

Caracterização da assistência a parturientes que utilizaram tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento

Characterization of assistance to parturients who used non-invasive care technologies in the delivery and birth process

Caracterización de la asistencia a las parturistas que utilizaron tecnologías de atención no invasiva en el proceso del parto y el nacimiento

Mariane Daronch da Rosa¹, Graciela Dutra Sehnem¹, Francielle Morais de Paula¹, Tassiane Ferreira Langendorf¹, Silvana Bastos Cogo¹, Raquel Einloft Kleinubing¹, Elisabeta Albertina Nietzsche¹.

RESUMO

Objetivo: Descrever a assistência recebida por parturientes que fizeram uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento. **Métodos:** Estudo transversal, do tipo documental. Participaram 381 gestantes que tiveram seu parto realizado no período de junho a dezembro de 2020. A coleta de dados ocorreu em abril de 2021, por meio de um questionário construído a partir da ficha de indicadores obstétricos do serviço. Para análise dos dados empregou-se a estatística descritiva. **Resultados:** A idade das gestantes variou de 13 a 42 anos, no qual 56,2% foram consideradas multiparas e 42,3% nulíparas. Dentre as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica, destacaram-se a deambulação (80,8%) e a liberdade de posição (80,8%). **Conclusão:** A utilização destas tecnologias se configura como uma importante ferramenta para o manejo do alívio da dor durante o trabalho de parto, autonomia da mulher e qualidade na assistência. Assim, poderá ser implementada de forma conjunta com outras estratégias, visando ampliar a humanização na assistência ao parto.

Palavras-chave: Saúde da mulher, Dor, Trabalho de parto, Enfermagem obstétrica, Parto normal.

ABSTRACT

Objective: To describe the assistance received by parturients who used non-invasive care technologies in the labor and birth process. **Methods:** Cross-sectional study, of the documentary type. A total of 381 pregnant women participated who had their delivery performed from June to December 2020. Data collection took place in April 2021, through a questionnaire built from the service's obstetric indicator sheet. For data analysis, descriptive statistics were used. **Results:** The age of the pregnant women ranged from 13 to 42 years, in which 56,2% were considered multiparous and 42,3% nulliparous. Among the non-invasive technologies of obstetric nursing care, ambulation (80,8%) and freedom of position (80,8%) stood out. **Conclusion:** The use of these technologies is configured as an important tool for the management of pain relief during labor, women's autonomy and quality of care. Thus, it can be implemented in conjunction with other strategies, aiming to expand humanization in childbirth care.

Keywords: Women's health, Pain, Labor obstetric, Obstetric nursing, Natural childbirth.

RESUMEN

Objetivo: Describir la asistencia recibida por las parturientas que utilizaron tecnologías de atención no invasivas en el proceso de trabajo de parto y nacimiento. **Métodos:** Estudio transversal, de tipo documental. Participaron un total de 381 gestantes que tuvieron su parto realizado entre junio y diciembre de 2020. La recolección de datos se realizó en abril de 2021, a través de un cuestionario construido a partir de la ficha de indicadores obstétricos del servicio. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de datos. **Resultados:** La edad de las gestantes osciló entre 13 y 42 años, en las que el 56,2% se consideraron multiparas y el 42,3% nulíparas. Entre las tecnologías no invasivas del cuidado de enfermería obstétrica, se destacaron la

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria - RS.

deambulaci3n (80,8%) y la libertad de posici3n (80,8%). **Conclusi3n:** El uso de estas tecnologas se configura como una herramienta importante para el manejo del alivio del dolor durante el parto, la autonomas de la mujer y la calidad de la atenci3n. Asas, puede ser implementada en conjunto con otras estrategias, con el objetivo de ampliar la humanizaci3n en la atenci3n del parto.

Palabras clave: Salud de la mujer, Dolor, Trabajo de parto, Enfermeras obstétrica, Parto normal.

