



ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM-NASCIDO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

Gabriela Colombi de Lima*
Graciela Dutra Sehnem**
Fernanda Beheregaray Cabral***
Cristiane Cardoso de Paula****
Stela Maris de Mello Padoin*****
Tassiane Ferreira Langendorf*****

RESUMO

Objetivo: analisar a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento. **Método:** estudo transversal, com dados secundários dos anos de 2020-2021, obtidos por meio de fichas de monitoramento do parto de 3547 mulheres assistidas em um hospital universitário do Sul do Brasil. A análise dos dados foi descritiva e inferencial após aprovação pelo comitê de ética. **Resultados:** o parto vaginal obteve associação estatisticamente significativa com: clameamento oportuno do cordão umbilical, amamentação e contato pele a pele ($p < 0,001$); Classificação de Robson 1, 3 e 4 ($p < 0,001$); liberdade de posição, aromaterapia e banho de aspersão ($p < 0,05$). Partos assistidos por médicos (99,9%), com posição litotômica no período expulsivo (62,82%) e episiotomia (8,2%). **Conclusão:** as boas práticas na atenção ao parto e nascimento são desenvolvidas neste serviço e foram associadas ao parto vaginal, entretanto, se faz necessário reduzir a incidência de posição litotômica e episiotomia e ampliar a atuação da enfermeira obstétrica.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da Mulher. Parto. Enfermagem Obstétrica. Assistência Perinatal.

INTRODUÇÃO

A partir da década de 1980, o Brasil iniciou um movimento pela humanização do parto, atrelado ao processo de democratização e participação social. Esse movimento concedeu espaço para a atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) na assistência direta ao parto, uma vez que o modelo tradicional de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido (RN) começou a gerar críticas por sua abordagem altamente medicalizada e tecnocrática quando propôs uma assistência mais acolhedora, segura e centrada na mulher⁽¹⁾. Todavia, foi na década de 1990 que os movimentos ganharam força e mudanças foram reivindicadas no cenário obstétrico, os quais se mostravam como inadequados, com intervenções excessivas e desnecessárias, desrespeitando os direitos das mulheres⁽²⁾.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o guia denominado Boas Práticas

de atenção ao parto e nascimento, o qual conduz que a assistência seja pautada na valorização do protagonismo da mulher⁽³⁾. Com o objetivo de orientar a atenção à gestante destacando a fisiologia do parto e nascimento, o cuidado humanizado, respeitoso e evitando intervenções desnecessárias⁽⁴⁾. A partir de então, o movimento em prol da atenção obstétrica pautado nas boas práticas se intensificou também no cenário nacional⁽⁵⁾ e, mais recentemente, tem como marco de referência internacional as recomendações de cuidado intraparto para uma experiência de parto positiva⁽⁶⁾.

Estudos avaliativos que incluíram 606 maternidades brasileiras mostram que políticas públicas bem conduzidas, somadas a ações pautadas nas melhores evidências científicas, podem promover a experiência de parto positiva de parto, contemplando a meta de redução de desfechos maternos e neonatais negativos⁽⁷⁾.

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: gabrielacolombi@gmail.com. ORCID ID: 0000-0001-7635-1980

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: graci_dutra@yahoo.com.br. ORCID ID: 0000-0003-4536-824X

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: cabralfernandab@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-4809-278X

****Enfermeira. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: cris_depaula1@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-4122-5161.

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com. ORCID ID: 0000-0003-3272-054X

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem na UFSM. Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: tassilang@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-5902-7449

Apesar dos esforços contemplados nas políticas públicas no campo da atenção obstétrica, práticas intervencionistas de rotina, a fragmentação e baixa qualidade do cuidado prestado ocorrem e implicam de forma negativa nos resultados de saúde materna. Dentre as principais intervenções durante o trabalho de parto e parto, destacam-se: o uso de ocitocina endovenosa, restrição da alimentação ou da movimentação, enema, episiotomia e manobra de Kristeller⁽⁸⁾.

A adesão das boas práticas nas instituições de saúde ainda é deficitária à medida em que se observam barreiras para sua implementação, dentre elas, ressaltam-se barreiras profissionais (práticas intervencionistas, conhecimento limitado, medicalização), seguidas de barreiras institucionais (falta de estrutura, gestão ineficaz, escassez de recursos humanos⁽⁹⁾).

Diante disso, analisar a assistência prestada à mulher e ao RN no processo de parto e nascimento se configura como uma importante ferramenta de monitoramento, o qual se caracteriza como um indicador de qualidade da atenção obstétrica. A partir desse monitoramento, é possível identificar quais ações estão sendo desenvolvidas e quais ainda precisam avançar para estarem de acordo com as políticas públicas e recomendações das organizações nacionais e internacionais para uma experiência positiva de parto.

Assim, questiona-se: “Quais as características clínico-obstétricas e de assistência à mulher e ao RN no processo de parto e nascimento, considerando as boas práticas obstétricas, em um Centro Obstétrico (CO) que é referência para Gestação de Alto Risco de um hospital universitário no Rio Grande do Sul (RS)?”. Este estudo teve por objetivo analisar a assistência prestada à mulher e ao RN no processo de parto e nascimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, de caráter documental, realizado a partir de dados secundários, o qual seguiu a diretriz *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para qualidade e transparência da redação.

