

Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos

Maternal and neonatal outcomes in low-risk normal deliveries assisted by nurses and physicians

Resultados maternos y neonatales de partos normales de bajo riesgo atendidos por enfermeras y médicos

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira¹, Caroline Silva de Araújo², Monique da Silva Ferreira Gouveia³,
Viviana Mayra Brittes Potter⁴, Aline Lima Silva de Santana⁵

RESUMO

O presente trabalho trata-se de pesquisa documental e retrospectiva que avaliou os registros da assistência ao parto normal e nascimentos de baixo risco em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Os objetivos foram descrever o perfil assistencial dos partos normais atendidos por enfermeiras e médicos e analisar as similaridades e as diferenças nos resultados maternos e neonatais desses atendimentos. Os dados receberam tratamento estatístico descritivo, foram aplicados os testes “F” de Fisher e o “t” de Student, com nível de significância $p < 0,05$. As condutas de dieta zero, hidratação venosa e ocitocina no trabalho de parto são adotadas por ambos profissionais. Houve diferença significativa ($p < 0,01$) para realização de episiotomia entre as enfermeiras (15%) e os médicos (64,3%). Os resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco atendidos pelas enfermeiras e médicos foram semelhantes.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto; Parto Normal.

ABSTRACT

This documental, retrospective study consisted of an evaluation of the records regarding normal and low-risk deliveries at a public maternity hospital in Rio de Janeiro. The study objectives were to describe the profiles of normal deliveries assisted by nurses and physicians, and analyze the similarities and differences in the maternal and neonatal outcomes in the service cases. Descriptive analysis of the data was performed, using Fisher’s F-test and Student’s t-test, with significance at $p < 0.05$. Both professional categories adopt the conducts of zero dieting, intravenous hydration and oxytocin during labor. A significant difference was observed ($p < 0.01$) for episiotomy performed by nurses (15%) and physicians (64.3%). Similar maternal and neonatal outcomes were observed for low-risk normal deliveries assisted by nurses and physicians.

Descriptors: Obstetrical Nursing; Labor, Obstetric; Natural Childbirth.

RESUMEN

Investigación documental, retrospectiva, que evaluó los registros de atención al parto normal y nacimientos de bajo riesgo en una maternidad pública del municipio de Rio de Janeiro. Los objetivos fueron describir el perfil de atención de partos normales atendidos por enfermeras y médicos y analizar las similitudes y diferencias en los resultados maternos y neonatales de tales atenciones. Los datos recibieron tratamiento estadístico descriptivo; fueron aplicados los tests “F” de Fisher y el “T” de Student, con nivel de significatividad $p < 0,05$. Las conductas de dieta cero, hidratación venosa y oxitocina en el trabajo de parto son adoptadas por ambos profesionales. Hubo diferencia significativa ($p < 0,01$) en la ejecución de episiotomía entre las enfermeras (15%) y los médicos (64,3%). Los resultados maternos y neonatales en los partos normales de bajo riesgo atendidos por enfermeras y médicos fueron semejantes.

Descriptores: Enfermería Obstétrica; Trabajo de Parto; Parto Normal.

¹ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com.

² Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da UERJ. Bolsista de Iniciação Científica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: carolrosacrystal@hotmail.com.

³ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da UERJ. Bolsista de Iniciação Científica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: monique.gouveia-enf@hotmail.com.

⁴ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: viviana_mayra@yahoo.com.br.

⁵ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: santana86@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

No final do século XX houve crescente debate acerca da assistência obstétrica, tanto no cenário internacional quanto no nacional. O excesso de intervenção e a medicalização do parto têm sido criticados em âmbito internacional⁽¹⁾. No Brasil, as reflexões acerca destes questionamentos tomam impulso no final da década de 1980, a partir dos amplos movimentos de redemocratização política, no espírito do movimento sanitário e, especialmente, pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo assistencial hegemônico⁽²⁾.

A mobilização da sociedade civil para estabelecer mudanças na assistência obstétrica resultou no Movimento de Humanização ao Parto e Nascimento, cujas propostas influenciaram as ações governamentais no final dos anos 90⁽²⁾. Entre outras ações, houve a instituição do procedimento parto normal realizado pela enfermeira obstetra e limitação do número de cesarianas a serem pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, foram estabelecidas políticas e programas voltados para a Humanização ao Parto e Nascimento a partir de 2000⁽³⁾.

