



Análise dos indicadores de parto e nascimento assistidos por enfermeiras(os) obstetras em um centro de parto normal no estado do Ceará

Analysis of indicators of childbirth and birth assisted by obstetrician nurses in a normal birth center in the state of Ceará

Análisis de los indicadores de parto y nacimiento asistidos por enfermeras(os) obstetras en un centro de parto normal en el estado del Ceará

Elaine Cristina de Sousa Moreira¹, Ana Maria Martins Pereira², Carolina Mendes Cruz Araújo¹, Bruna Nunes Costa Lima Rosado³, Emanuela Gomes Falcão¹, Cleiton Machado Pinho⁴, Samira Gomes de Oliveira², Keylla Albuquerque Carneiro⁵

RESUMO

Objetivo: Analisar e descrever os indicadores de parto e nascimento assistido por enfermeiras (os) obstetras em um Centro de Parto Normal. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, exploratória-descritiva, realizada em um Centro de Parto Normal do Ceará, com análise documental do livro de registro da unidade (1.124 partos). **Resultados:** Os partos ocorreram em mulheres de 20-29 anos (50,97%), com gestações a termo, e idade gestacional mais frequente de 39s-39s6d (33,2%). A maioria era primigesta (42,5%), nulípara (47,50%) e sem aborto prévio (82,90%). Predominou seis ou mais consultas de pré-natal (72,7%). O número de gestações <37 semanas e >41 semanas foram, respectivamente, 4,7% e 6,77%. Quanto à episiotomia, ocorreu em 2,75% e o períneo permaneceu íntegro em 35,14%. O tipo de laceração mais frequente foi a de 1º grau (37,36%). Com relação às variáveis relacionadas ao recém-nascido o peso de 96,71% foi acima de 2.500g. O Apgar no 1º minuto foi >7 em 96,53% e no 5º minuto permaneceu >7 em 99,83%. O contato pele a pele ocorreu em 90,04%. **Conclusão:** Os indicadores das práticas assistenciais estão de acordo com as diretrizes de assistência ao parto normal, com as premissas da Rede Cegonha e das políticas de humanização do parto e nascimento.

Palavras-chave: Gestação, Parto, Indicadores.

ABSTRACT

Objective: To analyze and describe the indicators of delivery and birth assisted by obstetrician nurses in a Normal Delivery Center. **Methods:** Quantitative, exploratory-descriptive research, carried out in a Normal

¹Jasmim para gestantes, Fortaleza – CE.

²Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza – CE.

³Universidade Federal de Pernambuco, Recife – PE.

⁴Instituto Dr. José Frota, Fortaleza – CE.

⁵Universidade Federal do Ceará, Fortaleza – CE.

Childbirth Center of Ceará, with documentary analysis of the unit registration book (1,124 deliveries). **Results:** Deliveries occurred in women aged 20-29 years (50.97%), with full term pregnancies, and more frequent gestational age of 39s-39s6d (33.2%). The majority were primiparous (42.5%), nulliparous (47.50%) and without previous abortion (82.90%). Six or more prenatal visits predominated (72.7%). The number of pregnancies <37 weeks and >41 weeks were, respectively, 4.7% and 6.77%. Episiotomy occurred in 2.75% and the perineum remained intact in 35.14%. The most frequent type of laceration was 1st degree (37.36%). Regarding the variables related to the newborn, the weight of 96.71% was above 2,500g. Apgar in the 1st minute was >7 in 96.53% and in the 5th minute remained >7 in 99.83%. Skin-to-skin contact occurred in 90.04%. **Conclusion:** The indicators of care practices are in accordance with the guidelines of assistance to normal delivery, with the premises of the Stork Network and the humanization policies of labor and birth.

Keywords: Pregnancy, Childbirth, Indicators.