O estudo foi realizado no CO de um hospital universitário localizado no RS, o qual se caracteriza como instituição pública de médio porte, alta complexidade e referência em saúde para a região na qual está localizado. Destaca-se que este cenário

é campo de formação para a residência médica em ginecologia e obstetrícia, dessa forma, há predominância da assistência ao parto por residentes. Nesse contexto, para atender aos objetivos e metas propostos pelo Projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Apice On), do qual o hospital participou nesse período, houve incentivo e reorganização da gestão de pessoas para promoção da atuação de EO neste CO.

O período de coleta ocorreu de março a maio de 2023 e foram analisados os dados correspondentes aos anos de 2020 e 2021. Constituiu-se como população do estudo mulheres e RN assistidos no referido cenário. O critério de inclusão foi mulheres assistidas no CO, considerando ambas as vias de parto: vaginal e cesariana, independente de risco gestacional. A metodologia empregada foi a de uma pesquisa censitária, coletando dados de todos os membros da população de interesse, sem a necessidade de cálculo amostral.

A fonte de informação foi a lista de verificação de parto seguro, na qual constam dados da mulher e do RN. Esta foi elaborada por EO que atua no cenário do estudo e tem como objetivo registrar a assistência prestada à mulher e ao RN. A elaboração da lista envolveu discussões internas com os profissionais obstétricos do serviço, sendo implementada em 2020. O preenchimento é realizado pelas enfermeiras e a atualização é permanente.

A lista é organizada em oito seções, as quais permitem registros como: dados da internação (faixa etária, município de procedência, risco gestacional, diagnósticos clínicos), histórico obstétrico (paridade, tipo de gravidez, idade gestacional); acompanhamento do trabalho de parto (punção venosa, fisioterapia, dieta, indução do trabalho de parto, analgesia); dados do parto vaginal (via de parto, profissional obstétrico, posição no período expulsivo, episiotomia, grau de laceração, ocitocina intramuscular no pós-parto imediato); dados do nascimento (tempo do clampeamento do cordão umbilical, contato pele a pele, Apgar, natimorto, peso e capurro); pós-parto (amamentação na primeira hora de vida, presença de acompanhante); eventos sentinela e dados da alta hospitalar. Esses dados compuseram as variáveis analisadas no estudo em tela.

Os dados coletados foram digitados em planilha por meio do software Microsoft Office Excel® e a

análise estatística realizada a partir do programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão profissional para Windows.

As variáveis categóricas foram descritas por medidas de frequência absoluta e relativa. Para verificar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho (via de parto), utilizou-se os testes de associação Qui-quadrado e Exato de Fischer. Considerou-se estatisticamente significativo o resultado de $p < 0,05$.

No que tange às questões éticas, seguiu-se a Resolução nº 466/12 e se obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob registro nº 4.646.734. Considerando que a pesquisa não teve contato direto com os participantes, não foi necessário a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dessa forma, aprovou-se a solicitação de dispensa do TCLE.

RESULTADOS

Participaram do estudo 3547 mulheres, sendo 539 (12,4%) na faixa etária menor de 20 anos, 1742 (49,2%) entre 20 a 29 anos, 1201 (33,9%) entre 30 a 39 anos e 161 (4,5%) entre 40 e 55 anos; 2595 (99,0%) residiam em municípios da região central do estado (RS).

Quanto ao risco gestacional, 446 (13%) foram classificadas como habitual e 2977 (87%) de alto risco. Dentre os diagnósticos clínicos das mulheres classificadas como alto risco, evidenciou-se 662 (23,2%) casos de Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG), 651 (22,9%) de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), 610 (21,4%) de Pré-Eclâmpsia (PE), 392 (13,8%) de iteratividade (a partir de duas cesáreas), 197 (6,9%) de trabalho de parto prematuro (TPP) e 90 (3,1%) de restrição do crescimento fetal. Reitera-se que uma mulher poderia apresentar mais de um diagnóstico. A apresentação cefálica predominou em 2946 (93,6%) dos casos. Evoluíram para trabalho de parto espontâneo 1672 (66,1%) das gestantes.

Com relação à caracterização do histórico

obstétrico, quanto à paridade ($n=3501$), tem-se que 1177 (33,6%) eram nulíparas e 2324 (66,4%) multíparas; 3387 (98,0%) gestação única. Acerca da Idade Gestacional (IG), 2831 (82,6%) foram classificadas como gestação a termo, acima 37 semanas. No acompanhamento do trabalho de parto, observa-se que 2063 (74,6%) parturientes foram submetidas à punção venosa, 1512 (55,1%) foram submetidas a algum tipo de indução do parto, sendo os mais utilizados: o misoprostol, seguido de ocitocina endovenosa e Sonda Foley (SF). Relacionado ao desfecho de parto, ocorreram 1996 (56,3%) cesáreas e 1549 (43,7%) partos vaginais (PV). Quanto ao profissional obstétrico que assistiu ao parto, 2946 (99,9%) dos partos foram realizados por médicos e 80 (2,7%) por EO. A Tabela 1 apresenta as variáveis acerca da caracterização da assistência prestada à mulher e ao RN no processo de parto e nascimento.