Desde 1998, o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ) vêm estimulando a atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto normal no SUS. Entre as medidas adotadas pela SMSDC/RJ, destacam-se a capacitação e o estímulo da atuação das enfermeiras obstétricas nas maternidades e nos serviços de assistência pré-natal da rede municipal de saúde⁽⁴⁾.

Passada mais de uma década desde a inserção oficial das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto normal, elas estão mais integradas à rotina assistencial das maternidades e têm experiências de trabalho colaborativo com a equipe médica. No entanto, ainda convivem com resistências a sua prática profissional neste segmento assistencial⁽⁴⁾.

Estudo que analisou 1694 registros de partos assistidos por enfermeiras obstétricas em maternidade pública do Rio de Janeiro, no ano de 2005, concluiu que a ocorrência de episiotomia foi inferior a 30% e que a maioria (63,2%) das mulheres atendidas teve a integridade do períneo preservada⁽⁵⁾.

Outra pesquisa, que avaliou os registros de 1.247 partos normais assistidos por essas profissionais no ano

de 2007, também em maternidade pública no Rio de Janeiro, constatou que as enfermeiras utilizam variadas tecnologias de cuidado para o relaxamento e o conforto da mulher durante o trabalho de parto, como exercícios respiratórios, movimentos pélvicos e banho morno. Em 83,2% das parturientes não foi realizada episiotomia no parto. Entre este segmento, 38,6% das parturientes permaneceram com períneo íntegro. Não houve registro de trauma perineal grave, como as lacerações de terceiro e quarto graus⁽⁶⁾.

Nos últimos anos, a enfermagem obstétrica vem cada vez mais expandindo sua atuação e produzindo estudos relativos à formação e assistência profissional. No entanto, aqueles que investigam aspectos quantitativos do cuidado ainda são incipientes no país. Mas, estudos internacionais têm demonstrado bons resultados assistenciais.

Revisão sistemática identificou que as enfermeiras obstétricas praticam menos intervenções no cuidado ao parto e realizam menos episiotomia. Ao ser comparado o atendimento das enfermeiras e dos médicos, foi encontrado menor quantitativo de indução do trabalho de parto, aplicação de fórceps e realização de cesariana para as parturientes cuidadas pelas enfermeiras. Os dados como peso ao nascer, índice Apgar e encaminhamento para a unidade neonatal não apresentaram diferenças e os resultados maternos e neonatais foram favoráveis⁽⁷⁾.

Estudo coorte e prospectivo também constatou que as enfermeiras obstétricas utilizam menos recursos tecnológicos na assistência do que obstetras e médicos de família. Entre as gestantes classificadas como médio risco, foi observado que as enfermeiras adotam menos práticas de intervenção e tem resultados neonatais semelhantes aos atendimentos médicos⁽⁸⁾.

Em decorrência dos achados acima descritos, elaboramos a presente pesquisa que objetivou descrever o perfil assistencial dos partos normais atendidos por enfermeiras e médicos, e analisar as similaridades e as diferenças nos resultados maternos e neonatais desses atendimentos.

MÉTODOS

Pesquisa documental e retrospectiva que utilizou como fonte de dados os prontuários maternos e dos neonatos que nasceram por parto normal em uma

maternidade pública do município do Rio de Janeiro, no período de janeiro a dezembro de 2008.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC/RJ, recebendo o parecer favorável n. 295A/2009, em 07 de dezembro de 2009.

Segundo dados institucionais, foram atendidos 6.140 nascidos vivos (n.v.) em 2008, dos quais nasceram por parto vaginal 4.029 n.v. Desta totalidade de partos normais, as enfermeiras assistiram 954 n.v. e os médicos acompanharam 3.075 n.v. Estes quantitativos foram considerados a população para o cálculo da amostra de cada grupo.

Foram incluídos na pesquisa os dados dos partos normais de mulheres com faixa etária entre 15 a 35 anos, que tinham gestações únicas de 37 a 41 sem, feto em posição cefálica e que não apresentavam morbidade clínica e/ou obstétrica, prévia ou na gestação atual, cujos nascidos vivos tiveram o peso ao nascer entre 2.500 e 4.000 g. Todos os atendimentos que não atenderam a estes critérios foram excluídos do estudo.