RESUMEN

Objetivo: Analizar y describir los indicadores de parto y nacimiento asistido por enfermeras (los) obstetras en un Centro de Parto Normal. **Métodos:** Investigación cuantitativa, exploratoria-descriptiva, realizada en un Centro de Parto Normal de Ceará, con análisis documental del libro de registro de la unidad (1.124 partos). **Resultados:** Los partos ocurrieron en mujeres de 20-29 años (50,97%), con gestaciones a término, y edad gestacional más frecuente de 39s-39s6d (33,2%). La mayoría era primigesta (42,5%), nulípara (47,50%) y sin aborto previo (82,90%). Predominaron seis o más consultas prenatales (72,7%). El número de embarazos <37 semanas y >41 semanas fueron, respectivamente, 4,7% y 6,77%. En cuanto a la episiotomía, ocurrió en 2,75% y el perineo permaneció íntegro en 35,14%. El tipo de laceración más frecuente fue el de 1º grado (37,36%). Con relación a las variables relacionadas al recién nacido el peso de 96,71% fue superior a 2.500g. El Apgar en el 1º minuto fue >7 en 96,53% y en el 5º minuto permaneció >7 en 99,83%. El contacto piel a piel ocurrió en 90,04%. **Conclusión:** Los indicadores de las prácticas asistenciales están de acuerdo con las directrices de asistencia al parto normal, con las premisas de la Red Cigüeña y de las políticas de humanización del parto y nacimiento.

Palabras clave: Gestación, Parto, Indicadores.

INTRODUÇÃO

O momento atual brasileiro registra um cenário de transição do modelo de assistência ao parto e nascimento, condensado no ambiente hospitalar por meios tecnológicos e cirúrgicos em detrimento do cuidado centrado na mulher, no seu protagonismo e autonomia, contribuindo estatisticamente para crescentes índices de cesarianas desnecessárias e elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal (SOUSA AMM, et al., 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é preocupante o crescente número de cesáreas em todo o mundo nas últimas duas décadas, configurando-se o parto cirúrgico como uma “epidemia” (WHO, 2015).

Nesta escalada, o Brasil ocupa o topo do ranking. Em um estudo que avaliou o número de cesarianas realizadas entre os anos de 2009 a 2011, verificou-se que o número de cesarianas em todos os estados analisados é maior que o de partos normais, revelando que esta prática obstétrica personifica um modelo de atenção que está na contramão de propostas mundiais e nacionais voltada para o parto humanizado (RODRIGUES JCT, et al., 2016).

Neste contexto, o Brasil tem lançado na última década um olhar humanizado acerca da assistência ao parto e nascimento, promovendo um conjunto de políticas voltadas para melhorar a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, garantindo acesso aos serviços de saúde, conferindo o direito a promoção, prevenção, assistência integral e recuperação, implementando a qualidade e humanização da atenção à saúde, restaurando a dignidade como princípio básico ao direito à vida plena (SANTOS MPS, et al., 2022). Está em curso um conjunto de políticas direcionadas a incentivar o parto normal e humanizado. Em 2006 fomentou-se a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária. Em 2008 foi

lançada a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ROCHA FAA, et al., 2015).

Em 2011 considerando que os indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil ainda eram elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos, foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha, com a finalidade de priorizar o acesso ao pré-natal de qualidade, a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, a vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Preocupada com a assistência, a OMS estabeleceu um protocolo sobre cuidados a serem realizados em circunstância normal de nascimento, destacando que os objetivos do intraparto é primar por uma assistência adequada e segura a mãe e a criança, assegurando o mínimo possível de intervenções (BRASIL, 2001). Desse modo, os países que implementaram esses cuidados melhoraram os seus indicadores em razão da mudança de modelo de assistência obstétrica. Com destaque para Suécia que adotou as recomendações da OMS, a grande parte dos partos de risco habitual ocorrem no ambiente peri-hospitalar e são realizados por enfermeiras (os) obstetras, que são adequadamente qualificadas (os) e preparadas (os) para assistir a mãe e o recém-nascido de baixa complexidade, encaminhando-os quando necessário (OLIVEIRA FAM, et al., 2015).