Dos RN ($n=3618$), verificou-se gestação múltipla (2%) e natimorto (0,3%). Na assistência prestada na primeira hora de vida (hora ouro) ($n=3348$), 2368 (68,6%) tiveram o clameamento oportuno do cordão umbilical, 2786 (83,8%) foram colocados em contato pele a pele (CPP) com a mãe, quando isso não ocorreu, as justificativas foram: 28 (0,8%) por condições maternas; 256 (7,7%) por condições do RN; e 163 (4,9%) internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). 2741 (81,5%) foram amamentados na primeira hora de vida e, entre aqueles que não foram amamentados, têm-se: 425 (12,6%) RN com condições clínicas desfavoráveis, por exemplo, necessidade de suporte ventilatório; 38 (1,1%) por condições maternas desfavoráveis, por exemplo, nas situações de síndromes hemorrágicas no pós-parto, e 95 (2,8%) amamentação foi contraindicada (Tabela 1).

Reitera-se que há variação no total do “n” analisado de cada variável devido à ausência de informações no documento avaliado (lista de verificação de parto seguro).

Tabela 1. Caracterização da assistência prestada à mulher e ao RN no processo de parto e nascimento (N= 3547). Santa Maria, RS, Brasil, 2020 e 2021

Variáveis	Categorias	N (%)
Assistência prestada à mulher		
Punção venosa	Sim	2063 (74,6)
	Não	704 (25,4)
Fisioterapia no TP	Sim	707 (20,0)

	Não	2834 (80,0)
Dieta		
	Livre	1694 (56,5)
	Líquida	107 (3,6)
	Zero	1197 (39,9)
Indução do TP		
Misoprostol	Sim	784 (30,4)
	Não	1795 (69,6)
Ocitocina	Sim	707 (27,4)
	Não	1872 (72,6)
Sonda Foley	Sim	22 (0,9)
	Não	2557 (99,1)
Analgesia de parto	Sim	38 (1,6)
	Não	2392 (98,4)
Episiotomia	Sim	212 (8,2)
	Não	2372 (91,8)
	Cesariana	1996 (56,3)
	Vaginal	1549 (43,7)
Profissional que assistiu ao parto		
Médico(a)	Sim	2946 (99,9)
	Não	2 (0,1)
Enfermeira Obstétrica	Sim	80 (2,7)
	Não	2868 (97,3)
Posição no período expulsivo		
	Litotômica	948 (62,8)
	Deitada	538 (35,6)
	Cócoras	13 (0,9)
	4 apoios	6 (0,4)
	Sentada	1 (0,1)
	Outro	3 (0,2)
Laceração		
	1º grau	492 (61,0)
	2º grau	297 (36,8)
	3º e 4º grau	18 (2,2)
Assistências prestada ao RN		
Tempo do clampeamento do cordão umbilical		
	≤1 minuto	1083 (31,4)
	≥1 minuto	2368 (68,6)
Contato pele a pele		
	Sim	2786 (83,8)
	Não	536 (16,2)
Peso ao nascer		
	≤ 2500 g	431 (13,2)
	≥2500 g	2824 (86,8)
Capurro		
	≤37 semanas	664 (19,8)
	≥37 semanas	2696 (80,2)
Amamentação na 1ª hora de vida		
	Sim	2741 (81,5)
	Não	621 (18,5)

Legenda: N (população analisada; TP (trabalho de parto); PV (parto vaginal); EO (Enfermeira Obstétrica).

Quanto à associação entre variáveis de assistência à mulher e ao RN no processo de parto e nascimento com desfecho do parto, evidencia-se que a assistência prestada ao RN na hora ouro e via de parto apresentou significância estatística ($p < 0,001$). Houve clampeamento oportuno do cordão umbilical, tempo maior ou igual a um minuto, em 1285 (65,7%) dos nascimentos via cesárea e em 1082 (72,4%) via PV. Ainda, dos RN nascidos de PV, 1285 (89,2%) foram colocados em CPP com a mãe e 1264 (86,8%) foram amamentados na

primeira hora. Desta forma, observa-se que há maior número de clampeamento oportuno de cordão umbilical, amamentação e CPP na hora ouro, quando o desfecho da via de parto é vaginal (Tabela 2).