Preliminarmente, os casos elegíveis foram identificados a partir do livro de registros de partos do Centro Obstétrico da maternidade pesquisada, sendo pré-selecionados 2.354 registros de prontuários de partos normais atendidos por médicos e enfermeiros. Desta totalidade, foram escolhidos aleatoriamente 20 registros de cada mês, sendo 10 registros com final ímpar para aos atendimentos médicos e 10 registros com final par para os atendimentos das enfermeiras. Portanto, foram requisitados 480 prontuários ao Setor de Arquivo, sendo 240 prontuários maternos e 240 do neonato. Estes prontuários encontram-se arquivados juntos, tendo como referência o registro materno.

Durante a análise no setor do Arquivo Médico, foram excluídos do estudo 69 prontuários maternos e de neonatos por não atenderem aos critérios de inclusão. Portanto, a amostra da pesquisa correspondeu a 171 partos e nascimentos, sendo a totalidade de 73 atendimentos realizados pelas enfermeiras e 98 pelos médicos.

Foi utilizado instrumento estruturado, com questões fechadas e abertas, para obtenção das informações acerca dos dados sociais e obstétricos das parturientes, da assistência no pré-parto e parto e da condição materna e neonatal no pós-parto.

As variáveis do estudo foram: dieta zero, hidratação venosa, ocitocina no soro, amniotomia, condição perineal

no parto, peso do neonato, índice de Apgar, complicações maternas e neonatais no pós-parto.

Os dados coletados foram armazenados em banco de dados informatizado em Excel do Microsoft Office®2003. Posteriormente, foram tabulados, submetidos ao tratamento estatístico descritivo e aplicados os testes "F" de Fisher e o "t" de Student, sendo considerado o nível de significância $p < 0,05$.

O teste F de Fisher foi utilizado para as variáveis dicotômicas, em que só existem duas respostas possíveis, sim e não. O teste t de Student, que objetiva testar a igualdade entre duas médias, foi aplicado somente para o índice de Apgar.

Os dados foram analisados por meio de suas medidas de distribuição, dispersão e significância e confrontados com os achados das pesquisas nacionais e internacionais sobre a temática de investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra investigada foi composta das parturientes assistidas pelas enfermeiras (n=75; 100%) e pelos médicos (n=98; 100%), que eram predominantemente mulheres jovens. Aquelas que tinham a idade variando entre 20 e 24 anos representaram 34,0% dos atendimentos das enfermeiras e 39,0% dos realizados pelos médicos. Este segmento etário foi seguido das gestantes em trabalho de parto que estavam na faixa etária entre 25 a 29 anos, correspondendo a 29,0% das gestantes acompanhadas pelas enfermeiras e 22,0% das assistidas pelos médicos. As mulheres com idade entre 15 e 19 anos representaram 22,0% dos atendimentos realizados pelas enfermeiras e 27,0% pelos médicos.

Nos grupos de atendimento das enfermeiras e dos médicos houve a predominância das mulheres solteiras e com cor da pele negra ou parda, representando mais da metade do total das parturientes assistidas por esses profissionais. Não foi encontrado registro de cor da pele diferenciado da cor negra, parda e branca nos prontuários pesquisados.

Essa distribuição etária e pela cor da pele foi semelhante ao encontrado em estudo que entrevistou 2.422 gestantes atendidas nos serviços de saúde do município do Rio de Janeiro. As mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos corresponderam a 67,4% e aquelas com idade inferior a 19 anos representaram 23,6% desta totalidade. Em relação à cor da pele, 25,4% das

gestantes tinham a cor da pele branca e as demais cor negra ou parda⁽⁹⁾.

A escolaridade teve elevado sub-registro na presente pesquisa, acima de 60% em ambos os grupos investigados. Portanto, não foi incluída na tabulação final dos dados.

Em relação ao perfil obstétrico da clientela investigada, houve distribuição semelhante entre as primigestas e aquelas que estavam na segunda ou terceira gestação em ambos os grupos estudados. As primigestas corresponderam a 39,7% dos atendimentos realizados pelas enfermeiras e 42,9% das parturientes assistidas pelos médicos. As mulheres com quatro ou mais gestações formaram o segmento de menor proporção, representando 17,3% entre as parturientes assistidas pelas enfermeiras e 13,2% entre aquelas atendidas pelos médicos.

Houve maior frequência de gestantes nulíparas, tanto nos atendimentos realizados pelas enfermeiras (41,1%) quanto nos conduzidos pelos médicos (49,0%). Este segmento foi seguido das parturientes que tinham uma paridade anterior e daquelas com história prévia de dois ou mais partos, em ambos os grupos de atendimentos investigados.

