



RESULTADOS OBSTÉTRICOS E NEONATAIS DE PARTOS ASSISTIDOS
OBSTETRIC AND NEONATAL RESULTS OF ASSISTED CHILDBIRTHS
RESULTADOS OBSTÉRICOS Y NEONATALES DE PARTOS ASISTIDOS

Régia Christina Moura Barbosa Castro¹, Clarice Mendes de Freitas², Ana Kelve de Castro Damasceno³, Cinthia Gomes Escoto Esteche⁴, Tatiane da Silva Coelho⁵, Amanda de Freitas Brilhante⁶

RESUMO

Objetivo: avaliar resultados obstétricos e neonatais de partos assistidos. **Metodo:** estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, com parturientes assistidas pelas enfermeiras residentes. Os dados foram coletados a partir das informações referentes aos partos, anotadas no livro de registro, analisados no SPSS, versão 20.0, agrupados em tabelas e submetidos à análise descritiva e numérica inferencial. **Resultados:** as enfermeiras residentes assistiram 147 partos de parturientes com faixa etária entre 20 e 24 anos e 44,9% eram nulíparas. Destas, 43 tiveram períneo íntegro após o parto; 61 apresentaram laceração de primeiro grau; 38, de segundo grau e cinco, de terceiro grau. O índice de episiotomia foi de 4,8%. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor mais utilizados durante o trabalho de parto foram a respiração, o banho de aspersão e a massagem. Todos os recém-nascidos tiveram Apgar no quinto minuto igual ou maior que sete e 93,2% deles foram colocados em contato pele a pele com a mãe. **Conclusão:** os resultados maternos e neonatais foram favoráveis demonstrando que o programa de residência em Enfermagem Obstétrica se norteia nas evidências científicas e resulta em menos intervenções no processo de parturição. **Descritores:** Parto Normal; Enfermagem Obstétrica; Parto Humanizado; Enfermeiras; Recém-Nascido; Gestação.

ABSTRACT

Objective: to evaluate obstetric and neonatal outcomes of assisted births. **Method:** quantitative, descriptive, retrospective study with parturients assisted by resident nurses. The data were collected from the information about the births, recorded in the registry book, analyzed in SPSS, version 20.0, grouped in tables and submitted to descriptive and numerical inferential analysis. **Results:** resident nurses attended 147 births of parturients aged between 20 and 24 years and 44.9% were nulliparous. Of these, 43 had intact perineum after delivery; 61 presented first degree laceration; 38, of second degree and five, of third degree. The episiotomy index was 4.8%. The non-pharmacological methods of pain relief most used during labor were breathing, bathing, and massage. All newborns had Apgar in the fifth minute equal to or greater than seven and 93.2% of them were placed in skin-to-skin contact with the mother. **Conclusion:** maternal and neonatal outcomes were favorable, demonstrating that the Obstetric Nursing residency program is based on scientific evidence and results in fewer interventions in the parturition process. **Descriptors:** Normal Birth; Obstetric Nursing; Humanized Birth; Nurses; Newborn; Pregnancy.

RESUMEN

Objetivo: evaluar resultados obstétricos y neonatales de partos asistidos. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, con parturientas asistidas por las enfermeras residentes. Los datos fueron recolectados a partir de las informaciones referentes a los partos, anotadas en el libro de registro, analizados en el SPSS, versión 20.0, agrupados en tablas y sometidos al análisis descriptivo y numérico inferencial. **Resultados:** las enfermeras residentes asistieron 147 partos por las enfermeras residentes, parturientas con grupo de edad entre 20 y 24 años y 44,9% eran nulíparas. De ellas, 43 tuvieron perineo íntegro después del parto; 61 presentaron laceración de primero grado; 38, de segundo grado y cinco de tercer grado. El índice de episiotomía fue del 4,8%. Los métodos no farmacológicos de alivio del dolor más utilizados durante el trabajo de parto fueron la respiración, el baño de aspersión y masaje. Todos los recién nacidos tuvieron Apgar en el quinto minuto igual o mayor que siete y el 93,2% de ellos fueron puestos en contacto piel a piel con la madre. **Conclusión:** los resultados maternos y neonatales fueron favorables, demostrando que el programa de residencia en Enfermería Obstétrica se basa en las evidencias científicas y resultando en menos intervenciones en el proceso de alumbramiento. **Descritores:** Parto Normal; Obstétrica de Enfermería; Parto Humanizado; Enfermera; Recién Nacido; Embarazo.