Acerca da classificação de Robson e via de parto, foi significativamente estatística a associação entre as variáveis correspondentes aos grupos um, três e quatro, quando relacionada ao desfecho de PV, bem como ao grupo cinco e seis a dez no desfecho de cesárea (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre variáveis acerca da assistência à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento (N= 3547). Santa Maria, RS, Brasil, 2020 e 2021

Variáveis	Categorias	Cesárea N (%)	Parto Vaginal N (%)	p
Assistência ao RN				
Tempo de clampeamento do cordão umbilical	<1 min*	671 (34,3)	412 (27,6)	0,001
	>1 min*	1285 (65,7)	1082 (72,4)	
Amamentou na 1ª hora de vida	Sim	1476 (77,5)	1264 (86,8)	0,001
	Não	428 (22,5)	193 (13,2)	
Contato pele a pele	Sim	1500 (79,8)	1285 (89,2)	0,001
	Não	380 (20,2)	156 (10,8)	
Classificação de Robson***				
	Grupo 1	171 (38,3)	276 (61,7)	**
	Grupo 2	244 (52,0)	225 (48,0)	
	Grupo 3	72 (15,8)	385 (84,2)	**
	Grupo 4	106 (31,5)	231 (68,5)	**
	Grupo 5	806 (86,3)	128 (13,7)	**
	Grupo 6 a 10	481 (68,3)	223 (31,7)	**

Legenda: N (população analisada); ** (Os valores em negrito apresentam associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), conforme a análise de resíduo ajustado padronizado); ***Grupo 1: Nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo, Grupo 2: Nulípara, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto, Grupo 3: Multipara (excluindo cesárea prévia), gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas em trabalho de parto espontâneo, Grupo 4: Multipara (excluindo cesárea prévia), gestação única, cefálica ≥ 37 semanas, com indução ou cesárea anterior ao trabalho de parto, Grupo 5: Com cesárea prévia, gestação única, cefálica, ≥ 37 semanas, Grupo 6: Todos partos pélvicos em nulíparas, Grupo 7: Todos partos pélvicos em multiparas (incluindo cesárea prévia), Grupo 8: Todas gestações múltiplas (incluindo cesárea prévia), Grupo 9: Todas as apresentações anormais (incluindo cesárea prévia), Grupo 10: Todas gestações únicas, cefálicas, < 37 semanas (incluindo cesárea prévia).

A associação entre o uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento e PV evidencia significância estatística relacionada às seguintes variáveis: liberdade de posição, aromaterapia e banho de aspersão ($p < 0,05$). Outras tecnologias também foram utilizadas,

como: bolsa térmica, musicoterapia, mobilização pélvica, penumbra, deambular, agachamento, posição borboleta e escalda pés, contudo, destas nenhuma apresentou significância estatística (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre o uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento e o desfecho de parto vaginal (N=1787). Santa Maria, RS, Brasil, 2020 e 2021

Tecnologias não invasivas de cuidado	Categorias	Parto Vaginal N (%)	p
Liberdade de posição	Sim	1067 (71,3)	0,001
	Não	160 (55,2)	
Aromaterapia	Sim	51 (87,9)	0,001
	Não	1176 (68,0)	
Banho de aspersão	Sim	572 (66,2)	0,032
	Não	655 (71,0)	
Exercício de respiração	Sim	502 (71,1)	0,076
	Não	725 (67,1)	
Massagem	Sim	266 (71,9)	0,148
	Não	961 (67,8)	
Banqueta	Sim	55 (75,3)	0,247
	Não	1172 (68,4)	
Cavalinho	Sim	210 (66,0)	0,286
	Não	1017 (69,2)	
Bola suíça	Sim	444 (67,2)	0,316
	Não	783 (69,5)	
Bolsa térmica	Sim	10 (58,8)	0,432
	Não	1217 (68,8)	

Legenda: N (população analisada).

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados, e considerando o período histórico no qual os dados foram coletados (pandemia da COVID-19), observa-se que as boas práticas na atenção ao parto e nascimento são desenvolvidas no serviço cenário do estudo, demonstradas a partir da análise estatística com resultados positivos significativos para o PV.

As variáveis analisadas evidenciam que a maioria das gestantes têm idade entre 20 a 39 anos, esse resultado vai ao encontro da pesquisa Nacer no Brasil, em que 70% das mulheres se reproduzem nessa faixa etária⁽¹⁰⁾. Contudo, dados do Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos revelam que ao longo dos anos houve um aumento dos nascimentos de mães com idade entre 30 a 34 anos⁽¹¹⁾. Esse fato pode ser relacionado à ascensão profissional feminina, com a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, interferindo

significativamente na decisão de quando o casal vai gestar, ocasionando em uma gestação tardia⁽¹²⁾.

O rastreamento para estratificação de risco obstétrico deve ser realizado de forma contínua em todas as oportunidades de acesso à gestante durante o pré-natal. Identificar os riscos de forma precoce é um dos fatores determinantes para a redução da mortalidade materna e perinatal. Entre os diagnósticos clínicos da Gestação de Alto Risco (GAR), estão: as síndromes hipertensivas (SHEG e PE), DMG, restrição do crescimento fetal, infecção urinária alta, oligoâmnio/polidrâmnio, placenta prévia, entre outros⁽¹³⁾. Algumas destas condições também foram encontradas nesta pesquisa, destacando-se as três primeiras.