INTRODUÇÃO

Entende-se que o parto e o nascimento s3o eventos sociais que marcam a vida de um casal por meio de sentimentos e experiêncas singulares, transformaç3es, aprendizados, expectativas, anseios e inseguranças diante de tudo que ser3 vivenciado. Envolve, também, suas famas e pessoas significativas do seu entorno (DODOU HD, et al., 2016).

Uma s3rie de iniciativas governamentais transitaram, desde o foco nos fatores biol3gicos e t3cnicos, at3 a percepç3o de que a garantia do acesso e integralidade da atenç3o, qualidade e cobertura do pr3-natal, parto e puerp3rio poderiam reduzir das taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Essas mudanças na atenç3o ao pr3-natal, parto e nascimento surgiram no bojo do avanço das pol3ticas p3blicas, no ano 2000, com o Programa de Humanizaç3o do Pr3-natal e Nascimento (PHPN), e no ano de 2004, com a Pol3tica Nacional de Atenç3o Integral à Sa3de da Mulher (PNAISM) e o Pacto Nacional pela Reduç3o da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2011).

J3, no ano de 2011, foi implementada a Rede Cegonha, que reformulou o enfoque da atenç3o obstétrica e neonatal. Isto se deu por meio de suas diretrizes que visam a garantia do acolhimento com estratificaç3o do risco obstétrico, ampliaç3o e qualificaç3o do acesso aos serviç3os de pr3-natal, bem como vinculaç3o da gestante à unidade de referênci a e ao transporte seguro; das boas pr3ticas e segurança na atenç3o ao parto e nascimento e da atenç3o à sa3de das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar dos in3meros programas e pol3ticas p3blicas para aprimorar a gest3o e ter uma assist3ncia de qualidade voltada para a sa3de da mulher durante o parto, o nascimento e o puerp3rio, ainda h3 desafios, como a assist3ncia centrada nas intervenç3es prejudiciais e a viol3ncia obstétrica. Essas quest3es est3o na contram3o de uma pr3tica obstétrica integral, humanizada e baseada em evid3ncias cient3ficas (DODOU HD, et al., 2016).

Diante disso, as tecnologias n3o invasivas de cuidado fazem parte das novas condutas do movimento de humanizaç3o do parto, tornando esse momento o mais natural e confort3vel poss3vel. Na assist3ncia obstétrica, o uso de tecnologias n3o invasivas torna o parto um fen3meno mais prazeroso e interativo entre m3e e filho. A principal vantagem dessas tecnologias é que, por n3o serem invasivas, permitem que as mulheres decidam se ser3o usadas ou n3o e que sigam seus instintos na viv3ncia do momento (VARGENS OMDC, et al., 2017). Dentre tais tecnologias, pode-se citar a liberdade de movimentaç3o e os movimentos p3lvicos, a bola su3ça, o banco obstétrico, as massagens, a 3gua morna atrav3s do banho de aspers3o, a aromaterapia, entre outras (VARGENS OMDC, et al., 2017).

Sendo assim, entende-se que esses cuidados se configuram em uma pr3tica mais segura e acarretam menos procedimentos invasivos durante o trabalho de parto. Ademais, a exploraç3o dos m3todos n3o farmacol3gicos e a sua implementaç3o permitem à enfermagem maior autonomia profissional, bem como um resgate cient3fico de suas condutas (MOURA TCA, et al., 2019; GUIMAR3ES LBE, et al., 2018).

As produç3es dispon3veis, nos 3ltimos cinco anos, estiveram, em sua maioria, voltadas para a necessidade de tornar as pr3ticas assistenciais no trabalho de parto mais humanizadas, tendo em vista a realidade do expressivo n3mero de intervenç3es prejudiciais que comp3em a viol3ncia obstétrica ainda existente, bem como a violaç3o dos principais direitos das parturientes (LANSKY S, et al., 2019; SENA LM e TESSER CD, 2016).

Apesar da proibiç3o de algumas intervenç3es, tem-se, ainda, a utilizaç3o de diversas pr3ticas relacionadas a abusos e desrespeitos que podem causar danos à sa3de f3sica e mental da mulher e proporcionar a viv3ncia

de experiências negativas durante esse processo (ASSIS KGD, et al., 2020; ANDRADE VB, et al., 2019). A partir disso, observa-se a necessidade de maiores investimentos em programas que estimulem o uso de tecnologias não invasivas de cuidado para amenizar o desconforto e a dor, enfatizando a atuação dos profissionais, principalmente, dos enfermeiros obstétricos.