Em relação à ocorrência de abortamento prévio, a maioria das parturientes assistidas pelas enfermeiras (87,8%) e daquelas atendidas pelos médicos (79,6%) não teve esta ocorrência. O segmento com menor proporção entre os atendimentos das enfermeiras foi das mulheres que tiveram um episódio de aborto prévio, representando 5,4%. Entre os médicos, 5% das parturientes tiveram dois ou mais abortos anteriores, sendo este o segmento de menor representatividade.

O estrato de parturientes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal foi maior tanto naquelas assistidas pelas enfermeiras (56,4%) como pelos médicos (46,9%). Este estrato foi seguido daquelas que tiveram de cinco a seis consultas de pré-natal, representando 13,7% entre as parturientes assistidas pelas enfermeiras e 21,5% das parturientes atendidas pelos médicos.

A predominância de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal também foi encontrada em estudo nas maternidades da cidade do Rio de Janeiro, que identificou o percentual de 61,5% entre as gestantes cujo parto ocorreu em maternidades públicas e conveniadas ao SUS. No entanto, essa proporção eleva-

se para 95,4% entre aquelas atendidas em maternidades privadas⁽¹⁰⁾.

No grupo cuidado pelas enfermeiras não houve parturiente sem acompanhamento pré-natal. Entre os médicos ocorreu apenas um (1,0%) atendimento sem este acompanhamento. Os resultados atinentes ao perfil sócio-obstétrico das parturientes assistidas por esses profissionais podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos atendimentos realizados por enfermeiras e médicos segundo as características individuais, sociais e obstétricas das parturientes. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

Características	Enfermeiras		Médicos	
	N=73	%	N=98	%
Idade (anos)				
15 a 19	16	22,0	26	27,0
20 a 24	25	34,0	38	39,0
25 a 29	21	29,0	22	22,0
30 a 35	11	15,0	12	12,0
Estado civil				
Solteira	50	68,5	72	73,5
Casada ou Unida	22	30,0	22	22,5
Separada ou Divorciada	1	1,5	1	1,0
Sem registro	0	0,0	3	3,0
Cor da pele				
Branca	22	30,0	29	30,0
Negra ou parda	51	70,0	66	67,0
Sem registro	0	0,0	3	3,0
Número de gestações				
1	29	39,7	42	42,9
2 a 3	31	42,5	43	43,9
4 ou mais	13	17,8	13	13,2
Paridade				
Nenhuma	30	41,1	48	49,0
1	22	30,1	29	29,5
2 ou mais	21	28,8	21	21,5
Abortamento				
Nenhum	64	87,8	78	79,6
1	4	5,4	15	15,3
2 ou mais	5	6,8	5	5,1
Consulta Pré-natal				
Nenhuma			1	1,0
1 a 2	4	5,5	5	5,1
3 a 4	7	9,5	11	11,2
5 a 6	10	13,7	21	21,5
7 ou mais	41	56,2	46	46,9
Sem registro	11	15,1	14	14,3

Fonte: Prontuários das parturientes atendidas em 2008. Setor de arquivo. Maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, RJ.

Considerando as condutas no pré-parto para as gestantes em trabalho de parto, verificou-se a predominância das parturientes que permaneceram em dieta zero, sendo maior a proporção de mulheres que tiveram esta restrição entre os atendimentos realizados pelas enfermeiras (80,8%) do que entre aquelas que foram acompanhadas pelos médicos (65,3%). Apesar dessas proporções desiguais, não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos amostrais.

Em relação à hidratação venosa, os atendimentos que tiveram esta prescrição representaram 67,2% das parturientes acompanhadas pelas enfermeiras e 60,2% daquelas que foram assistidas pelos médicos. A proporção de parturientes que receberam infusão de ocitocina foi semelhante nos atendimentos realizados por ambos profissionais. Entre as enfermeiras foram

68,9% das parturientes assistidas e entre os médicos esse percentual foi de 67,4% dos atendimentos.