A temática acerca da segurança de assistência em modalidade não-hospitalar ganha visibilidade no Brasil com a entrada em vigor da portaria nº 985 de 05 de agosto de 1999 do MS que autoriza e regulamenta os Centros de Parto Normal (CPN) no âmbito do Sistema único de Saúde. Os CPN formam uma estratégia para reduzir a mortalidade materna e perinatal, permitindo uma assistência humanizada e de baixas intervenções, contribuindo para uma melhoria na assistência ao parto normal (CAMPOS SEV e LANA FCF, 2007). O CPN tem como premissa prestar atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, promover a ampliação do acesso e do vínculo. Deverá estar inserido no sistema local, localizado dentro ou próximo a um hospital, ou como estabelecimento extra-hospitalar, atuando de maneira integrada às unidades de saúde existentes, deve ser estruturado, de forma a oferecer segurança, conforto para a mulher e seu familiar (BRASIL, 1999).

A Resolução do COFEN nº 0516/2016 descreve sobre a atuação e a responsabilidade civil do enfermeiro obstetra nos Centros de Partos Normal e/ou Casas de Parto, e enfatiza que a assistência ao parto e nascimento de risco habitual é conduzido pelo Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra ou Obstetrix, da admissão até a alta. Neste sentido, o enfermeiro tem sido reconhecido pelo MS e outros órgão não governamentais como o profissional que possui formação holística e procura atuar de maneira humanizada no cuidado a parturiente, tanto nas casas de partos como nas maternidades (COFEN, 2016).

A necessidade de envolvimento no que se concerne os cuidados por esse profissional perpassa a utilização de procedimentos técnicos envolvendo a sensibilidade na condução do parto, configurando que a prática assistencial da maioria dos enfermeiros obstetras tem como eixo principal a valorização da mulher, fortalecendo sua parturição com apoio psicológico, respeito ao seu tempo, com ótima comunicação e compreensão, orientação de técnicas de relaxamento e alívio da dor, estimulação de exercícios, banhos massagens, deambulação e mesmo a adoção de posição durante o trabalho de parto (ROCHA FAA, et al., 2015).

A relevância deste estudo é fundamentada nos estudos que refere que a inclusão de enfermeiros obstetras na assistência por si só não é uma garantia de mudanças do modelo de assistência ao parto, entretanto esta medida é capaz de reduzir as intervenções médicas desnecessárias e de oferecer um cuidado mais integral, enfatizando necessário suporte emocional à mulher e sua família (PORTO AAS, et al., 2015).

A justificativa pauta-se na resolução do Ministério da Saúde que visa a institucionalização da humanização do parto como mecanismo para melhorar às práticas de cuidados voltados ao momento do nascimento, de modo a torná-lo digno e prazeroso, além de garantir o fortalecimento da autonomia da mulher no período

gravídico-puerperal, é estratégico o estudo dos indicadores de parto e nascimento para verificar a eficiência e eficácia desses serviços, bem como a efetivação da orientação que recomenda a maior participação da Enfermeira (o) Obstetra, considerando a importância de acompanhar o trabalho de parto, aprimorar a assistência ao parto normal e diminuir as taxas de cesarianas.

A partir desta observação surgiu o seguinte questionamento: Como se apresentam os indicadores de parto e nascimento assistido pelas enfermeiras (os) Obstetras em um Centro de Parto Normal? Objetiva-se com este estudo analisar e descrever os indicadores de parto e nascimento assistido por enfermeiras (os) obstetras em um Centro de Parto Normal.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo exploratória-descritiva, realizada em um Centro de Parto Normal em um município do Ceará. Em funcionamento desde 2012, o CPN atende mulheres com gestação de baixo risco encaminhadas pelas unidades básicas de saúde (UBS) da região e de cidades vizinhas, suas ações são embasadas na estratégia da Rede Cegonha e foi escolhido como local de realização da pesquisa por tratar-se de espaço onde a assistência prestada ao parto de risco habitual ser exclusivamente realizada por enfermeiras obstétricas.

No centro de parto é realizado em média 200 partos/mês, sendo 69,79% realizados por Enfermeiras Obstetras. Quanto a estrutura física, são 9 leitos sendo 5 leitos PPP, um dos leitos com banheira e 2 leitos para o puerpério. O hospital da mulher conta ainda com a emergência, centro cirúrgico e central de material, berçário médio risco e alojamento conjunto.