Logo, desenvolver estudos envolvendo profissionais da saúde sobre a utilização de tais métodos, apresenta potencial de reduzir o número de intervenções desnecessárias, bem como os índices de cesáreas e, conseqüentemente, a morbimortalidade materna e perinatal. Sendo assim, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca das tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas no centro obstétrico de um hospital universitário, que é uma das principais referências para parto na rede pública de atenção à saúde.

No intuito de conhecer como está sendo desenvolvida a assistência obstétrica em um Hospital Universitário de um município da região central do RS, tem-se como questão de pesquisa: Quais são as características da assistência obstétrica a mulheres que fizeram uso de tecnologias não invasivas de cuidado no Centro Obstétrico (CO) de um hospital universitário?

Nesse sentido, teve-se como objetivo descrever a assistência recebida por parturientes que fizeram uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento.

MÉTODOS

Estudo de caráter transversal, do tipo documental, realizado com prontuários de mulheres que tiveram seu parto realizado no período de junho a dezembro de 2020 em um hospital universitário do sul do país. Para a redação foi utilizado o *checklist* da declaração *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), apesar de não haver análise inferencial, tendo em vista que esta pesquisa se trata de um estudo descritivo.

A unidade do CO desse hospital universitário é considerada porta aberta e, por isso, são atendidas tanto gestantes estratificadas como pré-natal de alto risco quanto de risco habitual. Sendo um hospital- escola, tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo ensino, pesquisa e extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde. Além disso, serve de campo para a formação dos alunos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal local.

Com relação ao setor de obstetria da instituição, o CO possui atualmente 14 leitos. No ano de 2019, ocorreram 2.910 internações para partos. A assistência obstétrica se dá por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, preceptores e residentes, enfermeiras, algumas delas obstetrias, e técnicos de enfermagem.

Nesse contexto, a pesquisa contou com a análise de 381 fichas de indicadores obstétricos, com dados das parturientes internadas na unidade do CO durante o processo de trabalho de parto. Como critérios de seleção foram consideradas as fichas de mulheres que utilizaram tecnologias não invasivas de cuidado durante o trabalho de parto vaginal ou cesáreo.

Inicialmente, para a coleta de dados (que ocorreu no mês de abril de 2021), foi construído um questionário baseado nos indicadores obstétricos. Para tanto, foram observados os seguintes aspectos: 1) dados da gestante: paridade, idade, tipo de gravidez, histórico obstétrico de partos e gestações; 2) dados de internação: apresentação do feto no momento da consulta de admissão, fase do trabalho de parto que se encontrava; 3) acompanhamento do trabalho de parto: tipo de dieta ingerida, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, indução do trabalho de parto e método utilizado, acompanhante de escolha da mulher, analgesia; 4) dados do parto: tipo de parto, equipe que acompanhou o parto, posição adotada no momento do período expulsivo, realização de episiotomia ou presença de lacerações.

Os dados foram analisados por meio da construção de um banco em forma de planilha Excel, no qual os dados foram dispostos manualmente a partir das informações coletadas da folha de indicadores. Posteriormente, para a análise foi utilizado o software SPSS Statistics 22.0 para garantir a precisão do estudo. Assim, as variáveis categóricas foram analisadas por distribuição de frequência relativa e absoluta.

O presente estudo, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob número do parecer 4.626.544 e CAAE nº 40803320.1.0000.5346, respeitou os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos e que atende aos seus princípios norteadores, quais sejam a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade (BRASIL, 2012). O conteúdo das informações coletadas, assim como a identidade das participantes, foi mantido em absoluto sigilo para preservar sua integridade, conforme disposto no Termo de Confidencialidade.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a análise de 381 fichas de indicadores obstétricos, com dados das gestantes assistidas na unidade do CO durante o trabalho de parto e parto. A idade das gestantes variou de 13 a 42 anos, sendo que a mediana foi de 25 anos (21-31). A **Tabela 1** apresenta os dados referentes à paridade, idade gestacional com que essas mulheres deram entrada no serviço de saúde e o tipo de parto.