Na grande maioria das parturientes não foi realizada amniotomia, ruptura artificial da bolsa amniótica durante o acompanhamento no pré-parto, tanto entre os atendimentos assistidos pelas enfermeiras (86,4%) quanto naqueles acompanhados pelos médicos (87,8%). Não houve diferença estatística significativa entre os grupos de estudo para essas variáveis, como pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição dos atendimentos realizados por enfermeiras e médicos, segundo as condutas no pré-parto. Rio de Janeiro, RJ, 2008

Condutas	Enfermeiras		Médicos		Valor de p
	N=73	%	N=98	%	
Dieta zero					
Sim	59	80,8	64	65,3	0,0658
Não	15	19,2	34	34,7	0,0658
Hidratação venosa					
Sim	47	67,2	59	60,2	0,3050
Não	26	32,8	39	39,8	0,3677
Ocitocina no soro					
Sim	49	68,4	66	67,4	0,3965
Não	24	31,6	32	32,6	0,3965
Amniotomia					
Sim	10	13,6	12	12,2	0,3744
Não	63	86,4	86	87,8	0,3744

Fonte: Prontuários das parturientes atendidas em 2008. Setor de arquivo. Maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, RJ.

Na rotina assistencial da instituição pesquisada, a prescrição da dieta, hidratação venosa e ocitocina para indução ou aceleração do trabalho de parto é atribuição da equipe médica. No entanto, não foram encontrados relatos de cuidados diferenciados destas prescrições nos registros de enfermagem. A elevada frequência destas condutas para parturientes de baixo risco obstétrico é um achado importante e denota que as práticas profissionais ainda são influenciadas pelo modelo assistencial medicalizado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a restrição de líquido é uma prática comumente utilizada de forma inapropriada e que pode causar mais danos do que benefícios. O acesso a líquidos e alimentação é um direito da mulher e necessário para repor as fontes de energia, garantir o bem-estar fetal e materno e prevenir a desidratação e a cetose. Estudo evidenciou que não existe justificativa para restringir líquidos e alimentos para as parturientes classificadas como baixo risco⁽¹¹⁾.

A liberdade de posição e de movimentos é classificada pela OMS como uma prática útil e que deve ser estimulada. Revisão sistemática publicada evidenciou que a livre movimentação diminui a duração do primeiro estágio do trabalho de parto, reduz os níveis de dor materna, aumenta a satisfação materna e não está associada a efeitos adversos no bem-estar materno e neonatal⁽¹²⁾.

A utilização de ocitocina durante o trabalho de parto está relacionada com o aumento da sensação dolorosa, podendo causar uma postura mais restrita ao leito, maior predisposição à ocorrência de hiperestimulação uterina e alteração na frequência cardíaca fetal⁽¹³⁾. Portanto, essas

condutas assistenciais de intervenção ainda encontram-se cristalizadas na rotina assistencial obstétrica nas maternidades, significando a existência de barreiras profissionais e institucionais para a implementação de práticas humanizadas, que promovem o aumento da satisfação materna com a assistência prestada.

Na instituição pesquisada, a enfermeira só realiza a prescrição de ocitocina no pós-parto imediato e por via intramuscular. Estas restrições na condução da assistência ao parto de baixo risco pelas enfermeiras no hospital, também repercutiram nos resultados de pesquisas que analisaram os dados descritos nos livros de registro dos cuidados de enfermagem obstétrica ao parto normal em duas maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro.

Estudo que analisou 1.287 partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas encontrou a proporção de 51,3% para a utilização de ocitocina durante o trabalho de parto⁽⁶⁾. Em outra investigação, este fármaco foi administrado em 54,6% das 1.023 parturientes atendidas por esta profissional. Em ambos os estudos, as enfermeiras utilizaram cuidados para o relaxamento e conforto das parturientes⁽¹⁴⁾.

Na presente pesquisa não foram encontrados registros da utilização de cuidados não-farmacológicos, como deambulação, banho morno, exercícios respiratórios, massagens, entre outros. Portanto, esses dados não foram avaliados.

Na assistência ao parto foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os atendimentos das enfermeiras e dos médicos, em relação às condições do períneo no parto. Houve maior proporção de episiotomia entre as parturientes assistidas pelos médicos (64,3%)

em comparação com aquelas que foram atendidas pelas enfermeiras (15%).

