

Enferm Bras. 2023;22(6):1060-88

doi: [10.33233/eb.v22i6.5265](https://doi.org/10.33233/eb.v22i6.5265)

REVISÃO

Contribuição da residência em enfermagem obstétrica para a assistência no Brasil: uma revisão de literatura

Danielle Castro Janzen, Débora Sangiugio Zuliane, Luíza Csordas Peixinho Silva, Luana Vitro Barreto, Eduarda Ferreira Silva

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Recebido em: 29 de agosto de 2022; Aceito em: 10 de outubro de 2023.

Correspondência: Danielle Castro Janzen, danielle.janzen@unifesp.br

Como citar

Janzen DC, Zuliane DS, Silva LCP, Barreto LV, Silva EF. Contribuição da residência em enfermagem obstétrica para a assistência no Brasil: uma revisão de literatura. *Enferm Bras.* 2023;22(6):1060-88. doi: [10.33233/eb.v22i6.5265](https://doi.org/10.33233/eb.v22i6.5265)

Resumo

Introdução: Os enfermeiros obstetras, formados a partir da modalidade residência, tendem a contribuir de forma ímpar sobre o cenário obstétrico, possuindo competência para atuar sobre os campos da saúde sexual, reprodutivo, materno e neonatal, possuindo ênfase em parto e nascimento, contribuindo para uma assistência obstétrica de qualidade e satisfatória a sua clientela, reduzindo danos, complicações e intervenções desnecessárias. **Objetivo:** Identificar na literatura quais as mudanças que ocorreram no panorama nacional obstétrico desde a implantação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica no Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual foram consultadas as bases de dados Lilacs, Scielo e BDNF, acessados via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores controlados, utilizados na estratégia de busca, foram selecionados no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), sendo “Internato não médico”, “Enfermagem obstétrica”, “Educação em enfermagem” e “Trabalho de parto”. O espaço de tempo escolhido foi de 2013, quando a residência em enfermagem obstétrica foi criada, até o ano de 2018. **Resultados:** As enfermeiras obstétricas vêm utilizando os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. Foi encontrado na maioria dos resultados a inserção do

acompanhante (60%), assim como foi evidenciado na maioria dos resultados, traumas perineais de baixa gravidade e episiotomia seletivas (80%). Foi identificada boa vitalidade ao nascer (Índice de Apgar superior a 7 no primeiro minuto de vida) na maior parte dos estudos (60%). Relata-se a respeito da posição verticalizada da parturiente no momento do parto em 60% dos estudos. O clampeamento oportuno do cordão umbilical e o contato pele a pele foram citados em apenas 40% dos estudos, enquanto que o aleitamento materno na primeira hora de vida em apenas 20% dos estudos. **Conclusão:** A maioria das práticas assistenciais realizadas pelas residentes de enfermagem obstétrica ou pelos enfermeiros egressos formados na modalidade residência está de acordo com as recomendações técnicas da OMS para o parto normal, no entanto, ainda são necessários avanços na assistência, visto que foram encontradas práticas inadequadas na assistência obstétrica.

Palavras-chave: internato não médico; enfermagem obstétrica; educação em enfermagem; trabalho de parto.

Abstract

Contribution of residence in obstetric nursing to care in Brazil: a literature review

Introduction: Obstetric nurses, trained from the residency modality, tend to contribute in a unique way on the obstetric scenario, having competence to act in the fields of sexual, reproductive, maternal and neonatal health, with an emphasis on childbirth and birth, contributing to quality and satisfactory obstetric care to its clientele, reducing damage, complications and unnecessary interventions. **Objective:** To identify in the literature what changes have occurred in the national obstetric panorama since the implementation of the National Residency Program in Obstetric Nursing in Brazil. **Methods:** This is an integrative literature review, where the Lilacs, Scielo and BDEF databases were consulted, accessed via the Virtual Health Library (VHL). The controlled descriptors, used in the search strategy, were selected in the DeCs (Health Sciences Descriptors), being "Non-medical internship", "Obstetric nursing", "Nursing education" and "Labor". The chosen time period was from 2013, when the obstetric nursing residency was created, until 2018. **Results:** Obstetric nurses have been using non-pharmacological methods for pain relief during labor. In most of the results, the insertion of the companion (60%) was found, as was evidenced in most of the results, low-severity perineal trauma and selective episiotomy (80%). Good vitality at birth (Apgar score greater than 7 in the first minute of life) was identified in most studies (60%). It is reported about the upright position of the parturient at the time of delivery in 60% of the studies. Timely clamping of the umbilical cord and skin-to-skin contact were mentioned in only 40% of the studies, while breastfeeding in the first hour of life in only 20% of the studies. **Conclusion:** The

majority of care practices performed by obstetric nursing residents or by nurses graduating from the residency modality are in accordance with the WHO technical recommendations for normal childbirth, however, advances in care are still needed, as practices have been found inadequate obstetric care.

Keywords: non-medical internship; obstetric nursing; nursing education; obstetric labor.