Tabela 1 - Dados de caracterização das mulheres gestantes, de acordo com a paridade*, idade gestacional** e tipo de parto***, N=375*, N=366**, N=380***.

Variável	N	%
Paridade		
Múltipara	214	56,2
Nulípara	161	42,3
Idade Gestacional		
Maior ou igual a 37 semanas	318	83,5
Menor que 37 semanas	48	12,6
Tipo de Parto		
Vaginal	248	65,1
Cesárea	131	34,4
Vaginal/Cesárea	1	0,3

Legenda: *6 fichas não estavam com este dado preenchido, o que corresponde 1,6% da amostra; **15 fichas não estavam com este dado preenchido, correspondendo a 3,9% da amostra; ***1 ficha não estava com este dado preenchido, correspondendo a 0,3% da amostra.

Fonte: Rosa MD, et al., 2022.

A **Tabela 2** evidencia a presença ou não de trabalho de parto espontâneo no momento da internação no CO, bem como o recebimento de algum tipo de indução durante o trabalho de parto. Além disso, cabe salientar que, destas mulheres, 89,8% chegaram ao hospital com o feto em apresentação cefálica. Para as demais mulheres, esse dado não foi preenchido, correspondendo à 10,2%. Em relação aos tipos de indução, o mais utilizado foi o misoprostol com 48,6%, seguido da ocitocina com 29,9% e sonda foley com 2,4%.

Tabela 2 - Dados de caracterização das mulheres gestantes, segundo trabalho de parto espontâneo* e ocorrência de indução do trabalho de parto**, N=315*, N=334**.

Variável	N	%
Trabalho de parto espontâneo		
Sim	119	31,2
Não	196	51,4
Indução do trabalho de parto		
Sim	256	67,2
Não	78	20,5

Legenda: *66 fichas não estavam com este dado preenchido, correspondendo a 17,3% da amostra; **47 fichas não estavam com este dado preenchido, correspondendo a 12,3% da amostra. **Fonte:** Rosa MD, et al., 2022.

Em relação às tecnologias não invasivas de cuidado utilizados pelas gestantes, a **Tabela 3** aponta aqueles que mais se destacaram.

Tabela 3 - Dados de caracterização das mulheres gestantes, conforme tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas durante o trabalho de parto, N=381.

Tecnologias não invasivas de cuidado	N	%
Deambular	308	80,8
Liberdade de posição	308	80,8
Chuveiro	167	43,8
Exercício de Respiração	158	41,5
Bola	142	37,3
Cavalinho	68	17,8
Massagem	63	16,3
Aromoterapia	11	2,9
Mobilização Pélvica	9	2,4
Banqueta	7	1,8
Penumbra	3	0,8
Musicoterapia	2	0,5
Postura Vertical	1	0,3

Fonte: Rosa MD, et al., 2022.

Em relação à dieta das mulheres gestantes durante o trabalho de parto, os dados apresentaram que 69,3% estavam com dieta livre prescrita, 8,7% em jejum e apenas 3,4% com dieta líquida e líquida leve. A **Tabela 4** evidencia as posições que mais foram adotadas pelas mulheres durante o período expulsivo. Vale ressaltar que os casos sinalizados como “não se aplica”, referem-se àquelas submetidas à cesárea.

Tabela 4 - Dados de caracterização das mulheres gestantes, conforme a posição no período expulsivo do trabalho de parto, N=369*.

Posição no período expulsivo	N	%
Semi-sentada	160	42,0
Não se aplica	131	34,4
Deitada	72	18,9
Em pé	2	0,5
Quatro apoios	1	0,3
Litotomia	1	0,3
Cócoras	1	0,3
Banqueta de parto	1	0,3

Legenda: *12 fichas não estavam preenchidas com este dado, correspondendo a 3,1% da amostra. **Fonte:** Rosa MD, et al., 2022.