¹Doutora, Universidade Federal do Ceará-UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: regiabarbosa@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0673-9442>; ²Enfermeira Obstetra, Universidade Federal do Ceará-UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: clarice_mendes@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-8744-1586>; ³Doutora, Universidade Federal do Ceará-UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: anakelve@hotmail.com ORCID iD : <http://orcid.org/0000-0003-4690-9327>; ⁴Mestre, Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: cinthiaesteche@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0001-6958-3185>; ⁵Mestranda, Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: tatiane25coelho@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-4088-9687>; ⁶Enfermeira Obstetra, Universidade Federal do Ceará-UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: mandinhabrilhante@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-4875-7785>

INTRODUÇÃO

O cenário do parto e nascimento, durante toda a história, esteve permeado por mudanças. No início, a assistência ao parto era de domínio feminino e as parteiras, as únicas responsáveis por essa prática. A figura masculina no processo da parturição era considerada incômoda, sendo o parto um momento de experiência vivido apenas pelas mulheres em seus domicílios.¹

Por volta do século XX, após a Segunda Guerra Mundial, a hospitalização do parto encontra-se como prática predominante no Brasil, permitindo a medicalização e o controle do período gravídico-puerperal, evidenciando “o fim da feminização do parto” e a ascensão do poder médico.²

O ato de parir, como evento natural, subjetivo e familiar, passa a ser experimentado no âmbito das instituições de saúde onde a mulher sofre ações mais invasivas e intervencionistas, muitas vezes, sem seu consentimento e real indicação. Em consequência a esse modelo de assistência, a gestante perde sua autonomia passando a ser coadjuvante no processo parturitivo.²

A perda do papel de protagonista torna a mulher fragilizada e vulnerável a situações que a descaracterizam, infantilizam e violentam. Nessa condição de fraqueza, a parturiente vivencia um sentimento de medo e passa a perceber o parto e o nascimento como ameaça de dor, sofrimento e morte, encontrando a cesariana como meio de fuga e proteção, visto que o modelo de parto “normal” era percebido como degradante.³

O modelo tecnocrático da atenção obstétrica e neonatal foi incorporado à sociedade, e o parto passou a ser frequentemente compreendido como patológico, justificando o uso de intervenções mais intensas.⁴ Porém, a adesão indiscriminada a tecnologias, sem a comprovada necessidade em um processo fisiológico, resulta em risco e possíveis danos maternos e neonatais.⁵⁻⁶

No contexto da transformação da assistência ao parto, surgem movimentos sociais em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e críticas ao modelo biomédico hegemônico, caracterizado pela medicalização e intervenção. Como resposta a essa insatisfação, o Ministério da Saúde (MS) determina ações que objetivam qualificar e humanizar a assistência ao parto e ao nascimento então vigente⁷. Dentre as iniciativas, destacam-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Política Nacional de Humanização do SUS e o

Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros.⁸

O significado de assistência humanizada é bastante amplo. De acordo com o Ministério da Saúde, quando aplicado no contexto da obstetrícia e neonatologia, refere-se ao conjunto de ações, conhecimentos e condutas que visam à promoção do parto e nascimento fisiológico e à prevenção da mortalidade materna e perinatal.⁸

Para considerar uma assistência como humanizada, faz-se necessária a prestação de um cuidado holístico onde o profissional ofereça à mulher liberdade de escolha e suporte emocional, esclarece dúvidas que possam existir, estabelece uma relação de confiança por meio do diálogo, respeita as crenças e valores da parturiente considerando sua individualidade, interferindo o mínimo possível no processo parturitivo e tornando-o o mais tranquilo e natural possível.⁹

O estado de gravidez e o nascimento são considerados como evento único e de muita emoção e significação para a mulher e todas as experiências vivenciadas por ela nesses momentos ficarão gravadas em sua mente, evidenciando-se ainda mais a necessidade de o profissional prestar uma assistência humanizada.⁴

A Organização Mundial de Saúde - OMS, por sua vez, após reunião com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no ano de 1985, lança mão de diretrizes que enfatizam boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, baseadas em evidências científicas, e ressalta ser o parto um evento natural em que não há necessidade de controle e, sim, de cuidado.⁶