As complicações da GAR representam maior potencial no desenvolvimento de patologias com possível desfecho negativo ou óbito materno-fetal. Desta forma, entre elas está a prematuridade, sua ocorrência é grande em todo mundo e no Brasil

está em torno de 11%. O parto pré-termo é aquele que ocorre em até 36 semanas e 6 dias de IG, cujas complicações da prematuridade são a maior causa de morte neonatal⁽¹⁴⁾. Evidenciou-se neste estudo que 19,8% dos RN foram considerados prematuros a partir da avaliação do capurro.

O elevado número de nascimentos de bebês prematuros reflete o acesso aos serviços e a qualidade da assistência ofertada à gestante e ao seu parceiro durante o pré-natal, reforçando a necessidade de atenção dos profissionais de saúde às mulheres durante a gravidez. Torna-se essencial a orientação sobre cuidados de saúde e o desenvolvimento dos bons hábitos de vida, a fim de reduzir a ocorrência de complicações durante a gestação, parto e pós-parto⁽¹⁵⁾.

Dentre os profissionais de saúde que atuam na atenção obstétrica, destaca-se a relevância da atuação da EO, a qual deve ter suas ações pautadas nas boas práticas de assistência do parto e nascimento, em conformidade com o preconizado pelas políticas públicas de saúde nacionais e internacionais. Contribuindo, dessa forma, para o aumento dos índices de PV e estimulando a autonomia da mulher como ser ativo no seu processo de gestar e parir⁽⁶⁾.

O PV é um processo fisiológico e natural que pode ser vivenciado sem complicações pela maioria das mulheres e RN. A inserção e consolidação da EO são um potencial para mudanças no modelo assistencial obstétrico vigente⁽¹⁶⁾. Os resultados deste estudo apontam que somente 2,7% dos PVs ocorridos no cenário do estudo foram assistidos por EO. Questões relacionadas ao dimensionamento pessoal reduzido de EO implicam na atuação específica dessas profissionais.

Estudo apontou que as principais dificuldades de inserção das EO durante o processo de parto e nascimento podem estar relacionadas com: a carência de profissionais especializados; ausência de espaço para atuação e autonomia da EO, inclusive processo de trabalho com base na dominação e poder e/ou gênero devem ser considerados; aspectos político-partidários influenciando na gestão institucional; conflito de atuação com os médicos obstetras; e falta de enfermeiros na sala de parto⁽¹⁷⁾. O parto deve acontecer no mesmo cenário de trabalho de parto, ou seja, leito pré-parto, parto e pós-parto (PPP). Quando se estabelece um local diferente para parir,

o processo fisiológico pode estar comprometido.

No que tange à assistência ao RN, a *Golden Hour* ou hora ouro é definida como a primeira hora de vida pós-natal em RN prematuros e a termo. Esse conceito em neonatologia inclui a prática de todas as intervenções baseadas em evidências a fim de melhores resultados a curto e a longo prazo⁽¹⁸⁾. O clampeamento oportuno do cordão umbilical, o CPP e a amamentação na primeira hora de vida são importantes práticas recomendadas na *Golden Hour*⁽⁶⁾.

O tempo de clampeamento do cordão está associado à transfusão placentária e tem efeitos na transição cardiovascular ao nascimento, implicando na melhora da saturação, atenuando a oscilação da pressão arterial e no fluxo sanguíneo cerebral. O clampeamento oportuno do cordão umbilical é aquele que ocorre entre o primeiro e o terceiro minuto após o nascimento ou após cessar a pulsação do cordão umbilical. Nos casos de RN prematuro, o clampeamento tardio também é indicado, com base nas recomendações das sociedades científicas que estão pautadas nas melhores evidências⁽¹⁹⁾. Essa recomendação é uma prática consolidada no cenário do estudo, em que mais de 68% do RN receberam o clampeamento em tempo oportuno.

Durante o período de espera para o clampeamento, o neonato com boa vitalidade pode ser colocado em CPP sob o abdome ou no tórax materno durante a primeira hora após o nascimento. Os benefícios desta prática estão relacionados à prevenção da hipotermia, facilita a colonização do RN pela flora da pele de sua mãe, auxilia na regulação do padrão respiratório e circulatório do RN^(6,20). O presente estudo identificou que 15% dos nascimentos não tiveram clampeamento tardio do cordão umbilical, no entanto, mãe-filho estiveram em CPP, representando em mais de 86% dos casos. A efetividade do clampeamento oportuno do cordão umbilical está significativamente associada ao CPP, o qual serve como fator de proteção para a realização oportuna do clampeamento, reduzindo em 24% a probabilidade de ocorrência de clampeamento precoce⁽²¹⁾.

Além disso, o CPP promove a amamentação na primeira hora de vida, sendo essa a 4ª recomendação da OMS⁽⁶⁾, é indicada para todos os RN, incluindo bebês com baixo peso, desde que consiga amamentar e estejam clinicamente

estáveis, além disso, tanto o CPP quanto a amamentação são práticas que fortalecem o vínculo mãe-filho^(6, 20, 22), esse resultado vai ao encontro dos achados do presente estudo, apresentando a via de parto vaginal como um fator proteção para o início precoce da amamentação.