A **Tabela 5** demonstra, respectivamente, a frequência da prática de episiotomia durante o trabalho de parto, bem como a ocorrência de algum grau de laceração durante seu trabalho de parto.

Tabela 5 - Dados de caracterização das mulheres gestantes, conforme a realização da episiotomia* e tipo de laceração** durante o período expulsivo do trabalho de parto, N=364*, N=349**.

Variável	N	%
Episiotomia		
Não	213	55,9
Não se aplica (cesárea)	130	34,1
Sim	21	5,5
Tipo de laceração		
Não se aplica	221	58,0
Primeiro grau com sutura	55	14,4
Segundo grau	39	10,2
Primeiro grau sem sutura	32	8,4
Terceiro grau	2	0,5

Legenda: *17 fichas não estavam preenchidas com este dado, correspondendo a 4,5% da amostra; **32 fichas não estavam preenchidas com este dado, correspondendo a 8,4% da amostra. **Fonte:** Rosa MD, et al., 2022.

Em relação a utilização da analgesia medicamentosa durante o trabalho de parto, 1,3% das gestantes fizeram uso e 59,1% não o fizeram. Além disso, 51,2% das gestantes possuíam punção venosa periférica durante o trabalho de parto para administração de fármacos.

A **Tabela 6** revela a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e os profissionais que assistiram ao parto na unidade. Para aquelas que não obtiveram acompanhante, a não permissão se deu devido aos protocolos institucionais de prevenção da Covid-19 e/ou isolamento devido à presença da infecção materna. Em relação aos profissionais que assistiram ao parto na unidade, revela-se a discrepância entre a frequência de partos assistidos somente pelo profissional médico, em relação àqueles assistidos em conjunto com a enfermagem obstétrica.

Tabela 6 - Dados de caracterização das mulheres gestantes, conforme a presença de acompanhante no trabalho de parto* e profissionais que assistiram ao parto**, N=369*, N=378**.

Variável	N	%
Acompanhante no trabalho de parto		
Sim	309	81,1
Não (prevenção contra COVID-19)	36	9,5
Não	22	5,8
Não (isolamento devido COVID-19 positivo)	2	0,5
Profissional que assistiu ao trabalho de parto		
Médico	375	98,4
Médico e enfermeiro(a) Obstetra	3	0,8

Legenda: *12 fichas não estavam preenchidas com este dado, correspondendo a 3,1% da amostra. **3 fichas não estavam preenchidas com este dado, correspondendo a 0,8% da amostra. **Fonte:** Rosa MD, et al., 2022.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa permitiram caracterizar a assistência obstétrica a mulheres que fizeram uso das tecnologias não invasivas de cuidado no centro obstétrico de um hospital universitário. Observou-se que as tecnologias mais utilizadas pela amostra da pesquisa foram: a deambulação, a liberdade de posição, o uso do chuveiro e a realização de exercício de respiração. Ainda, se tratando da via mais frequente entre os tipos de parto, destacou-se que a maioria dos partos ocorreu por via vaginal e que, durante o período expulsivo do trabalho de parto, as parturientes adotaram a posição semissentada, deitadas e em pé. Constatou-se que a maioria das mulheres foram assistidas por profissionais médicos durante o trabalho de parto.

Os dados obtidos nesta pesquisa, no que se refere à paridade das mulheres, corroboram com os achados de um estudo de coorte nacional na Holanda, que considerou 996.423 nascimentos únicos em 2010-2015 com idade gestacional entre 24,0 e 42,6 semanas. Dentre os principais fatores de risco para mortalidade perinatal, a multiparidade (dois ou mais partos anteriores) elevou o risco à 5,9 por 1.000 nascimentos (RAVELLI AC, et al., 2020).

Em relação ao trabalho de parto, a espera espontânea do mesmo é um dos aspectos fundamentais para garantir um parto e um nascimento humanizados. Nesse sentido, o acolhimento mostra-se uma ferramenta importante neste processo de recepção e reconhecimento da gestante no serviço, o qual definirá a postura tomada durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto. Percebe-se que a falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência (BRASIL, 2017).