A assistência ao parto tem como objetivo ter uma mãe e uma criança com boas condições de saúde e com o menor número possível de intervenções em nível que garanta segurança. Para que se interfira no processo natural do parto normal, deve existir uma razão real. O parto normal ou de baixo risco é conceituado, pela OMS, como aquele de início espontâneo, entre 37 e 42 semanas completas de gestação, sem identificação de fatores de risco durante todo o período, finalizado pelo nascimento de um neonato em posição cefálica de vértice. A OMS destaca a enfermeira-parteira como a melhor profissional para assistir esse tipo de parto.⁶

Apesar das orientações da OMS, observa-se que o modelo de parto “normal” mais praticado no Brasil, inclusive nas unidades de ensino, é o tecnocrático, centrado nos profissionais médicos e nas intervenções desnecessárias¹⁰. Conforme o Ministério da

Castro RCMB, Freitas CM de, Damasceno AKC et al.

Resultados obstétricos e neonatais de partos...

Saúde, a não adoção de medidas de cuidado comprovadas cientificamente, que irão promover proteção à vida de mulheres e crianças, configura-se como ato negligente e iatrogênico, pondo o binômio mãe-filho em situação de risco.⁸

Na tentativa de modificar o panorama obstétrico e neonatal no Brasil, baseando-se e dando extensão ao PQM, o governo federal inaugura, em 2011, a Rede Cegonha (RC), a qual se configura como uma rede de cuidados que visa a assegurar o direito ao binômio mãe-filho à atenção humanizada durante o pré-natal, parto e puerpério.¹¹

A estratégia RC propõe qualificação e organização da atenção e gestão materna e infantil, em todo o território nacional, com incentivos técnicos e financiamentos relacionados às modificações no modelo de parto e nascimento. De acordo com o Ministério da Saúde, além destas questões, a RC incorpora às suas diretrizes a redução das taxas de mortalidade infantil e materna, a assistência à criança de até dois anos, a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, a implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP).¹²

Os Ministérios da Saúde e da Educação lançam, em setembro de 2012, o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia (Pronaenf), que tem como objetivo estimular as instituições de ensino superior a formar especialistas em Enfermagem Obstétrica que seriam inseridos em regiões que haviam aderido à RC.¹³

A residência consiste em uma modalidade de ensino de pós-graduação *Lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por ensino em serviço, com duração mínima de dois anos, carga horária semanal de 60 horas, para a formação de enfermeiros obstétricos.¹³

Nesse cenário, pretende-se responder à seguinte pergunta: como estão configurados os resultados obstétricos e neonatais dos partos assistidos por enfermeiros residentes em uma maternidade do Nordeste brasileiro?

OBJETIVO

- Avaliar os resultados obstétricos e neonatais de partos assistidos.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, com dados analisados de modo sistemático,¹⁴ realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) localizada em Fortaleza - CE, Brasil. A referida instituição,

em 2012, iniciou, em todas as suas unidades de cuidado, ações embasadas na estratégia da Rede Cegonha e foi escolhida como local de realização da pesquisa por se tratar de espaço de atuação das enfermeiras do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal do Ceará/UFC.

A população do estudo foi constituída das parturientes assistidas pelas enfermeiras residentes, no período de julho de 2015 a junho de 2016, que estavam registradas no livro de registro de partos assistidos pelas residentes destinado à anotação dos dados obstétricos das parturientes e da assistência prestada pelas estudantes.

A amostra constitui-se de 147 partos vaginais dos quais todas as variáveis estavam devidamente preenchidas no livro de registro.

Os dados foram coletados a partir das informações referentes aos partos assistidos pelas residentes anotadas no livro de registro. As variáveis abordadas foram: idade materna; procedência; perfil obstétrico/paridade; idade gestacional; utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e integridade perineal. Quanto às variáveis relacionadas ao RN, foram abordados o índice de Apgar no primeiro e quinto minutos e o contato pele a pele imediato.

Para a organização dos dados, foi utilizado o Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Os dados foram agrupados em tabelas, submetidos à análise descritiva e numérica inferencial, bem como analisado seu embasamento à luz da literatura.

O estudo obedeceu aos preceitos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução N.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado, com CAEE 1.684.564, pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, por meio da Plataforma Brasil.