Na presente pesquisa, evidenciou-se (Tabela 2) que os nascimentos via vaginal apresentam maiores chances de ocorrência do clampeamento oportuno do cordão umbilical, estímulo do CPP e a amamentação na primeira hora após o nascimento, quando comparado à cesariana. O desenvolvimento da diretriz internacional conclui que o CPP imediato e ininterrupto deve ser um cuidado padronizado independente da via de parto e em detrimento aos cuidados de rotina não essenciais, o qual é seguro e contribui com as adaptações fisiológicas do RN⁽²³⁾. A cesariana pode ser um fator limitante para a realização do CPP, podendo atrasar o início da amamentação e encurtar a duração do aleitamento materno exclusivo, e, apesar das boas práticas estarem sendo cada vez mais implementadas, ainda são observadas dificuldades na adesão quando se trata de cesariana⁽²⁴⁾.

Acerca da cesariana, a OMS considera adequada a taxa de ocorrência entre 10 a 15%⁽²⁵⁾, contudo, observa-se um elevado número de cesáreas no mundo, correspondendo a 21,1%, o Brasil se destaca em segundo lugar com 55,7%, ficando atrás apenas da República Dominicana que supera com 58,1%⁽²⁶⁾. Diante disso, tem-se a classificação de Robson como um instrumento para avaliar, monitorar e comparar indicadores entre serviços ou ao longo de tempo em um serviço, esclarecendo requisitos para a indicação da cesariana nas instituições de saúde. Está organizada em dez grupos, baseadas em seis variáveis obstétricas básicas: paridade, número de fetos, cesariana anterior, início do trabalho de parto, idade gestacional e apresentação fetal. A mulher deve ser classificada em apenas um grupo. Os achados desta pesquisa estão de acordo com os grupos e seu desfecho de parto, seguindo as recomendações da OMS, agrupando gestantes conforme suas características obstétricas, evitando-se, desta forma, cesarianas desnecessárias⁽²⁵⁾.

As tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento têm em vista auxiliar a evolução do trabalho de parto e parto e também proporcionar alívio da dor e desconforto

nesse período, se configurando como um cuidado de enfermagem que se baseia na concepção de desmedicalização⁽²⁷⁾. A oferta destas tecnologias faz parte da 21ª e 22ª recomendações da OMS⁽⁶⁾, as quais incluem: fisioterapia durante o trabalho de parto, liberdade de posição, deambulação livre, exercícios respiratórios, massagem, banho de imersão, acupuntura, bola suíça, entre outros⁽²⁷⁾.

Neste estudo, as variáveis liberdade de posição, aromaterapia e banho de aspersão apresentaram relação com o desfecho de PV. A liberdade de posição durante trabalho de parto e parto implica em benefícios como minimizar a percepção da dor materna, destacando um aumento de conforto, bem-estar e satisfação por parte da parturiente ao realizar a deambulação. Ensaio clínico randomizado desenvolvido no sul da Jordânia evidencia que está prática teve um impacto positivo nos desfechos maternos, sem impacto negativo nos desfechos neonatais, além de produzir melhores resultados clínicos e econômicos⁽²⁸⁾.

A aromaterapia, a partir do uso de óleos essenciais, foi evidenciada como benéfica para o alívio da dor e diminuição da ansiedade, podendo ser aplicada de forma única ou associada a outras terapias e apresenta baixo custo para sua implementação. Contudo, é uma prática ainda pouco difundida, indicando a necessidade de qualificação profissional para utilização dessa tecnologia⁽²⁹⁾.

Outra tecnologia é o banho quente, seja de aspersão ou imersão, é uma técnica não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial, favorece o alívio da dor, e quando associada a outras tecnologias, pode aumentar a frequência das contrações uterinas e reduzir a duração do TP⁽³⁰⁾. Esta também se configura como uma prática de baixo custo e complexidade, entretanto, se reconhece que há necessidade de investimento na melhoria de infraestrutura dos centros obstétricos, visto que por vezes a quantidade de banheiros (chuveiros) disponíveis não comporta o número de parturientes necessitando do seu uso ao mesmo tempo. E, ainda mais difícil, a disponibilidade de banheiras para banho de imersão. O banho de aspersão e uso da bola suíça, além de promoverem um alívio significativo da dor, também acarretam no relaxamento da parturiente, diminuindo o tempo do TP, aumentam as contrações uterinas, auxiliam na dilatação cervical e também na descida fetal, dentre outros benefícios⁽²⁷⁾.

A limitação encontrada neste estudo se refere à incompletude de algumas informações nos documentos utilizados como fonte para coleta de dados, isso devido a falhas de preenchimento e que não foram possíveis de serem recuperadas. Isso impacta na análise dos dados, revelando a importância do preenchimento das informações que representam a qualidade da assistência prestada no serviço.