O estudo foi realizado através da análise documental do livro de registro da unidade, o qual continha as informações sobre a assistência ao parto e nascimento. A amostra foi composta por mulheres que tiveram seu trabalho de parto e parto assistidos na instituição por enfermeiro(a) obstetra, no período de janeiro a dezembro 2018. Foram incluídos todos os partos vaginais realizados no período (1.999). Houve a exclusão de 498 partos realizados por médicos, de 175 partos cujas mulheres necessitaram de transferência e 202 partos cujas informações estavam incompletas. Assim, a amostra final foi constituída por 1.124.

Para a coleta de dados, utilizou-se um roteiro contendo dados referentes ao perfil sociodemográfico, condições clínico-obstétricas, práticas obstétricas e dados relacionados ao recém-nascido anotados no livro de registro. As variáveis investigadas foram: idade materna, condições clínico-obstétricas (realização de pré-natal, número de consultas, paridade, idade gestacional), práticas obstétricas (presença de acompanhante, posição adotada no período expulsivo, uso de ocitocina no segundo período, episiotomia, laceração). Quanto às variáveis relacionadas ao recém-nascido foram abordadas peso ao nascer, índice de Apgar no 1º e 5º minuto e contato pele a pele imediato.

Os dados foram armazenados e processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0, utilizado para armazenamento e codificação dos dados. Os dados foram apresentados por meio de tabelas e quadros ilustrativos e analisados a partir da literatura específica. Realizou-se análise descritiva a partir da apresentação da frequência absoluta e relativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer de nº 2009.610, CAAE nº 60263116.1.0000.5534 os aspectos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução 466/12 no que se refere às pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Durante o período de janeiro a dezembro de 2018 foram registrados um total de 1.124 partos assistidos no Centro de Parto Normal. A idade foi contabilizada por faixa etária, predominando entre 20-29 anos, totalizando pouco mais da metade da amostra (50,97%). Os dados obtidos apontam um número significativo de gestações na adolescência (26,33%).

Quanto ao perfil obstétrico das mulheres evidenciou-se que do total de partos, a maioria resultou de gestações a termo, sendo a idade gestacional mais frequente de 39s-39s6d, correspondente a 33,2% (n=372). O número de gestações abaixo de 37 semanas e acima de 41 semanas foram, respectivamente, de 4,7% (n=49) e 6,77% (n=78). Ainda em relação ao perfil obstétrico, a maioria das mulheres era primigesta (42,5%/n=471), nulípara (47,50%/n=534) e 82,90% do total nunca sofreram nenhum processo de abortamento. As mulheres que sofreram pelo menos um abortamento durante a vida corresponderam a 14,36% (n=158). Das 1.124 mulheres assistidas 72,7% (n=817) realizou 06 ou mais consultas. Do total apenas 0,35% (n=4) não realizou qualquer consulta de pré-natal (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
10 -19 anos	296	26,33
20 - 29 anos	573	50,97
30 - 39 anos	241	21,44
Acima de 40	14	1,26
Indicadores Gestacionais		
<37	49	4,37
37s a 37s 6d	108	9,63
38s a 38s 6d	216	19,26
39s a 39s 6d	372	33,2
40s a 40s 6d	301	26,77
Acima de 41s	78	6,77
Número de Gestações		
Primigesta	472	41,99
Secundigesta	341	30,33
Multigesta	311	27,68
Número de partos		
Nulípara	534	47,50
Primípara	321	28,55
Secundípara	151	13,43
Multípara	118	10,52
Aborto		
Nenhum	934	83,09
Um	161	14,32
Dois	21	1,86
Três ou +	8	0,73
Nº de Consultas		
Nenhuma	4	0,35
1 a 6	303	26,95
Acima de 6	817	72,7

Fonte: Moreira ECS, et al., 2023.

A maioria das mulheres tiveram acompanhante (91,45%; n=1.028), a dilatação predominante foi 4 a 6 cm (53,11%; n=597), houve uso de ocitocina em 16,90% dos casos (n=16,90%; n=190), a posição mais frequente foi a semi-sentada (84,09%; n=945) e todas utilizaram banheira (100%; n=1.124) (**Tabela 2**).

