para reverter o modelo de atenção obstétrica do Brasil, tendo como expressão maior as taxas de cesárea mais elevadas do mundo.^{3,5}

Com base em tal compreensão, o presente estudo tem como objetivos:

- Delinear o perfil social e obstétrico das mulheres assistidas em uma maternidade pública.
- Estimar a prevalência de intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto das mulheres assistidas em uma maternidade pública.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado por meio de levantamento documental. O local de pesquisa foi uma maternidade localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul/RS, a qual está voltada para o atendimento às situações de risco obstétrico habitual e possui como filosofia, a humanização da assistência ao parto e nascimento. Por se configurar como uma instituição pública, sua assistência é voltada para usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A população pesquisada foi composta por mulheres que tiveram seu trabalho de parto e parto assistidos no local em estudo, no período de um ano, entre os meses de julho a dezembro de 2013, e janeiro a julho de 2014.

Este estudo utilizou a amostra total de mulheres, e depois selecionou aquelas que poderiam ser classificadas como gestações de risco obstétrico habitual, excluindo os diagnósticos de patologias maternas, idade gestacional fora do intervalo de 37-41 semanas, gravidez múltipla, apresentação não cefálica, peso ao nascer abaixo de 2.500g ou acima de 4.500g, e peso ao nascer não adequado para a idade gestacional, permanecendo com 79,5% (845) das mulheres estudadas. Além disso, em vista do tema ser focado na análise sobre trabalho de parto, as mulheres que não entraram em trabalho de parto e aquelas que tiveram cesariana eletiva foram excluídas. Houve 37 perdas, pois os prontuários não continham as informações necessárias para o estudo.

O procedimento de coleta dos dados constou do levantamento de informações contidas nos prontuários clínicos. Para o registro das informações foi utilizado instrumento criado pela autora, constando de dados de identificação, características sociodemográficas, condições clínico-obstétricas, intervenções obstétricas e condições neonatais.

A partir dos registros obtidos, procedeu-se o delineamento do perfil social e obstétrico das mulheres assistidas na instituição-campo do estudo. Entende-se por perfil social, a procedência, a idade materna, a situação conjugal, a ocupação e o grau de escolaridade da população em estudo e, por perfil obstétrico compreende-se paridade, idade gestacional, dilatação cervical, dinâmica uterina e estado das membranas amnióticas na internação. Ainda relacionado ao perfil obstétrico foram investigadas as principais intervenções realizadas durante a condução do trabalho de parto e parto, a saber:

amniotomia, infusão de ocitocina endovenosa e episiotomia. Em relação às indicações de parto cesáreas foram descritos as indicações. Ao perfil neonatal, foram incluídas no estudo as variáveis: peso, sexo e Apgar do Recém-Nascido (RN).

Por conseguinte, os dados foram tabulados através do *Software Microsoft Excel* para armazenamento. Após o término da coleta e tabulação dos dados, iniciou o processo de análise estatística por meio do *Software SPSS 10.0 (Statistical Package for the Social Sciences Inc., Chicago, Estados Unidos)*. Foram realizadas análises exploratórias univariadas das variáveis primárias e secundárias, bem como a estatística descritiva. A partir desse processo foi delineado o perfil socioeconômico, demográfico e de hábito de vida das mulheres participantes da pesquisa.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano de Santa Maria, após avaliação e autorização da Comissão de Pesquisa designada pela instituição, recebendo aprovação sob o parecer nº 739.564/2014. Foram realizados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/12.

RESULTADOS

No período delineado ocorreram na maternidade estudada, 1063 partos, total caracterizado por 825 partos normais, 238 partos cesárea, sendo que a média de partos por mês, considerando os 13 meses de estudo, foi de aproximadamente 81,7 partos. Em relação às características sociodemográficas, a população do estudo caracterizou-se por mulheres jovens, com idade entre 15 e 24 anos de idade 55.38% (468), as adolescentes, com idade entre 12 e 18 anos, constituíam 18.58% (157) do total do grupo.⁶⁻⁷

Esses dados são demonstrados na tabela 1 salientando que 45.21% (382) das mulheres tinham pelo menos o ensino médio ou superior incompleto. Foi característica da população estudada a cor de pele autodeclarada, verificando-se que 68.76% (581) das mulheres se declaram brancas, bem como o estado civil formal solteira, com 78.70% (665). Quanto à ocupação, 39.88% (337) exerciam atividades remuneradas e 60.12% (508), quando questionados, referiram que desempenhavam suas funções em ambiente doméstico ou eram estudantes.