CONCLUSÃO

Os resultados desta investigação revelam os avanços no campo da saúde e da enfermagem no cenário obstétrico, considerando um contexto hospitalar de referência para gestação de alto risco que, embora historicamente caracterizado por uma abordagem intervencionista, tem direcionado esforços e investimentos para a adoção de práticas humanizadas e alinhadas às diretrizes atuais de atenção obstétrica. As análises indicam que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido

está alinhada às diretrizes e recomendações nacionais e internacionais, contribuindo de forma significativa para o fortalecimento e a consolidação dos padrões de qualidade na atenção obstétrica.

Os achados desta investigação permitiram analisar a assistência prestada à mulher e ao RN e a relevância dos resultados consistem na indicação de que as boas práticas na atenção ao parto e nascimento estão presentes no cenário do estudo associadas ao PV. Entretanto, as evidências apontam a necessidade de redução de práticas assistenciais não recomendadas, como: punção venosa como rotina, episiotomia e posição de litotomia no período expulsivo. Ainda, aponta para a relevância de intensificar práticas recomendadas, como: demais posições no período expulsivo de livre escolha da mulher, clampeamento oportuno do cordão umbilical, CPP e amamentação na primeira hora de vida, e a atuação de EO na assistência ao parto vaginal de risco habitual.

ANALYSIS OF THE CARE PROVIDED TO WOMEN AND NEWBORNS DURING DELIVERY AND BIRTH

RESUMO

Objective: to analyze the care provided to women and newborns during the labor and birth process. **Method:** a cross-sectional study using secondary data from 2020–2021, obtained from delivery monitoring forms of 3,547 women assisted at a university hospital in southern Brazil. Data analysis was descriptive and inferential, following approval by the ethics committee. **Results:** vaginal delivery showed a statistically significant association with timely umbilical cord clamping, breastfeeding, and skin-to-skin contact ($p < 0.001$); Robson classification groups 1, 3, and 4 ($p < 0.001$); freedom of position, aromatherapy, and immersion bathing ($p < 0.05$). Physicians (99.9%) mostly attended deliveries, with the lithotomy position used during the expulsive phase (62.82%) and episiotomy performed in 8.2% of cases. **Conclusion:** good practices in delivery and birth care are implemented in this service and were associated with vaginal delivery; however, it is necessary to reduce the incidence of the lithotomy position and episiotomy and to expand the role of obstetric nurses.

Keywords: Nursing. Women's Health. Delivery. Obstetric Nursing. Perinatal Care.

ANÁLISIS DE LA ASISTENCIA PRESTADA A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO EN EL PROCESO DE PARTO Y NACIMIENTO

RESUMEN

Objetivo: analizar la asistencia prestada a la mujer y al recién nacido en el proceso de parto y nacimiento. **Método:** estudio transversal, con datos secundarios de los años 2020-2021, obtenidos por medio de fichas de monitoreo del parto de 3547 mujeres asistidas en un hospital universitario del Sur de Brasil. El análisis de los datos fue descriptivo e inferencial, después de la aprobación del comité de ética. **Resultados:** el parto vaginal obtuvo asociación estadísticamente significativa con: pinzamiento oportuno del cordón umbilical, lactancia y contacto piel a piel ($p < 0,001$); Clasificación de Robson 1, 3 y 4 ($p < 0,001$); libertad de posición, aromaterapia y baño en ducha ($p < 0,05$). Partos asistidos por médicos (99,9%), con posición de litotomía en el período expulsivo (62,82%) y episiotomía (8,2%). **Conclusión:** las buenas prácticas en la atención al parto y nacimiento se desarrollan en este servicio y se asociaron al parto vaginal, sin embargo se hace necesario reducir la incidencia de posición de litotomía y episiotomía y ampliar la actuación de la enfermera obstétrica.

Palabras clave: Enfermería. Salud de la mujer. Parto. Enfermería Obstétrica. Asistencia Perinatal.