Na obstetria, o acolhimento assume particularidades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. Muitas vezes, a presença de mitos e a falta de orientações adequadas, além de interferir na realização e/ou continuidade de um parto humanizado, desencadeiam preocupação e insegurança materna e familiar. Assim, o acolhimento da mulher e seu acompanhante permite o fortalecimento dos vínculos com os profissionais e serviços de saúde, por meio de relações de confiança e protagonismo (BRASIL, 2017).

No contexto do trabalho de parto, a indução consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas antes de seu início espontâneo. Em uma pesquisa realizada em um Hospital Universitário do sul do Brasil, que buscou verificar as indicações de indução de trabalho de parto, as práticas utilizadas e os seus desfechos, destacou-se o uso do misoprostol via vaginal como método mais utilizado (46%), seguido pela ocitocina (8,7%) e pela sonda foley (7,4%) (SCAPIN SQ, et al., 2018).

Em relação às tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas pelas gestantes, no presente estudo, destacaram-se a deambulação (80,8%) e a liberdade de posição (80,8%), uso do chuveiro (43,8%) e realização de exercício de respiração (41,5%). Estudo realizado com profissionais parteiras na Austrália evidenciou que o banho de aspersão é considerado um método benéfico sendo importante para a redução da dor no momento do parto, proporcionando relaxamento materno e uma experiência de parto positiva (COOPER M, et al., 2018). Os achados de uma revisão integrativa de literatura identificaram, dentre as tecnologias não invasivas de cuidado mais frequentemente utilizadas, a aromaterapia isolada ou somada a outra tecnologia, aplicação isolada de frio e/ou calor e o uso da bola suíça (PIMENTEL MM, et al., 2021).

Da mesma forma, outro estudo de revisão integrativa que objetivou identificar, na literatura nacional e internacional, estudos sobre a eficácia de métodos não farmacológicos na redução da dor do parto, destacou as intervenções como acupuntura (acupressão e auriculoterapia) (29,17%), seguido pela hidroterapia (25%) e os exercícios perineais com a bola suíça (16,67%) (MASCARENHAS VHA, et al., 2019).

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, a via de maior frequência entre os tipos de parto foi a via vaginal (65,1%). Convergindo com esse achado, um estudo realizado com 232 gestantes concluiu que a maioria (87,5%) tinha preferência pelo parto vaginal por ser a forma natural de parir e por sua recuperação ser mais rápida. Além disso, as mulheres percebem que, dessa forma, torna-se mais fácil prestar cuidados imediatos e amamentar o recém-nascido (QAMAR MK, et al., 2021). Frente a isso, as razões referidas pelas participantes frente à preferência pela via vaginal evidenciaram as vantagens desta via, especialmente, sua recuperação mais rápida e fácil, experiências anteriores positivas, protagonismo da mulher, autoconfiança, entre outras.

Em relação ao momento do trabalho de parto, para 81,1% das participantes foram oportunizadas a escolha de um acompanhante durante o trabalho de parto. Às que não fora oportunizado (9,5%), destaca-se a vigência do protocolo de prevenção contra a Covid-19 na Instituição. Ressalta-se que a Rede Cegonha abrange as diretrizes da Lei 11.108, sancionada em 2005, a qual garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo rede própria ou conveniada (BRASIL, 2011).

Entretanto, o contexto atual de pandemia da Covid-19, trouxe, por vezes, a necessidade da ausência de acompanhamento do parto, como conduta cautelosa dos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), independente do resultado do exame da parturiente, um único acompanhante pode estar presente durante o parto, desde que não pertença a grupos de risco para a Covid-19. Nesse sentido, é importante ressaltar que os hospitais e maternidades podem adotar protocolos de paramentação e outras estratégias de proteção e prevenção, de modo a evitar a infecção do vírus e, paralelamente, assegurar os direitos das gestantes.