Tabela 1. Distribuição das mulheres estudadas, segundo as variáveis: escolaridade, cor (autodeclarada) e estado civil, Santa Maria - RS, 2013/2014.

Características sociodemográficas	N	%
Escolaridade		
Sem escolaridade	4	0.47
Ensino fundamental (1ª a 4ª série)	52	6.14
Ensino Fundamental (5ª a 8ª série)	381	45.1
Ensino médio ou superior incompleto	382	45.2
Ensino superior	26	3.08
Cor (autodeclarada)		
Branca	581	68.76
Preta	111	13.14
Parda	153	18.10
Estado civil		
Solteiro	665	78.70
Casado ou união consensual	139	16.45
Divorciado	14	1.66
Viúvo	27	3.19
Total	845	100

Referente à procedência a maioria das mulheres 564 (66.74%) foram do município de Santa Maria e 281 (33.26%) procedentes de municípios próximos, visto que a maternidade, campo do estudo, atua como referência para

atendimento de partos de risco habitual da respectiva Divisão Regional de Saúde. Na tabela 2, os municípios de maior procedência das mulheres em estudo podem ser melhor analisados.

Tabela 2. Distribuição dos municípios de procedência das gestantes atendidas, Santa Maria - RS, 2013/2014.

Municípios de procedência	N	%
Santa Maria	564	66.74
Agudo	42	4.96
São Pedro do Sul	34	4.03
Restinga Seca	31	3.67
São Vicente do Sul	29	3.43
Cacequi	22	2.60
Júlio de Castilhos	15	1.77
Itaara	14	1.66
Faxinal do Soturno	13	1.54
Outros	81	9.6
Total	845	100

Em relação às condições clínico-obstétricas das usuárias, a maior parte das mulheres (56.57%) eram nulíparas. Os dados revelam 98.58% (833) das mulheres realizaram acompanhamento pré-natal, sendo que, em 64.97% dos casos, com início no primeiro trimestre e 71.71% realizaram seis ou mais consultas, como evidenciado na tabela 3. Realizaram o acompanhamento pré-natal em serviços particulares 7.7% das mulheres. A idade gestacional do início do trabalho de parto foi de 40 semanas ou mais em 36.57% dos partos. Dentre as 367 mulheres com partos anteriores, somente 62 (16.89%) apresentavam uma cesariana prévia.

Quando observados os registros da admissão na maternidade, verificam-se os

seguintes achados: 51.6% (436) das mulheres não se encontravam em trabalho de parto ativo, ou seja, não possuíam dinâmica uterina forte e dilatação mínima de quatro centímetros, 41.3% (349) foram admitidas com o colo uterino pérvio entre quatro e sete centímetros e 5.2% (44) entre sete centímetros e dilatação completa do colo uterino. No momento da internação, 80.1% (677) das mulheres apresentavam membranas amnióticas íntegras, dessas 39.4% (267) apresentaram ruptura espontânea de membranas amnióticas durante o trabalho de parto.

Tabela 3. Distribuição das mulheres segundo as condições clínico-obstétricas, Santa Maria - RS, 2013/2014.

Condições clínico-obstétricas	N	%
Partos anteriores		
Nulípara	478	56.57
Primípara	174	20.59
Secundípara	105	12.43
Múltipara (três ou mais partos)	88	10.41
Número de consultas pré-natal		
Menos que três consultas	85	10.06
Três a cinco consultas	154	18.22
Seis a nove consultas	351	41.54
Mais que 10 consultas	255	30.18
Trimestre de início do pré-natal		
Primeiro trimestre	549	64.97
Segundo trimestre	272	32.19
Terceiro trimestre	15	1.77
Não informado	9	1.06
Idade gestacional no início do trabalho de parto		
37 semanas a 37 semanas e 6 dias	59	6.98
38 semanas a 38 semanas e 6 dias	193	22.84
39 semanas a 39 semanas e 6 dias	284	33.61
40 semanas a 40 semanas e 6 dias	309	36.57
Estados das membranas amnióticas na admissão		
Íntegras	679	80.35
Rotas	166	19.64
Total	845	100