RESULTADOS

Durante o período de julho de 2015 a junho de 2016, foi assistido um total de 147 partos por enfermeiras residentes devidamente registrados no livro de registro de partos das residentes.

A maioria das parturientes é proveniente da cidade de Fortaleza (n=128/87,1%), porém, algumas provinham da região metropolitana (n=16/10,9%), bem como do interior do Estado (n=3/2%).

A idade foi dividida por faixa etária observando-se a faixa predominante, entre 20

e 24 anos, totalizando um terço da amostra. Os resultados apontaram, ainda, um percentual significativo de mulheres adolescentes, entre dez e 19 anos, dado preocupante para a saúde materna.

Em relação ao perfil obstétrico, a maioria das mulheres era primigesta (n=66/44,9%) e nulípara 74 (50,3%) e 19 (12,92%) delas já tiveram, pelo menos, um abortamento na vida, conforme a tabela 1.

Tabela 1. Perfil obstétrico de mulheres atendidas por residentes em Enfermagem Obstétrica. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Nº de Gestações (n=147)		
Primigesta	66	44,9
Secundigesta	44	29,9
Tercigesta	19	12,9
Multigesta	18	12,3
Nº Partos (n=147)		
Nulípara	74	50,3
Primípara	42	28,6
Secundípara	19	12,9
Multípara	12	8,2
Nº Abortos (n=147)		
Nenhum	128	87,1
Um	12	8,2
Dois	05	3,3
Três	02	1,4

Todos os partos avaliados neste estudo foram provenientes de gestações a termo, com 39 semanas de idade gestacional prevalente, correspondente a 31,3% (n=46).

Um percentual de 29,3% (n=43) das parturientes permaneceu com períneo íntegro após o parto; 41,5% (n=61) apresentaram laceração de primeiro grau; 25,9% (n=38), de segundo grau e 3,4% (n=5), de terceiro grau. Não houve nenhum caso de laceração de quarto grau.

Quanto à realização de episiotomia, observou-se a ocorrência em sete parturientes (4,8%) e, em apenas um caso destes casos, a

nota de Apgar do RN foi inferior a sete no primeiro minuto.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto foram banho de aspersão, bola suíça, cavalinho, massagem, deambulação, respiração consciente e penumbra. A adesão das parturientes quanto a cada um dos métodos foi demonstrada na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição do número de parturientes atendidas por residentes de Enfermagem Obstétrica segundo os métodos não farmacológicos para o alívio da dor utilizados. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Variáveis	n	%
Banho de Aspersão (n = 147)		
Sim	82	55,8
Não	65	44,2
Bola Suíça (n=147)		
Sim	60	40,8
Não	87	59,2
Cavalinho (n=147)		
Sim	40	27,2
Não	107	72,8
Deambulação (n=147)		
Sim	49	33,3
Não	98	66,7
Penumbra (n=147)		
Sim	23	15,6
Não	124	84,4
Respiração Consciente (n=147)		
Sim	91	61,9
Não	56	38,1
Massagem (n=147)		
Sim	69	46,9
Não	78	53,1

Dos 147 recém-nascidos (RNs), apenas sete (4,8%) apresentaram Apgar inferior a sete no primeiro minuto de vida. Destes, dois receberam Apgar cinco, recuperando-se no quinto minuto; um deles recebeu Apgar sete e o outro, oito. Os outros cinco receberam

Apgar seis recuperando-se na próxima avaliação para oito (dois deles) e para nove (os três restantes). Quanto ao quinto minuto, todos os RNs tiveram Apgar igual ou maior que sete indicando boa vitalidade.

Tabela 3. Distribuição do número de parturientes/RNs segundo Apgar. Fortaleza (CE), Brasil, 2016.

Variáveis	N	%
Escore no 1° minuto (n=147)		
5	2	1,4
6	5	3,4
7	10	6,8
8	47	32,0
9	83	56,5
Escore no 5° Minuto (n=147)		
7	01	0,7
8	09	6,1
9	128	87,1
10	09	6,1

Imediatamente após o parto, 93,2% (n=137) dos RNs foram colocados em contato pele a pele imediato com as mães e 6,8% (n=10) não passaram por essa experiência.

DISCUSSÃO

É importante ressaltar que o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica foi inserido há pouco mais de três anos na instituição na qual se realizou o estudo. Embora a equipe contasse com enfermeiros obstetras, o modelo assistencial adotado na maternidade estava centralizado na figura do médico, inclusive, no âmbito do ensino.