Em relação aos profissionais que assistiram ao parto, apenas 0,8% foram assistidos por médicos em conjunto com enfermeiras obstetras. Nesse sentido, um estudo transversal com dados da pesquisa “Nascer no Brasil” analisou dados de 8.466 puérperas com o objetivo de investigar a associação entre o profissional que assistiu o parto vaginal e a amamentação na primeira hora de vida e evidenciou que a maioria das puérperas (83%) foi assistida pelo profissional médico (SILVA LAT, et al., 2020).

Pesquisa etnográfica desenvolvida em três maternidades públicas do Estado do Rio Grande do Norte, com três gestores e 23 enfermeiros obstetras, teve por objetivo compreender o contexto cultural da instituição hospitalar e sua relação com a prática autônoma do enfermeiro obstetra na assistência ao parto (SANTOS FAPSD, et al., 2019). A pesquisa revelou a interferência da hegemonia tecnicista sobre a identidade profissional, na medida em que acontece a subordinação e dependência do papel do enfermeiro obstetra às concepções médicas. Assim, a relação entre médicos e enfermeiros, passa, por vezes, a ser desenvolvida em uma condição de subordinação e não de cooperação (SANTOS FAPSD, et al., 2019).

Os dados do estudo em tela mostraram reduzida taxa de realização de episiotomia durante o trabalho de parto (5,5%). Apesar do baixo índice encontrado, a prática que consiste na ampliação da abertura vaginal por meio de uma incisão cirúrgica no períneo apresenta ainda elevada incidência no cenário obstétrico brasileiro (NUNES RD, et al., 2019).

O risco da ocorrência de lacerações perineais graves (3º e 4º grau), infecção e hemorragia são elevadas na presença da episiotomia. Além disso, não há influência positiva na redução de complicações como incontinência urinária ou fecal. Tais evidências corroboraram para que as novas diretrizes clínicas repensem e desestimulem o uso indiscriminado de tal prática (AGUIAR M, et al., 2019). Atualmente, por meio de recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de episiotomia em uma instituição não deve ultrapassar 10% (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2018), evidenciando que a prática, no presente estudo, encontra-se dentro dos índices recomendados.

Por fim, observou-se que durante o período expulsivo do trabalho de parto, a maioria das mulheres (42,0%) adotaram a posição semissentada. Nessa posição, a parturiente posiciona-se sentada em um assento próprio para o parto, com inclinação a cerca de 30º do encosto das costas, com as pernas afastadas e fletidas.

Em um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, a realização de um estudo qualitativo com 22 médicos obstetras buscou discutir a autonomia da mulher frente à posição corporal no processo de parturição. Em contraste à prática baseada em evidências, apenas três participantes afirmaram incentivar a adoção de posições não supinas às parturientes, apesar de todos reconhecerem, dentro da perspectiva teórica, que as posições verticais facilitam a progressão do trabalho de parto e parto (OLIVEIRA AN, et al., 2020).

Estudo transversal realizado em Ruanda, na África, buscou investigar a qualidade da assistência intraparto prestada a mulheres submetidas ao trabalho de parto vaginal e evidenciou que o uso de posições não supinas para o parto deve ser incentivado, o que pode exigir treinamento dos profissionais envolvidos neste cuidado (MUKAMURIGO J, et al., 2019). Ademais, faz-se necessário reforçar a importância de a parturiente exercer a sua autonomia em relação à posição mais confortável, orientada pelo profissional sobre as vantagens e desvantagens de cada posição, suscitando uma escolha consciente e embasada técnica e cientificamente (OLIVEIRA AN, et al., 2020).

Como limitação da pesquisa, destaca-se o preenchimento inadequado das fichas de indicadores obstétricos, as quais se encontravam com dados faltantes para coleta de informações. Nesse sentido, vale ressaltar que a ausência de registros ou o preenchimento inadequado pode influenciar direta e negativamente a atuação de equipes multiprofissionais nas diferentes unidades de internação.