Quanto à episiotomia, foram registrados 31 casos, correspondendo a 2,75% da amostra. O períneo permaneceu íntegro em 35,14% do total (n=395). O tipo de laceração mais frequente foi a de 1º grau (37,36%), a laceração de 2º ocorreu em 25,26% e a de 3 e 4º em 2,24% (**Tabela 3**).

Com relação às variáveis relacionadas ao recém-nascido o peso de 96,71% (n=1087) foi acima de 2.500g. O Apgar no 1º minuto correspondeu a maior que 7 em 96,53% do total e no 5º minuto permaneceu acima de 7 em 99,83%. A asfixia neonatal ocorreu em 0,35% dos casos e o contato pele a pele ocorreu em 90,04% (n=1012) (**Tabela 4**).

Tabela 2 - Práticas obstétricas durante o trabalho de parto das mulheres.

Variáveis	N	%
Acompanhante		
Sim	1028	91,45
Não	96	8,55
Dilatação		
0	0	0
1 a 3 cm	22	1,95
4 a 6 cm	597	53,11
7 a 9 cm	369	32,82
10 cm	136	12,12
Ocitocina		
Sim	190	16,90
Não	934	83,1
Posição		
Litotômica	112	9,96
Decúbito lateral	19	1,69
Cócoras	35	3,11
Quatro apoio	7	0,62
Semi-sentada	945	84,09
Outra	6	0,53
Banheira		
Sim	1124	100
Não	0	0

Fonte: Moreira ECS, et al., 2023.

Tabela 3 - Taxa de uso de ocitocinas, episiotomias e lacerações das mulheres.

Variáveis	N	%
Ocitocina	190	16,90
Episiotomia	31	2,75
Laceração		
1º grau	420	37,36
2º grau	284	25,26
3º grau e 4º grau	25	2,24
Íntegro	395	35,14

Fonte: Moreira ECS, et al., 2023.

Tabela 4 - Dados relacionados aos recém-nascidos.

Variáveis	N	%
Peso do RN ao nascer		
RN PESO<2500g	37	3,29
RN PESO>2500g	1087	96,71
Apgar 1º minuto		
< 7	39	3,46
>7	1085	96,53
Apgar 5º minuto		
< 7	2	0,17
>7	1122	99,83
Asfixia Neonatal		
Sim	4	0,35
Não	1120	99,65
Contato pele a pele		
Sim	1012	90,04
Não	112	9,96

Fonte: Moreira ECS, et al., 2023.

DISCUSSÃO

Os CPNs representam uma das diversas práticas estabelecidas pela Rede Cegonha, desempenhando um papel crucial na redução da mortalidade materna e infantil. Isso se deve à abordagem de conectar os pontos de atendimento em uma rede de cuidados holísticos. Assim, é imperativo que as diretrizes das CPNs sejam rigorosamente seguidas, pois dentro delas reside a oportunidade de ampliar o acesso e aprimorar a qualidade do pré-natal (SILVA ALS, et al., 2015).

O pré-natal constitui-se como ferramenta para promoção e prevenção de complicações. O MS preconiza ao menos 06 consultas de pré-natal, no presente estudo a maioria das mulheres 72,7% (n=817) realizou mais de 06 consultas. Estudo nacional realizado com puérperas aponta baixa adequação do pré-natal, além de identificar importantes desigualdades, com maior proporção de assistência pré-natal inadequada em mulheres adolescentes, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas, múltiparas, e residentes nas regiões Norte e Nordeste do país (DOMINGUES RMSM, et al., 2015).

Para além do número de consultas deve-se avaliar a qualidade das consultas de pré-natal. Estudos de Baraldi ACP, et al. (2007) e Nunes JT, et al. (2016) evidenciam que apenas o aumento do número de consultas, procedimentos e exames básicos não garantem uma assistência de qualidade, é imprescindível garantir capacitação para os profissionais que atuam nesse cenário.