Ressalta-se que a assistência aos partos descrita ocorreu sob a supervisão das enfermeiras e médicos da instituição, observando-se algumas intervenções realizadas por esses profissionais. Verificou-se que os residentes de Enfermagem Obstétrica estão, cada vez mais, inseridos na assistência à mulher no pré-parto, parto e pós-parto, assim como a Enfermagem Obstétrica vem contribuindo e participando das mudanças no processo de parir nessa instituição por meio, por exemplo, da adoção dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, além de proporcionar autonomia para as parturientes.

Por se tratar de instituição vinculada ao ensino, a assistência aos partos é dividida entre internos e residentes de Enfermagem e Medicina. Embora haja uma grande quantidade de alunos, o número de partos assistidos pelas residentes de Enfermagem foi semelhante ao encontrado em estudo realizado no Rio Grande do Sul¹⁵, percebendo uma homogeneidade na prática dos residentes em formação.

Embora os dados governamentais demonstrem redução da taxa de natalidade e fecundidade das mulheres no Brasil nos

últimos dez anos, observa-se que, na adolescência, esse declínio é menor, quando comparado com outras faixas¹³⁻¹⁶. Os resultados deste estudo evidenciaram que mais de um quarto dos partos assistidos foi de adolescentes, ou seja, mulheres entre dez e 19 anos⁶, dados semelhantes aos encontrados em pesquisas realizadas na capital de Mato Grosso e no Rio de Janeiro.¹⁵⁻⁷

Em relação ao perfil clínico obstétrico, a nuliparidade foi uma característica obstétrica frequente encontrada nos partos assistidos pelos enfermeiros residentes em Obstetrícia, como demonstrado em estudos realizados anteriormente (41,8%, 36,9% e 58,3%).¹⁵⁻⁷ Tal achado aumenta a possibilidade de as mulheres alcançarem um histórico de parturição com menos intervenções tendo em vista que os partos assistidos por enfermeiros obstétricos demonstram maior respeito ao processo de parir respeitando o fisiológico, proporcionando à mulher o resgate de sua autoconfiança e a consequente autonomia no momento do parto.¹⁸

O percentual de episiotomias verificado foi de 4,8%, resultado semelhante ao encontrado em um estudo realizado no Mato Grosso¹⁷, equiparando-se ao índice ideal preconizado pela OMS, que sugere taxa de aproximadamente 10%.⁶

Um estudo de caso-controle realizado em Recife, que analisou fatores relacionados à episiotomia, concluiu que a prática desse procedimento está associada fortemente aos partos assistidos por médicos, sendo menos frequente naqueles assistidos por enfermeiras.¹⁹ Corroborando este resultado, verificou-se que, embora os partos deste estudo não tenham sido propriamente realizados por médicos, a maior parte das episiotomias realizadas nas parturientes desta pesquisa foi proveniente de decisão médica

Castro RCMB, Freitas CM de, Damasceno AKC et al.

Resultados obstétricos e neonatais de partos...

intervindo na conduta da enfermeira obstétrica durante o parto.

Outro resultado que chama a atenção é que 30,7% das mulheres, que não foram submetidas à episiotomia, não apresentaram laceração perineal, dado semelhante ao encontrado em estudo realizado no Rio de Janeiro (36,4%).¹⁵ Tais achados corroboram o entendimento de que nem todas as mulheres necessitam de episiotomia, assim como indicam que a prática restrita de tal procedimento reduz traumas perineais, complicações em cicatrização e suturas.²⁰

Resultados semelhantes aos do estudo realizado pela Casa de Parto Normal no Rio de Janeiro²¹ apontam que a respiração consciente/movimentos respiratórios foi o método não farmacológico de alívio da dor mais utilizado pelas parturientes neste estudo. O banho, a massagem, a bola suíça e a deambulação foram práticas com bom percentual de aceitação pelas mulheres demonstradas também em outros estudos com população semelhante.¹⁷⁻²¹

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor são práticas de baixo custo podendo, assim, ser facilmente oferecidas pelos serviços públicos e têm a capacidade de proporcionar conforto às parturientes, melhorando a assistência ao trabalho de parto e parto, além de diminuir a administração de medicamentos com função analgésica e anestésica.²²