Quanto ao tipo de parto, 695 (82.24%) foram partos normais e a taxa de cesariana foi de 17.75% (150). As indicações mais frequentes para a realização do parto cesárea relatadas nos prontuários da população estudada podem ser observadas na tabela 4. Cabe ressaltar o fato de que 406 (48%) prontuários não apresentavam registro quanto

à presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante o parto.

A grande maioria dos bebês apresentou boa vitalidade ao nascer; 87,69% (741) tiveram Apgar maior que sete no primeiro minuto de vida e 96,68% (817) apresentaram índice maior que sete no quinto minuto. 67,45%, dos bebês apresentavam entre 2,500 e 3500g ao nascer e

32,54% entre 3.500 e 4.500g. Quanto ao sexo dos recém-nascidos, 437 (51,71%) eram do

sexo masculino e 408 (48,28%) do sexo feminino.

Tabela 4. Distribuição das frequências de parto cesariana segundo suas indicações, Santa Maria - RS, 2013/2014.

Indicações obstétricas de cesariana	N	%
Condição fetal não tranquilizadora	34	22.67
Desproporção céfalo-pélvica	69	46
Falha na indução	7	4.67
Parada de progressão	26	17.3
Total	150	100

Referente às intervenções obstétricas foi constatado que das 677 gestantes que internaram com membranas amnióticas íntegras, 55.39% (375) foram submetidas à rotura artificial das mesmas, bem como 63.43% (536) receberam infusão endovenosa de ocitocina, durante trabalho de parto e parto. Relacionado às condições do períneo,

34,24% (238) das mulheres não apresentaram trauma ou se houve foi designado como trauma leve (laceração grau I), conforme indica o Quadro 5. A episiotomia foi realizada em 50.93% (354) e a posição verticalizada (em pé, cócoras ou quatro apoios) durante o parto ocorreu em 3,16% dos casos.

Tabela 5. Prevalência de intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto, Santa Maria - RS, 2013/2014.

Intervenções obstétricas	N	%
Posição do parto		
Litotômica	616	88.63
Verticalizada	22	3,16
Outra (semi-verticalizada ou lateralizada)	57	8,21
Condições do períneo		
Íntegro	132	18.99
Episiotomia	354	50.93
Laceração grau I	106	15.25
Laceração grau II	89	12.80
Laceração grau III ou IV	14	2.01
⁽¹⁾ Total	695	100
⁽¹⁾ Excluídas 150 mulheres que realizaram cesariana.		

Destaca-se o número de partos normais com assistência médica, sendo 496 (71.4%), enquanto 189 (27.2%) partos foram assistidos por residentes em enfermagem obstétrica e 10 (1,44%) por enfermeiros assistenciais. Estes dados contrapõem o modelo de assistência obstétrica vigente.

DISCUSSÃO

O perfil social da população em estudo evidenciou mulheres jovens, com baixa escolaridade, em estado civil formal solteira e, sob condições de trabalho não remunerado. A constatação do reduzido número de mulheres que têm ocupação remunerada no estudo contrapõe-se às tendências de sua crescente inserção no mercado de trabalho. É provável que o alto percentual de mulheres que relataram não exercer ocupação remunerada, esteja relacionado além da idade, à baixa escolaridade verificada, isso porque o nível de escolaridade é variável fundamental para a compreensão das diferenças no comportamento de saúde reprodutiva da população. Associada a pouca idade, a baixa escolaridade favorece o desemprego e a dependência econômica e social das mulheres, além de influenciar na

idade de iniciação sexual, número de filhos acumulados e, inclusive, na mortalidade destes.^{4,8}