Nesse sentido, sugere-se a adoção de metas institucionais que incentivem o correto preenchimento destas informações, abrangendo, principalmente, a equipe médica, a qual se configura como agente ativo nesse processo. Além disso, entende-se a importância de a equipe de enfermagem propor capacitações contínuas, visando a educação permanente dos profissionais envolvidos no processo de trabalho de parto, para que ocorra a correta solicitação e conferência do preenchimento dos dados e indicadores obstétricos.

CONCLUSÃO

A maioria das parturientes assistidas no cenário da investigação utilizaram diferentes tecnologias não invasivas de cuidado, as quais podem contribuir com a evolução do trabalho de parto, conforto e alívio da dor durante o processo de parto e nascimento. Assim, pode ser implementado de forma conjunta com outras estratégias, visando um suporte focado na preferência das parturientes, a fim de ampliar a humanização e a qualidade na assistência ao parto. Nesse processo, ressalta-se a importância de que o profissional que assiste ao parto dê voz às parturientes, respeitando suas escolhas, individualidades e singularidades. Por fim, espera-se, que o estudo possa auxiliar a equipe de saúde na reflexão acerca de sua prática profissional e, com isso, incentivar a continuidade da aplicação das tecnologias não invasivas de cuidado. Ademais, espera-se possibilitar reflexões sobre a importância da valorização das singularidades de cada parturiente que vivencia esse evento, além de formular estratégias para a humanização do cuidado e experiência positiva de parto. Para isso, é necessário que esta temática esteja presente na formação acadêmica dos profissionais de saúde, na direção de uma atenção obstétrica alicerçada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR M, et al. Birth-related perineal trauma in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Maternal and child health journal*, 2019; 23(8): 1048-1070.
2. ANDRADE VB, et al. Efeitos da violência obstétrica causados às gestantes no parto e pós-parto: e a humanização da assistência de enfermagem. *Gepnews*, 2019; 2(2): 6974.
3. ASSIS KGD, et al. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. *Psicologia Argumento*, 2020; 39(103):135-157.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em: 19 de maio de 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acessado em: 19 de maio de 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acessado em: 18 de maio de 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Fluxo-de-manejo-clinico-de-gestantes.pdf>. Acessado em: 19 de maio de 2022.
8. COOPER M, et al. Australian midwives views and experiences of practice and politics related to water immersion for labour and birth: a web based survey. *Women and Birth*, 2018; 31(3): 184-193.
9. DODOU HD, et al. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 2016; 9(1): 222-230.
10. GUIMARÃES LBE, et al. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas*, 2018; 26.
11. LANSKY S, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24: 2811-2824.
12. MASCARENHAS VHA, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2019; 32: 350-357.
13. MOURA TCA, et al. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enfermagem em Foco*, 2019; 10(4).
14. MUKAMURIGO J, et al. Quality of intrapartum care for healthy women with spontaneous onset of labour in Rwanda: A health facility-based, cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2019; 19: 78-83.
15. NUNES RD, et al. Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal. *Enferm. Foco*, 2019; 10(1): 7175.
16. OLIVEIRA AN, et al. Mulher e a posição corporal no processo de parturição: realidade de um hospital universitário. *Research, Society and Development*, 2020; 9(9): e834997968-e834997968.
17. PIMENTEL MM, et al. Non-invasive technologies for pain relief in parturition, 2021; 13: 671-677.
18. QAMAR MK, et al. Women's preference of vaginal or caesarean delivery: a cross sectional study from a tertiary care hospital in District Rawalpindi, Pakistan. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad*, 2021; 33(2): 222-225.
19. RAVELLI AC, et al. Decreasing trend in preterm birth and perinatal mortality, do disparities also decline? *BMC public health*, 2020; 20(1): 1-10.
20. SANTOS FAPSD, et al. Autonomy for obstetric nurse on low-risk childbirth care. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2019; 19: 471-479.
21. SCAPIN SQ, et al. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 2018; 27.
22. SENA LM, TESSER CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2016; 21: 209-220.
23. SILVA LAT, et al. Professional who attended childbirth and breastfeeding in the first hour of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73.
24. VARGENS OMD, et al. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Escola Anna Nery*, 2017; 21.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. Acessado em: 19 de maio de 2022.