REFERÊNCIAS

1. Aguiar C de A, Lopes GA, Bussadori JC de C, Leister N, Riesco MLG, Alonso BD. Modelo de atenção em centros de parto normal peri-hospitalares brasileiros: uma revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva*. 2025. 30(1):e09382023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.09382023>
2. Medeiros R de C da S, Nascimento EGC do. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. *Rev Estud Fem*. 2022. 30:e71008. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n371008>
3. Organização Mundial da Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático [site de Internet]. Genebra; 1996 [citado em 20 ago 2022]. 63 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf
4. Rodrigues DP, Alves VH, Silva AM, Penna LHG, Vieira BDG, Silva SÉD da, et al. Women's perception of labor and birth care: obstacles to humanization. *Rev Bras Enferm*. 2022. 75:e20210215. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0215>
5. Backes MTS, Carvalho KM de, Ribeiro LN, Amorim TS, Santos EKA dos, Backes DS. A prevalência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2021. 74:e20200689. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689>
6. World Health Organization. Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [site de Internet]. Geneva; 2018 [citado em 20 ago 2022]. 210 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
7. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública*. 2019. 35:e00223018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
8. Souza KCR, Silva TPR, Damasceno AK de C, Manzo BF, Souza KV, Filipe MML, et al. Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021. 21:618. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04092-x>
9. Vidal AT, Barreto JOM, Rattner D. Barriers to implementing childbirth recommendations in Brazil: the women's perspective. *Rev Panam Salud Publica*. 2021. 45:e17. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.17>
10. Leal M do C, Granado S, Bittencourt S, Esteves AP, Caetano K. Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023 [site de Internet]. Rio de Janeiro; 2023 [citado em 14 mar 2024]. 33 p. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf>
11. Ministério da Saúde (Br). Paineis de Monitoramento de Nascidos Vivos [site de Internet]. Departamento de análise epidemiológica e vigilância de doenças não transmissíveis. Secretaria de vigilância em saúde e meio ambiente; 2023 [citado em 20 nov 2023]. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>
12. Maloney SI, Abresch C, Grimm B, Lyons K, Tibbits M. Factors associated with giving birth at advanced maternal age in the United States. *Midwifery*. 2021. 98:102975. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102975>
13. Correa-de-Araujo R, Yoon SS. Clinical Outcomes in High-Risk Pregnancies Due to Advanced Maternal Age. *Journal of Women's Health*. 2021. 30(2):160–7. DOI: <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8860>
14. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 20 nov 2023]. 692 p. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf
15. Ye CX, Chen SB, Wang TT, Zhang SM, Qin JB, Chen LZ. Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*. 2021. 15:23(12):1242–9. DOI: <https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2108015>
16. Dulfé PAM, Crespo NCT, Almeida VLM, Alves VH, Pereira AV, Rodrigues DP, et al. Assistência da enfermeira obstétrica ao parto e nascimento: uma revisão sistemática. *Revista Saúde*. 2022. 48:44323-17. DOI: <https://doi.org/10.5902/223658344323>
17. Ferreira RN, Vargas MA de O, Velho MB, Zocche DA de A, Rabelo M, Nhime ASS. Identidade profissional e limitação da autonomia da Enfermeira Obstetra em hospital de ensino: estudo qualitativo. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2024. 28:e20240064. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0064pt>
18. Lamary M, Bertoni CB, Schwabenbauer K, Ibrahim J. Neonatal Golden Hour: a review of current best practices and available evidence. *Curr Opin Pediatr*. 2023. 35(2):209-217. DOI: <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000001224>
19. Surak A, Elsayed Y. Delayed cord clamping: Time for physiologic implementation. *J Neonatal Perinatal Med*. 2022. 15(1):19-27. DOI: <https://doi.org/10.3233/NPM-210745>
20. Brimdyr K, Stevens J, Svensson K, Blair A, Turner-Maffei C, Grady J, et al. Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica*. 2023. 112(8):1633–43. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.16842>
21. Strada JKR, Vieira LB, Gouveia HG, Betti T, Wegner W, Pedron CD. Factors associated with umbilical cord clamping in term newborns. *Rev esc enferm USP*. 2022. 56:e20210423. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0423>
22. Canario MA dos SS, Maria Aparecida Baggio, Caldeira S, Maciel Cardelli AA, Valongo Zani A, Pimenta RA. Boas práticas e intervenções no parto em maternidades públicas de referência. *Ciênc. cuid. saúde*. 2024. 230. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v23i0.68452>
23. Brimdyr K, Stevens J, Svensson K, Blair A, Turner-Maffei C, Grady J, et al. Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatr*. 2023. 112(8):1633–43. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.16842>
24. Getaneh T, Negesse A, Dessie G, Desta M, Temesgen H, Getu T, Gelaye K. Impact of cesarean section on timely initiation of breastfeeding in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2021. 5:16(1):51. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00399-9>
25. Organização Mundial de Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [site de Internet]. Suíça, 2015 [citado em 10 nov 2024]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15_02_por.pdf?sequence=3
26. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*. 2021. 6(6):e005671. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
27. Prata JA, Pamplona ND, Progiatti JM, Mouta RJO, Correia LM, Pereira AL de F. Tecnologias não invasivas de cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: contribuições terapêuticas. *Esc Anna Nery*. 2021. 26:e20210182. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0182>
28. Khresheh R, Mosleh S, Shoirat N, Mahasneh D, Lesley Barclay AO. Effects of Ambulation during the First Stage of Labor on Maternal and Neonatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Nursing and Midwifery Studies*. 2023. 12(1):1. DOI:

10.4103/nms.nms_18_22

29. Kaya A, Yeşildere Sağlam H, Karadağ E, Gürsoy E. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X. 2023. 20:100255. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100255>

30. Biana CB, Cecagno D, Porto AR, Cecagno S, Marques VA, Soares MC. Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021. 55:e03681. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019703681>

Endereço para correspondência: Tassiane Ferreira Langendorf. Av. Roraima nº 1000 Cidade Universitária Bairro - Camobi, Santa Maria - RS, 97105-900. Telefone: (55) 999954956, Email: tassi.lang@gmail.com

Data de recebimento: 11/03/2025

Data de aprovação: 07/11/2025

Apoio Financeiro:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Brasil (BR) – Código De Financiamento 001.