Na análise dos tipos de parto, 17.75% das mulheres realizaram parto cesáreo. A taxa de cesárea da instituição estudada não se distancia do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, que em 1985 definiu que a taxa de parto cesárea não fosse maior do que 10-15% em todas as regiões do mundo. Contrapõem também à taxa de nascimento por cesárea do Brasil, que apresenta uma das taxas mais elevadas do mundo, e tem sido citado como exemplo claro do abuso desse procedimento.⁹

A taxa ideal de cesarianas deve ter como objetivo, melhores resultados maternos e neonatais, considerando os recursos de saúde disponíveis e as preferências maternas.¹ Neste contexto, o Ministério da Saúde, com a iniciativa denominada Rede Cegonha, propõe a mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento com a atuação de equipes multiprofissionais, incluindo a enfermagem obstétrica, utilização de protocolos e monitoramento de indicadores dos serviços com financiamento acoplado ao alcance de metas.³

Um dado importante a ser considerado no presente estudo foi o estágio do trabalho de parto por ocasião da internação hospitalar. Nota-se um maior número de mulheres na fase latente e/ou fora do trabalho de parto. Somente 48.40% da população de mulheres estudadas foram internadas em momento oportuno, ou seja, no início da fase ativa do trabalho de parto. Segundo o Ministério da Saúde, justifica-se a internação na fase latente nos casos de dificuldades de acesso ao local do parto, idade gestacional maior que 41 semanas de gestação, cesárea anterior e amniorrexe prematura, no entanto, esses foram excluídos da população de estudo.¹⁰

A admissão hospitalar precoce, quando não estabelecida na fase ativa do trabalho de parto, ou sem que haja uma indicação clara, aumenta o tempo de internação da parturiente, submetendo-a ao ambiente hospitalar sem necessidade e potencializa o número intervenções desnecessárias, como a rotura precoce das membranas amnióticas e a infusão endovenosa de ocitocina.^{4,8} Evidencia-se assim, a importância de ações educativas que permitam à parturiente distinguir o trabalho de parto ativo, diferenciando-o das contrações de Braxton-Hicks e procurando o hospital no momento mais oportuno, quando estabelecido o trabalho de parto.¹¹

Outra consideração importante, diz respeito às intervenções obstétricas. Tais achados configuram o chamado “manejo ativo” de trabalho de parto, trazido por algumas escolas médicas com o objetivo de reduzir a duração do segundo estágio do trabalho de parto, acelerando assim o processo de parturição.² Neste estudo, verificou-se que intervenções como a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica foram técnicas amplamente utilizadas.

A amniotomia foi praticada em 55.39% da população estudada. Na prática moderna da obstetrícia, é recomendada como parte da abordagem do manejo ativo do trabalho de parto. A relação entre riscos e benefícios inerentes a tal intervenção, é ponderada pela literatura. Dentre os benefícios, ressalta-se a redução na duração do trabalho de parto e a diminuição no uso de ocitocina sintética. Por outro lado, observa-se tendência a um aumento nas taxas de cesarianas.⁸ Ainda existem dúvidas quanto aos seus efeitos sobre as mulheres e os recém-nascidos, contudo, no trabalho de parto de risco habitual deve existir um motivo claro para justificar esse procedimento.^{4,8}

Referente ao uso de ocitocina observa-se que a sua indicação foi amplamente utilizada.

No entanto, a OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina em parturientes de risco habitual, uma vez que é desnecessário e pode ser prejudicial, podendo produzir resultados maternos e perinatais desfavoráveis.¹¹⁻¹² Além de interferir no curso natural do parto e na movimentação da parturiente, o uso rotineiro da ocitocina está relacionado a uma experiência mais dolorosa durante o trabalho de parto e seu uso indiscriminado pode resultar em taquissístolia e alterações na perfusão útero-placentárias, podendo culminar em uma cesariana iatrogênica. Destaca-se ainda que estudos que analisaram unicamente a infusão de ocitocina são raros e pouco consistentes.⁴

Quanto às condições do períneo, a episiotomia foi observada em um grande número das mulheres deste estudo, 50.93%. Conforme recomendação do Ministério da Saúde, a episiotomia é indicada em cerca de 10% a 15% dos casos, e deve ser realizada somente nos casos em que houver necessidade.¹⁰ Não foram encontrados registros nos prontuários dos motivos dos profissionais para indicar esse procedimento. Atualmente, evidências científicas demonstram que a episiotomia potencializa o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal.² Demonstram ainda que o uso restrito de episiotomia resulta em menos trauma perineal, sutura e complicações na cicatrização.⁴ Nessa perspectiva, as novas diretrizes clínicas desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica.