Dentre as variáveis observadas no presente estudo destaca-se a presença do acompanhante, 91,45% das mulheres tiveram acompanhante durante seu parto. O apoio contínuo no trabalho de parto e nascimento é uma intervenção segura e altamente efetiva para melhorar os indicadores maternos e neonatais, com altos índices de satisfação materna, custo muito baixo, além de se constituir um direito das mulheres brasileiras, conforme estabelecido pela Lei nº 11.108/05 (MARIO DN, et al., 2019).

A presença de acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento e também um indicador da inclusão de vários dos princípios do SUS, como a integralidade, a universalidade, a equidade e a humanização. Estudos evidenciam que é de suma importância ofertar condições para que os acompanhantes possam desempenhar papéis ativos e de apoio para a parturiente, por meio de estratégias educativas direcionadas a esse público, como oficinas, manuais entre outros, de maneira a ampliar a capacidade de cuidado e apoio. Essas estratégias promovem o vínculo mais profundo da equipe com a parturiente e acompanhante, reforçando sentimentos de confiança e tranquilidade (DINIZ CSG e SANDALL J, 2014; TELES LMR, et al., 2010; GOMES ARM, et al., 2014).

Outra variável observada foi a posição durante o parto, em que prevaleceu a semi-sentada (n=945). É primordial que o profissional apoie e estimule a mulher a adotar posições verticalizadas que se adequem melhor a parturiente, uma vez que a posição de litotomia desfavorece o nascimento, pois age contra a gravidade sendo desconfortável para mulher, proporcionando conforto apenas para o profissional que assiste o parto devido à facilidade da posição para visualizar o canal do parto e tracionar a criança durante o período expulsivo, o que mantém essa prática e torna os profissionais resistentes às evidências (PORTO AMF, et al., 2010; SANTOS RCS e RIESCO MLC, 2016).

O uso de ocitocina endovenosa ocorreu 16,9% dos casos. O uso inadequado da ocitocina pode causar danos, resultando em hiperestimulação uterina com efeitos adversos, como asfixia fetal e ruptura uterina e, por sua vez, aumentar o risco de uma série de intervenções durante o trabalho de parto e o parto (OMS, 1996). Quando esta é administrada sem justificativa também priva as mulheres de sua autonomia e dignidade durante o trabalho de parto e pode resultar em um impacto negativo na experiência de parto (OMS, 1996).

Nota-se que a razão de períneo íntegro (n=395) mostrou-se alta na população estudada, mostrando o que as evidências definem como resultado de uma assistência menos intervencionista, característica atribuída, sobretudo à enfermagem. Estudos de Santos RCS e Riesco MLC (2016), WHO (2015) e Pereira GV e Pinto FA (2011) apontam que pouca atenção é dada aos aspectos do manejo do cuidado perineal no parto, uma vez que muitos profissionais utilizam rotineiramente práticas avaliadas como prejudiciais à integridade perineal, caracterizando um cuidado não adequadamente pautado por evidências, como exemplo a episiotomia.

Neste estudo a episiotomia foi realizada em 2,7% das mulheres. As evidências científicas apontam que a episiotomia está associada ao maior risco de laceração severa do que benefícios para a parturiente (WHO, 2015; PEREIRA GV e PINTO FA, 2011). Estudos de Pereira GV e Pinto FA (2011) e Pompeu KC, et al. (2017) evidenciam que a maioria das mulheres desconhecem o nome técnico- científico da episiotomia e reconhecem o procedimento como necessário e normal no processo de nascimento. Logo, o enfermeiro e demais profissionais de saúde envolvidos na atenção ao parto têm o dever de acolher a mulher e ofertar suporte por meio de orientações e esclarecimentos de eventuais dúvidas, tendo em vista que, em determinados casos, o uso da episiotomia pode vir a ser necessário. Em longo prazo, as consequências podem ser redução da força muscular do assoalho pélvico, podendo contribuir quiçá para incontinência urinária e/ou fecal, dispareunia e apreensão com a estética da vagina (PEÑA SR e GOMES CRDG, 2016).