A asfixia perinatal, relacionada ao parto, trata-se de uma das principais causas de morbimortalidade neonatal. O índice de Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida passou a ser usado como referencial para o diagnóstico e o prognóstico de asfixia.²³ Os resultados para asfixia neonatal, obtidos nesse estudo, apresentam tendência semelhante às pesquisas que avaliam partos assistidos por enfermeiros obstetras. Os resultados deste estudo, quanto à vitalidade neonatal por meio da medida de Apgar igual ou superior a sete no quinto minuto de vida (100%), mostraram-se semelhantes aos encontrados em outras pesquisas, com 99,4% dos RNs em maternidade do Rio de Janeiro¹⁵, 99% dos RNs em hospital do Mato Grosso¹⁷ e 96,7% dos RNs de maternidade do interior do Rio Grande do Sul.²⁴

Neste estudo, 93,2% dos recém-nascidos foram colocados em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o parto. Essa prática demonstra o fortalecimento do vínculo entre a mãe e recém-nascido e proporciona a estabilidade da temperatura do RN evitando hipotermia, facilitando o estabelecimento precoce do início do aleitamento materno,

além de ajudar no delivramento placentário.²⁵⁻⁷

Os resultados apresentados nesta pesquisa evidenciaram que a assistência ao parto realizada pelas residentes em Enfermagem Obstétrica respeita as boas práticas ao parto e ao nascimento, preconizadas pela OMS, pela utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, promoção do contato pele a pele e respeito à autonomia da parturiente.

Além de ter alcançado resultados maternos e neonatais positivos quanto ao desfecho do parto como, por exemplo, o baixo índice de episiotomia e nenhum caso de asfixia neonatal, reforça que a prática realizada pela Enfermagem Obstétrica é executada de forma eficiente e segura.

Como limitações do estudo, foi considerado o fato de que o livro de registro dos partos assistidos pelas residentes não contemplava alguns indicadores, assim como não consta o número do prontuário ou o nome completo da paciente, o que impossibilita o resgate dos dados pelo prontuário. Sugere-se a realização de estudos que possam comparar a assistência prestada pelo enfermeiro obstetra com a de outros profissionais, bem como a realização de desenhos metodológicos que possam apontar um maior poder de precisão em seus resultados.

Destaca-se, ainda, o fato de que os resultados foram provenientes dos partos assistidos por residentes das primeiras turmas de Residência em Enfermagem Obstétrica, período em que esses estudantes ainda tentavam conquistar espaço para atuar de forma autônoma, sem intervenção médica desnecessária.

Os resultados deste estudo vêm reforçar ainda mais a importância do enfermeiro obstetra no cenário do parto e nascimento contribuindo para a inversão de modelo obstétrico no país e a diferença que uma formação na modalidade de residência vem agregar na competência, habilidade e atitude destes enfermeiros.

CONCLUSÃO

As parturientes participantes da pesquisa eram, em sua maioria, mulheres jovens provenientes de Fortaleza, primigestas, nulíparas, fizeram uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e tiveram uma assistência ao parto e ao nascimento segura.

Os resultados maternos e neonatais obtidos nesse modelo de assistência foram favoráveis, ou seja, seguiram as recomendações da OMS, o que demonstra que o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, como meio de formação e qualificação de

profissionais, se norteia nas evidências científicas, na assistência humanizada, resultando em menos intervenções no processo de parturição, o que reflete diretamente em melhoria na saúde perinatal, assim como reduz a morbimortalidade materna e neonatal.