Destaca-se o percentual de mulheres com períneo íntegro no parto, principalmente, se incluídas as lacerações de primeiro grau, 34,24%. Os fatores para ocorrência das lacerações perineais podem estar relacionados a diversos fatores, embora não estejam estabelecidos definitivamente, existem evidências que indicam como fatores relacionados o profissional que assiste o parto, a escolaridade materna, a paridade, a duração do segundo estágio do parto, a cicatriz perineal anterior, a infusão de ocitocina, a posição no parto, os puxos dirigidos, as manobras de proteção perineal, o peso e o perímetro cefálico do RN, entre outros.¹³ Os autores acreditam que esse resultado foi possível devido à adoção de um novo modelo de assistência pela instituição de estudo, assim como pela inserção do programa de residência em enfermagem obstétrica e consequentemente devido ao maior número de partos assistidos por enfermeiras.

Apesar dos benefícios das posições verticalizadas para a mulher e para o feto, a posição litotômica no parto foi uma regra, alcançando mais de 88% dos partos normais. Quando comparadas as posições vertical ou lateral a litotomia, são destacados aspectos importantes como: a diminuição da sensação dolorosa intensa e cansaço da mulher, a redução do período expulsivo, além da diminuição das taxas de parto dirigido, episiotomia e intervenções obstétricas.¹⁴ Nota-se ainda a satisfação das mulheres em participarem mais ativamente do parto além de ser a posição mais cômoda e que facilita a expulsão do feto.²

O estímulo por parte dos profissionais de posições verticalizadas não segue um protocolo rígido, pois existe a liberdade de escolha pela mulher, que poderá assumir a posição de acordo com sua preferência, desde que orientada. A variedade de posições no parto, no entanto, não é uma realidade em grande parte dos serviços de assistência obstétrica, uma vez que se tomou como posição rotineira e tradicional a litotômica.¹⁴ Destaca-se ainda que, dos partos pesquisados, aqueles ocorridos em posições verticalizadas foram assistidos em sua totalidade por enfermeiras residentes em enfermagem obstétrica.

Em relação aos resultados neonatais, observou-se que, em sua maioria, os recém-nascidos apresentaram peso adequado para a idade gestacional. Além disso, os elevados valores de Apgar demonstraram boas condições de vitalidade neonatal, o que, portanto, pode estar relacionado à indicação oportuna da via de nascimento.

No que se refere aos profissionais de assistência ao parto, percebeu-se a predominância de profissionais médicos, somente 28.64% dos partos normais foram assistidos por profissionais não médicos. Estudos corroboram que os índices de intervenções obstétricas estão altamente correlacionados com o profissional de assistência ao parto.¹⁵⁻¹⁶ Resultado igualmente encontrado em uma revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane, que sugere que modelos de assistência ao parto para mulheres de baixo risco envolvendo parteiras (enfermeiras obstétricas ou parteiras de entrada direta) associam-se a menores taxas de intervenções, maior chance de parto espontâneo e maior sensação de controle pela parturiente.¹⁷

Nesse sentido, desde 1998, o Ministério da Saúde qualifica enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal como profissional qualificada para o resgate

do parto natural como evento fisiológico e proporciona dignidade, segurança e autonomia à mulher.¹⁸ Entretanto, mulheres consideradas de alto risco devem ter assistência médico-hospitalar garantida, visando à identificação e ao tratamento precoce de complicações intraparto.¹²

CONCLUSÃO

Em relação à caracterização dos sujeitos da pesquisa, a maioria das mulheres era jovem, não possuía ocupação remunerada e possuía situação conjugal formal solteira. Em relação às condições obstétricas, a maioria era primigesta e realizou seis ou mais consultas de acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde. Os resultados apontaram que as taxas de cesariana, ainda que elevadas, estão próximas aos valores estipulados pela Organização Mundial da Saúde e as indicações observadas estão de acordo com as indicações absolutas preconizadas.