A nota do Índice de Apgar do primeiro minuto é considerada como um diagnóstico da situação presente e no quinto minuto é considerado como fator de prognóstico da saúde do recém-nascido (ERMEL AC e GRAVE MTQ, 2011). No presente estudo a ocorrência de valor de Apgar menor que 7 no primeiro e quinto minutos foi, respectivamente, de 3,46% e 0,17%. A asfixia neonatal, causa importante de morbimortalidade, ocorreu em 0,35% (n=4) dos casos. Estudos de Holanda RMO (2015) e Daripa M, et al. (2013) apontam que a assistência ao pré-natal e ao parto tem um papel elevado na redução de complicações e asfixia neonatal, e que fatores comportamentais logo após o nascimento, bom índice de Apgar e ficar com a mãe correspondem como fatores de proteção ao recém-nascido.

O contato pele a pele foi realizado em 90,04% (n=1012) dos casos, estudos de Santos LM, et al. (2014) e Antunes MB, et al. (2017) apontam que na promoção do contato pele a pele e no aleitamento na primeira hora de vida deve-se considerar a mulher holística e individualmente, não transformando num breve contato entre mãe e filho, no qual a mulher não possui autonomia suficiente para exercer o papel de agente do processo e vivenciar esse momento único.

Em metanálise da Cochrane realizada com mães e seus recém-nascidos saudáveis a termo ou prematuros tardios que tiveram contato imediato ou precoce com menos de 24 horas após o nascimento, o contato pele a pele precoce mostrou efeito positivo sobre a amamentação até aproximadamente quatro meses após o nascimento, melhora no nível de glicose no sangue dos recém-nascidos nas primeiras horas de vida e na homeostase cardiorrespiratória de recém-nascidos prematuros tardios (MOORE ER, et al., 2016).

A atitude do profissional é um elemento divisor entre a assistência baseada em evidências ao parto e a perpetuação de uma assistência tecnicista. Os profissionais são fundamentais para garantir um processo parturitivo seguro e prazeroso no qual os recursos utilizados devam avaliar riscos e benefícios, além de promover conforto, respeito ao desejo da parturiente e autonomia da mulher para tomar decisões a respeito do seu parto (MELO LPT, et al., 2017).

Estudo realizado com puérperas que tiveram seu parto em um CPN constatou a satisfação das mesmas em relação ao atendimento e estrutura oferecida, destacando-se a assistência da enfermeira obstetra como um dos fatores mais importantes para a satisfação das participantes e ambiência do CPN, que trouxe benefícios importantes para a parturiente oferecendo privacidade, conforto e segurança para as participantes (SOARES YKC, et al., 2017).

Entende-se que minimizar intervenções não essenciais durante o processo de parto e nascimento pode contribuir para a diminuição da taxa de mortalidade materna no contexto do Brasil. A possibilidade de evitar tais óbitos é tangível, porém requer a implementação de medidas e abordagens destinadas a reduzir a mortalidade materna, promovendo a importância do parto e seu acompanhamento por parte de enfermeiras obstétricas (REIS TR, et al., 2015).

Nesse contexto, destaca-se a relevância do papel desempenhado pela enfermagem obstétrica no contexto de atendimento a partos e nascimentos de risco habitual. Além de proporcionar cuidados com menor grau de intervenção, condizentes com sua formação, a enfermagem demonstra um maior comprometimento em promover a adoção de práticas embasadas em evidências, bem como uma sensibilidade apurada em relação à restauração do protagonismo da mulher durante o processo de parto (REIS TR, et al., 2015).

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo realizado em um Centro de Parto Normal do Ceará apontam que os indicadores das práticas assistenciais estão de acordo com as diretrizes de assistência ao parto normal, com as premissas da Rede Cegonha e das políticas de humanização do parto e nascimento. É necessário ainda trabalhar o incentivo e apoio as posições verticalizadas, uma vez que este estudo constatou que as principais posições de parto foram, respectivamente, semi-sentada e litotômica. A enfermagem obstétrica deve atuar em prol da autonomia e protagonismo da mulher, de modo a incentivá-la a assumir postura ativa, com posições confortáveis e de livre escolha durante todo o processo parturitivo. É primordial que nos CPNs se faça presente uma enfermagem mais autônoma e ativa, pautada em evidências científicas. É também de suma importância que ocorra maior divulgação das modalidades de assistência obstétrica disponível, considerando que há desconhecimento a respeito dos centros de parto normal.