Quanto à ocorrência de períneo íntegro, houve uma inversão dessa proporção, sendo maior entre as parturientes cujo parto foi acompanhado pelas enfermeiras (45,2%) do que entre aquelas assistidas

pelos médicos (21,4%). Também foi encontrada diferença significativa no total de lacerações perineais, sendo maior entre os atendimentos das enfermeiras (37,0%) em comparação com aqueles que foram acompanhados pelos médicos (10,2%). Estes achados podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos atendimentos realizados por enfermeiras e médicos segundo a condição do períneo no parto. Rio de Janeiro, RJ, 2008

Condição do períneo	Enfermeiras		Médicos		Valor de p
	N=73	%	N=98	%	
Episiotomia	11	15,0	63	64,3	< 0,01
Períneo íntegro	33	45,2	21	21,4	< 0,05
Laceração	27	37,0	10	10,2	< 0,05
Sem registro	2	2,8	4	4,1	

Fonte: Prontuários das parturientes atendidas em 2008. Setor de arquivo. Maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, RJ.

Com relação à ocorrência de lacerações de períneo, foram mais frequentes as lacerações de primeiro grau (59,3%) do que as de segundo grau (22,2%) entre as enfermeiras, não sendo registrada a ocorrência de trauma perineal grave, lacerações de terceiro e quarto graus. No entanto, esse dado não foi encontrado em cinco (18,5%) atendimentos realizados por esta profissional.

Nos atendimentos médicos foi registrado apenas um (1,0%) caso de laceração perineal de terceiro grau. Houve o registro de lacerações de primeiro grau em duas (2,1%) parturientes assistidas por esse profissional, assim como seis (6,2%) casos em que ocorreu laceração perineal de segundo grau e um (1,0%) atendimento em que esse dado não estava disponível.

As lacerações perineais podem ser classificadas como de *primeiro grau* (atinge a comissura labial posterior, a pele perineal e mucosa vaginal) *segundo grau* (além da pele e mucosa, há ruptura da fásia e músculos do corpo perineal) *terceiro grau* (estende-se através da pele, mucosas, corpo perineal, com a participação do esfíncter anal) e *quarto grau* (a ruptura estende-se até a mucosa retal, expondo o lúmen retal). As lesões genitais no parto vaginal podem ser prevenidas pela boa assistência, o que inclui mudança de condutas, como restrição do uso de episiotomia, de ocitocina e da posição horizontal⁽¹⁵⁾.

Os resultados encontrados em relação à condição do períneo no parto foram semelhantes aos identificados em pesquisa americana que analisou dados retrospectivos de 2.819 mulheres que deram a luz

espontaneamente a um único bebê vivo e na posição cefálica, entre 2000 e 2005. O risco relativo (odds ratio) foi 2,92 maior da mulher ter uma episiotomia quando atendida pelo médico do que pela enfermeira obstétrica. Os autores concluíram que a prevalência e a gravidade da lesão perineal, espontânea ou pela realização de episiotomia, foram significativamente menores nos partos assistidos pelas enfermeiras⁽¹⁶⁾.

O procedimento episiotomia de rotina vem sendo criticado por não contar com evidências científicas acerca de seus benefícios, ocorrendo o declínio dessa prática em alguns países. Nos Estados Unidos houve decréscimo na realização de episiotomias, de 60,9% em 1979 para 24,5% em 2004⁽¹⁷⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde não estabelece uma taxa adequada ou máxima de episiotomia no parto, apesar de recomendar a utilização restrita deste procedimento. As evidências demonstram que a prática rotineira de episiotomia não reduz o risco de trauma perineal grave, não previne lesões no polo cefálico e nem melhora os escores de Apgar. Por outro lado, a episiotomia é um dos únicos procedimentos cirúrgicos realizados sem qualquer consentimento prévio da mulher⁽¹⁸⁾. A despeito destas constatações, estudos brasileiros ainda verificaram elevadas frequências de episiotomia nos partos hospitalares, que variam de 75,4% a 86,9%⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Em relação às condições de vitalidade do neonato, a maioria pesou ao nascer entre 3.001 e 3.500 g, representando 52% entre os partos assistidos pelas enfermeiras e a metade (50%) dos nascimentos

atendidos pelos médicos. Não houve a ocorrência de neonatos com baixo-peso ou com o peso ao nascer acima de 4000g devido ao desenho metodológico do estudo.