Foram identificadas condutas que caracterizam o manejo ativo de trabalho de parto, as quais são desestimuladas e comprovadamente prejudiciais à mulher, uma vez que podem resultar em desfechos maternos e perinatais desfavoráveis. Verificou-se a ampla utilização de tecnologias na atenção ao parto e uma assistência intervencionista, baseada em procedimentos desnecessários refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada.

Paralelamente se estiveram presentes na unidade pesquisada, práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde. Considera-se que, estes dados indicam um processo de transformação da prática assistencial obstétrica. Acredita-se que este fato é potencializado pela inserção do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e pelo apoio institucional à adoção de um modelo menos intervencionista. Tais achados enfatizam a valorização e a autonomia para atuação profissional da enfermeira obstétrica no cenário de atendimento ao parto normal de risco habitual, considerando o caráter não intervencionista inerente à sua formação.

Como limitações do estudo, consideramos o fato de ter sido realizado em um hospital escola e as participantes serem usuárias do Sistema Único de Saúde, o que implica em uma realidade diferenciada em termos socioeconômicos e culturais, sendo questionável o grau de generalização para a população geral.

REFERÊNCIAS

1. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 Aug [cited 2015 Feb 14];18(8):2395-400. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S1413-81232013000800024&lng=en.
2. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 14];30(Suppl 1):S17-S32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en.
3. Lansky S, Friche AA, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML et al. Pesquisa Nacer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 14];30(Suppl 1):S192-S207. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso.
4. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. Rev esc enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 14];44(3):812-18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0080-62342010000300037&lng=en&nrm=iso.
5. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2011 Sept [cited 2015 Fev 01];32(3):479-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en.
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de População e Indicadores Sociais. População jovem no Brasil. 1999 [cited 2015 Feb 01]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/po pulacao/populacao_jovem_brasil/populacaojo vem.pdf
7. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 13 de julho de 1990.
8. Sanches NC, Mamede FV, Vivancos RBZ. Perfil das mulheres submetidas à cesareana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. Texto contexto-enferm [Internet]. 2012 June [cited 2015 Feb 01];21(2):418-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0104-07072012000200021&lng=en&nrm=iso.
9. Marcolin AC. Até quando o Brasil será conhecido como o país da cesárea? Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2014 July [cited 2015 Feb 01];36(7):283-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0100-72032014000700283&lng=en.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. World Health Organization. Care in normal birth: A practical guide. Geneva: WHO; 1996.
12. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. FEMINA [Internet]. 2010 Oct [cited 2015 Feb 01];38(10):[about 5 p.]. Available from: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistenci a_ao_parto_parte_I.pdf
13. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: Análise de fatores associados. Rev enferm UERJ [Internet]. 2011 Mar [cited 2015 Fev 01];19(1):77-83. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>.
14. Nilsen E, Sabatino H, Lopes MHBM. Dor e comportamento de mulheres durante o trabalho de parto e parto em diferentes posições. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 01];45 (3):557-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar ttext&pid=S0080-62342011000300002&lng=en&nrm=iso.
15. Cagnin ERG, Mamede MV, Mamede FV. Qualified care to labor: a descriptive study. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Oct [cited 2015 Feb 01];8(10):3266-74. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage m/index.php/revista/article/view/6047/pdf_6208.
16. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. O processo de parir assistido

Reis TR dos, Zamberlan C, Grasel JT et al.

Perfil das gestantes e a assistência obstétrica de...

pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. Esc Anna Nery [Internet]. 2012 Mar [cited 2015 Feb 25];16(1):34-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100005&lng=en.

17. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Library. 2010 [cited 2015 Mar 18];(Issue 1). Oxford: Update Software.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília; 2014.

Submissão: 31/03/2015

Aceito: 12/12/2015

Publicado: 01/01/2016

Correspondência

Thamiza L. da Rosa dos Reis
Centro Universitário Franciscano
Rua Henrique Dias, 160 / Ap. 401
Bairro Centro
CEP 97010220 – Santa Maria (RS), Brasil