Dentre as contribuições para a assistência, destaca-se, por meio da experiência descrita nesta pesquisa, a necessidade da formação de enfermeiras obstétricas qualificadas e da inserção dessas profissionais nas instituições que prestam assistência às parturientes. No que se refere à pesquisa, destaca-se a importância da realização de estudos que evidenciem a atuação do enfermeiro na área obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Paiva MS. Conferência: competências específicas da equipe de enfermagem na obstetrícia. In: II Seminário Estadual sobre a qualidade da assistência ao Parto: contribuições de enfermagem. Anais do II Seminário Estadual sobre a qualidade da assistência ao Parto: contribuições de enfermagem. Curitiba: ABEn-PR; 1999.
2. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cad Cult Ciênc.* 2015 Mar;13(2):76-89. Doi: <http://dx.doi.org/10.14295/cad.cult.cienc.v13i2.838>
3. Andrade MAC, Lima JBMC. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Ministério da Saúde (BR), Universidade Estadual do Ceará. *Cadernos HumanizaSUS: volume 4: humanização do parto e do nascimento* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [cited 2017 Mar 19]. Available from: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizac_ao_parto.pdf
4. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc.* 2017 July 10;29. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>
5. Organização Mundial da Saúde, Saúde Reprodutiva e da Família, Unidade de Maternidade Sagura. *Saúde Materna e Neonatal*. Brasília: OMS; 1996.
6. Ângulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, d'Orsi E, Barobosa GP. Cooperation and conflict in childbirth care: representations and practices of nurses and obstetricians. *Cad Saúde Pública.* 2013 Sept/Oct;19(5):1425-36.
7. Melo LPT, Doudou HD, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento. *Rev Rene.* 2017 Jan/Fev;18(1):59-67. Doi: [10.15253/2175-6783.2017000100009](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100009)
8. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene.* 2014 Mar/Abr; 15(2):362-70. Doi: [10.15253/2175-6783.2014000200022](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200022)
9. Ministério da Saúde (BR). Relatório Final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Brasil. Poder Executivo. Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012. Comissão Nacional De Residência Multiprofissional Em Saúde. *Diário Oficial da União.* 16 abr. Seção I, 24-25; 2012.
11. Marconi MA, Lakatos EM. *Fundamentos de Metodologia Científica.* 8 ed. São Paulo: Atlas; 2017.
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2016 Mar 14]. Available from: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html
13. Reis TR, Zamberlan C, Quadros JS, Grasel JT, Moro ASS. Obstetric nurses: contributions to the objectives of the Millennium Development Goals. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(Spe):94-101. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>
14. Ferreira RA, Ferriani MGC, Mello DF, Carvalho IP, Cano MA, Oliveira LA. Spatial analysis of the social vulnerability of adolescent pregnancy. *Cad Saúde Pública.* 2012 Feb;28(2):313-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000200010>
15. 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.* 2016 Nov/Dec;69(6):1029-36. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>
16. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Maternal and

Castro RCMB, Freitas CM de, Damasceno AKC et al.

Resultados obstétricos e neonatais de partos...

neonatal assistance results at Birthing Center in the municipality of Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2013 Jan/Mar;17(1):17-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100003>

17. Caus ECM, Santos EKA, Nassif AA, Monticelli M. The process of giving birth assisted by obstetrician nurse in a hospital context: mean for the parturients. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2012 Mar;16(1):34-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100005>

18. 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.* 2014 Sept/Oct;60(5):465-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.05.015>

19. Reis CSC, Souza DOM, Nogueira MFH, Progianti JM, Vargens OMC. Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth. *Rev Pesqui Cuid Fund (Online).* 2016 Out/Dec;8(4):4972-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4972-4979>

20. Osório SMB, Silva Júnior LG, Nicolau AIO. Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. *Rev Rene.* 2014 Jan/Feb;15(1):174-84. Doi: 10.15253/2175-6783.2014000100022

21. Oliveira TG, Freire PV, Moreira FT, Moraes JSB, Arrelaro RC, Rossi S, et al. Apgar score and neonatal mortality in a hospital located in the southern area of São Paulo city, Brazil. *Einstein.* 2012 Jan/Mar;10(1):22-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082012000100006>

22. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Experiencing skin to skin contact with the baby during the postpartum period as a mechanical act. *Rev Bras Enferm.* 2014 Mar/Apr;67(2):202-7. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140026>

23. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov;11:CD003519. Doi: [10.1002/14651858.CD003519.pub4](http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4)

24. Norris-Grant DM, Jaggars CE. A multidisciplinary approach to improving skin-to-skin contact immediately after birth. *JOGNN.* 2014; 43(Suppl 1):S29. Doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12402>

25. Ferrer MBC, Jordana MC, Meseguer BC, Garcia CC, Roche MEM. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open.* 2016;6:011362. Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011362>

Submissão: 11/09/2017
Aceito: 27/01/2018
Publicado: 01/04/2018

Correspondência

Régia Christina Moura Barbosa Castro.
Rua Alexandre Baraúna, 1115, Sala 14
Universidade Federal do Ceará-UFC
Rua Rodolfo Teófilo
CEP: 60416-000 – Fortaleza (CE), Brasil