AGRADECIMENTOS

Aos profissionais do Centro de Parto Normal do Ceará.

REFERÊNCIAS

1. ANTUNES MB, et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. *Avances en Enfermería*. 2017; 35(1): 19-29.
2. BARALDI ACP, et al. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007; 15: 799-805.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Ministério da Saúde: Brasília – DF. 2001; 199 p.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acessado em: 26 de maio de 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico- puerperal. 1999. Disponível em: <https://cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20985,%20de%2005ago99.pdf>. Acessado em: 26 de maio de 2023.
6. CAMPOS SEV E LANA FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23(6): 1349-1359.
7. COFEN. Portaria nº 516, de 23 de junho de 2016. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=325268>. Acessado em: 26 de maio de 2023.
8. DARIPA M, et al. Asfixia perinatal associada à mortalidade neonatal precoce: estudo populacional dos óbitos evitáveis. *Revista Paulista de Pediatria*. 2013; 31(1): 37-45.
9. DINIZ CSG e SANDALL J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30: S140-S153.
10. DOMINGUES RMSM, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2015; 37(3): 140-147.
11. ERMEL AC e GRAVE MTQ. O índice de Apgar em bebês recém-nascidos em um hospital de pequeno porte de um município do vale do Paranhana. *Destques Acadêmicos*. 2011; 3(3): 7-12.
12. GOMES ARM, et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 2014; 4(11): 23-27.
13. HOLANDA RMO. Prevalência e fatores associados à asfixia perinatal a partir de uma amostra de nascidos vivos. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde e Sociedade – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró. 2015; 83 p.
14. MARIO DN, et al. Qualidade do pré-natal no Brasil: pesquisa nacional de saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(3): 1223-1232.
15. MELO LPT, et al. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento. *Rev Rene*. 2017; 18(1): 59-67.

16. MOORE ER, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016; 11(11): CD003519.
17. NUNES JT, et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2016; 24(2): 252-261.
18. OLIVEIRA FAM, et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 26: 177-184.
19. OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS. 1996; 53 p.
20. PEÑA SR e GOMES CRDG. Episiotomia e suas implicações. *Arquivos do Mudi*. 2016; 20(1): 25-37.
21. PEREIRA GV e PINTO FA. Episiotomia: uma revisão de literatura. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 2011; 15(3): 183-196.
22. PEREIRA SS, et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2016; 10(3): 199-213.
23. POMPEU KC, et al. Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017; 7: e1142.
24. PORTO AAS, et al. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. *Revista Ciência e Tecnologia*. 2015; 1(1): 12-19.
25. PORTO AMF, et al. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010; 38(10): 527-537.
26. REIS TR, et al. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2015; 36: 94-101.
27. ROCHA FAA, et al. Cuidado no parto e nascimento: percepção de puérperas. *Rev Rene*. 2015; 16(6): 782-789.
28. RODRIGUES JCT, et al. Cesariana no Brasil: uma análise epidemiológica. *Revista Multitexto*. 2016; 4(1): 48-53.
29. SANTOS MPS, et al. Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. *Ciência & Saúde Coletiv*. 2022; 27(5): 1793-1802.
30. SANTOS LM, et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014; 67(2): 202-207.
31. SANTOS RCS e RIESCO MLC. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37: e68304.
32. SILVA ALS, et al. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Escola Anna Nery*. 2015; 19(3): 424-431.
33. SOARES YKC, et al. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*. 2017; 11(11): 4563-4573.
34. SOUSA AMM, et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*. 2016; 20(2): 324-331.
35. TELES LMR, et al. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. *Cogitare Enfermagem*. 2010; 15(4): 688-694.
36. WHO. 2015. Who statement on caesarean section rates. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1. Acessado em: 09 de novembro de 2018.
37. WHO. 2015. Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/174001>. Acessado em: 26 de maio de 2023.