Considerando o índice de Apgar dos recém-nascidos, não houve diferença estatística entre os atendimentos das enfermeiras e dos médicos, sendo que quase a

totalidade dos nascimentos obteve índice acima de sete. No quinto minuto não houve nascidos vivos com Apgar abaixo de sete em ambos os grupos estudados, indicando boas condições de vitalidade dos recém-natos. Estes resultados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos atendimentos realizados por enfermeiras e médicos segundo o índice de Apgar. Rio de Janeiro, RJ, 2008

Índice de Apgar	Enfermeiras		Médicos		Valor de p
	N=73	%	N=98	%	
Primeiro minuto					
Abaixo de 7	1	1,4	2	2,0	0,1443
7 a 8	25	34,2	44	45,0	
9 a 10	47	64,4	52	53,0	
Quinto minuto					
7 a 8	4	5,5	4	4,0	0,1766
9 a 10	69	94,5	94	96,0	

Fonte: Prontuários das parturientes atendidas em 2008. Setor de arquivo. Maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, RJ.

Considerando os nascimentos decorrentes de gestações de baixo risco, pesquisas evidenciam que os atendimentos realizados pelas enfermeiras obstétricas apresentam bons resultados para os escores de Apgar e são semelhantes aos obtidos pelos médicos⁽⁷⁾. Em revisão sistemática não foi encontrada diferença entre estes profissionais para perda fetal e morte neonatal. Os resultados encontrados indicam que a assistência da enfermeira é segura e benéfica para as mulheres e bebês⁽²¹⁾.

Quanto à ocorrência de complicações maternas e neonatais, não foi encontrada diferença estatística entre os atendimentos das enfermeiras e dos médicos no presente estudo. Entretanto, a proporção de puérperas que foram tratadas com antibiótico foi maior entre os médicos (12%) em comparação com os atendimentos realizados pelas enfermeiras (2,8%). As outras complicações maternas encontradas foram: infecção na episiorrafia, elevação da pressão arterial, episódio febril e fissura mamilar. Entre os neonatos ocorreu de um caso de icterícia e outro de eritema tóxico, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição dos atendimentos realizados por enfermeiras e médicos segundo as complicações maternas e neonatais no pós-parto. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

Complicações	Enfermeiras		Médicos		Valor de p
	N=73	%	N=98	%	
Maternas					
Sangramento aumentado	1	1,4	3	3,0	0,3050
Hematoma perineal	1	1,4			0,1920
Deiscência de sutura			1	1,0	0,1920
Uso de antibiótico	2	2,8	12	12,0	0,0634
Outras	2	2,8	5	5,0	0,3050
Neonatais					
Morbidade			2	2,0	0,1920

Fonte: Prontuários das parturientes atendidas em 2008. Setor de arquivo. Maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, RJ.

Na presente pesquisa não se pode estabelecer a relação entre o procedimento cirúrgico episiotomia e o uso de antibiótico. No entanto, a literatura menciona que a episiotomia predispõe à ocorrência de infecção, ao uso de antibióticos, à formação de hematomas, ao maior tempo de internação, entre outras complicações. As

atuais evidências científicas recomendam sua utilização restrita⁽¹⁷⁾.

Pesquisas internacionais⁽²²⁾ evidenciaram que os partos de gestantes de baixo-risco assistidos por enfermeiras obstétricas apresentam bons resultados maternos e neonatais, não havendo diferença dos

obtidos pelos atendimentos médicos de mesmo perfil obstétrico. No entanto, em relação aos procedimentos assistenciais, estudo inglês⁽²³⁾ verificou que essas profissionais utilizam práticas com menores intervenções intraparto, como o uso de ocitocina e analgesia, e que houve redução dos casos que evoluíram para cesarianas.

CONCLUSÃO

Os resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco atendidos pelas enfermeiras e médicos foram semelhantes, apresentando diferença estatisticamente significativa no cuidado com o períneo. As enfermeiras realizam menos episiotomias, cerca de três vezes menos que os médicos, ocasionando maior ocorrência de períneos íntegros e de lacerações perineais, predominantemente de primeiro grau, nos partos atendidos por estas profissionais.

As condições de vitalidade do neonato e do bem-estar materno no pós-parto não apresentaram diferenças estatísticas significativas entre os grupos assistidos por enfermeiras e médicos. Os resultados encontrados na pesquisa evidenciaram similitude com estudos internacionais que constataram bons resultados assistenciais nos partos de baixo risco atendidos pelas enfermeiras obstétricas e que estas profissionais realizam menos procedimentos de intervenção, reduzindo as complicações decorrentes.

Os registros dos cuidados preconizados para o parto humanizado, como a deambulação, banho morno, massagens, entre outros, não foram encontrados nos prontuários analisados. Tal fato pode significar que estes cuidados não são realizados ou, se realizados, não são registrados. As duas possibilidades aventadas são problemáticas para a qualidade do cuidado ao parto e nascimento, visto que o prontuário é um documento legal e objeto de investigação e auditoria para avaliação da assistência prestada pelo profissional e instituição.

Ao se considerar as elevadas frequências de dieta zero, hidratação venosa e uso de ocitocina, pode-se inferir que as práticas tradicionais de intervenção ainda são rotineiras. A despeito de não ser da competência da enfermeira a prescrição da dieta e medicações intravenosas no pré-parto na maioria dos protocolos assistenciais das maternidades, estes achados representam um desafio para as ações governamentais e institucionais voltadas para humanização do parto e nascimento.

O estudo apresenta limitações devido ao tamanho da amostra e pelo fato de ter sido analisado o atendimento obstétrico em uma única maternidade, não possibilitando generalizações de seus resultados. Apesar destas limitações, os dados encontrados podem subsidiar novas pesquisas acerca da qualidade e da segurança do cuidado de enfermagem obstétrica à mulher e ao seu filho.

REFERÊNCIAS

1. Crossley, M L. Childbirth, complications and the illusion of "choice": A case study. *Fem Psychol.* 2007;17(4):543-63.
2. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 [cited 2011 jan 24];12(2):386-91. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm>.
3. Rabelo LR; Oliveira DL. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):213-20.
4. Pereira ALF, Moura MAV. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(4):872-79
5. Mouta RJO, Pilotto DTS, Varens OMC, Progianti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev. enferm. UERJ* 2008;16(4):472-76.
6. Silva TF; Costa GAB; Pereira ALF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. *Cogitare Enferm.* 2011;16(1):82-7
7. Johantgen M, Fountain L, Zangaro G, Newhouse R, Stanik-Hutt J, White K. Comparison of Labor and Delivery Care Provided by Certified Nurse-Midwives and Physicians: A Systematic Review, 1990 to 2008. *Womens Health Issues.* 2012;22(1):e73-e81.
8. Cragin L, Kennedy HP. Linking Obstetric and Midwifery Practice With Optimal Outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2006;35(6):779-85.
9. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28(3):425-37
10. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(Supl 1):S20-S33
11. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. 2009 n.2 [cited 2011 fev 02]. *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. Oxford (UK): Update Software Ltd. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651902.cd003934>. Record No.:CD003934.
12. Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Inmersión en agua para el embarazo, trabajo de parto y parto. 2009 n.2 [cited 2011 fev 02]. *La Biblioteca Cochrane Plus* [Internet]. Oxford (UK): Update Software Ltd. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651902.cd000111>. Record No.:CD000111.
13. Svärdbby K, Nordström L, Sellström E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. *J Clin Nurs.* 2007;16(1):179-84
14. Pereira A, Dantas F. Assistance characteristics of normal deliveries attended by obstetrical nurses. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet] 2012 [cited 2012 julho 2]; 6(1):76-82. Available from:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2066>.

15. Costa ASC, Riesco MLG. A Comparison of "Hands Off" Versus "Hands On" Techniques for Decreasing Perineal Lacerations During Birth. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(2):106-11.
16. Browne M, Jacobs M, Lahiff M, Miller S. Perineal injury in nulliparous women giving birth at a community hospital: Reduced risk in births attended by certified nurse-midwives. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(3):243-49
17. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*. 2010;38(5):265-70.
18. Previatti JF, Souza K V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(2):197-201
19. Francisco AA, Oliveira SMJV, Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):94-100
20. Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni J, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):658-63
21. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 n.4 [cited 2012 jul 02]. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. Oxford (UK): Update Software Ltd. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clsystrev/articles/CD004667/frame.html>. Record No.:CD004667.
22. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Park JH, Pan D. Treatment patterns and outcomes in a low-risk nurse-midwifery practice. *Appl Nurs Res*. 2009;22(1):10-17.
23. Symon AG, Paul J, Butchart M, Carr V, Dugard P. Self-rated "no-" and "low-" risk pregnancy: a comparison of outcomes for women in obstetric-led and midwife-led units in England. *Birth*. 2007;34(4):323-30.

Artigo recebido em 28/03/2011.

Aprovado para publicação em 25/06/2012.

Artigo publicado em 31/12/2012.