Resumen

Contribución de la residencia en la enfermería obstétrica para cuidar en Brasil: una revisión de la literatura

Introducción: Las enfermeras obstétricas, capacitadas en la modalidad de residencia, tienden a contribuir de manera única en el escenario obstétrico, teniendo competencia para actuar en los campos de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, con énfasis en el parto y el nacimiento, contribuyendo a atención obstétrica de calidad y satisfactoria para su clientela, reduciendo daños, complicaciones e intervenciones innecesarias. *Objetivo:* Identificar en la literatura qué cambios se han producido en el panorama obstétrico nacional desde la implementación del Programa de residencia nacional en enfermería obstétrica en Brasil. *Métodos:* Esta es una revisión de literatura integradora, donde se consultaron las bases de datos Lilacs, Scielo y BDEFN, a las que se accedió a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Los descriptores controlados, utilizados en la estrategia de búsqueda, se seleccionaron en los DeCs (Descriptores de Ciencias de la Salud), siendo "Pasantía no médica", "Enfermería obstétrica", "Educación en enfermería" y "Trabajo". El período de tiempo elegido fue desde 2013, cuando se creó la residencia de enfermería obstétrica, hasta 2018. *Resultados:* Las enfermeras obstétricas han estado utilizando métodos no farmacológicos para aliviar el dolor durante el parto. En la mayoría de los resultados, se encontró la inserción del acompañante (60%), como se evidencia en la mayoría de los resultados, traumatismo perineal de baja gravedad y episiotomía selectiva (80%). En la mayoría de los estudios (60%) se identificó una buena vitalidad al nacer (puntuación de Apgar superior a 7 en el primer minuto de vida). Se informa sobre la posición erguida del parto en el momento del parto en el 60% de los estudios. La sujeción oportuna del cordón umbilical y el contacto piel con piel se mencionaron en solo el 40% de los estudios, mientras que la lactancia materna en la primera hora de vida en solo el 20% de los estudios. *Conclusión:* La mayoría de las prácticas de atención realizadas por residentes de enfermería obstétrica o por enfermeras que se gradúan de la modalidad de residencia están de acuerdo con las recomendaciones técnicas de la OMS para el parto normal, sin embargo, aún se necesitan avances en la atención, ya que se han encontrado prácticas atención obstétrica inadecuada

Palabras-clave: pasantía no médica; enfermería obstétrica; educación en enfermería; trabajo de parto.

Introdução

A mortalidade materna é um importante indicador da assistência à saúde das mulheres, das condições socioeconômicas do país e políticas públicas que promovem as ações de saúde coletiva e da qualidade de vida de sua população [1].

Acredita-se que a persistência desse elevado indicador possa ser consequência de um modelo intervencionista, pouco humanizado, no qual ainda prevalece o denominado modelo biomédico de atenção. O modelo de assistência obstétrica e neonatal atualmente legitimado na maioria dos países ocidentais entende o nascimento como uma questão médica, considerando todas as gestações como potencialmente patológicas, e o corpo da mulher como uma máquina imperfeita, que necessita de tecnologias para funcionar [1].

Infere-se, a partir desta premissa, que nascer no Brasil não tem sido uma experiência tão natural quanto deveria ser em tese. O parto vaginal, mais frequente nos estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções desnecessárias e danosas. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, quase sempre eletiva, vem se constituindo como uma opção para minimizar esse sofrimento [2].

Infelizmente, o Brasil se encontra em um cenário de intensa medicalização do processo de parto e nascimento, com 98% dos partos realizados em hospitais, com boa cobertura do pré-natal, mas ao mesmo tempo persistindo taxas elevadas de morbimortalidade materna, perinatal e infantil [3].

A pesquisa Nascer no Brasil (2014) revela que os partos normais tristemente vem permeados a excessos: episiotomias rotineiras, posições litotômicas, a infusão de ocitocina no trabalho de parto usada indiscriminadamente, manobra de Kristeller, aspiração de vias aéreas e gástrica dos recém-nascidos de rotina, não viabilização do contato pele a pele imediato entre mãe e bebê, clampeamento precoce do cordão umbilical sem que as condições exigissem, amamentação somente após a primeira hora de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que as práticas de atenção ao parto e ao nascimento devem estar baseadas em evidências científicas e na garantia de direitos, afirmando que o parto é um evento fisiológico que não necessita de controle, mas sim de cuidados [4].

Na tentativa de buscar melhorias na atenção à saúde da mulher e da criança relacionada ao período gestacional e pós-parto, foi criada em 2011, a Rede Cegonha, sendo definida como “uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis [2].

Em 2013, as autoridades do setor saúde, preocupados com a necessidade de alteração do modelo assistencial biomédico, e buscando promover mudanças no modelo de assistência obstétrica vigente no país, passa a estimular a inserção da enfermeira obstetra nas maternidades públicas [5].

Assim, instituem o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) criado em 27 de março de 2013, como uma ação estratégica que visa a qualificação da assistência às mulheres nos seus processos de saúde reprodutiva, assim como o aumento do contingente de profissionais norteados pelas evidências científicas, pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), pelas recomendações da Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela redução da Mortalidade [6].

A residência é uma modalidade de ensino em serviço baseada no princípio educativo do ensino na prática, e tem as instituições de saúde como espaços de formação privilegiados, sendo considerada a formação profissional que confere melhor capacitação técnica para prestar cuidados especializados, sobretudo às mulheres no trabalho de parto e parto [7].

Assim, os enfermeiros obstetras, formados a partir da modalidade residência, tendem a contribuir de forma ímpar sobre o cenário obstétrico, possuindo competência para atuar sobre os campos da saúde sexual, reprodutivo, materno e neonatal, possuindo ênfase em parto e nascimento, contribuindo para uma assistência obstétrica de qualidade e satisfatória a sua clientela, reduzindo danos, complicações e intervenções desnecessárias [7].

Partindo desse pressuposto, em que a enfermagem obstétrica busca repercutir positivamente sobre a saúde materno-infantil, faz-se a seguinte interrogação: Quais as contribuições que a residência em enfermagem obstétrica tem trazido para o cenário obstétrico, desde a sua implantação?

Objetivo

Identificar na literatura quais as mudanças que ocorreram no panorama nacional obstétrico desde a implantação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica no Brasil.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A revisão integrativa tem sido apontada como uma excelente ferramenta no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico [8]

Foi realizada a partir das seguintes etapas: 1 – definição de pergunta norteadora, 2 – definição dos critérios de elegibilidade; 3 – estratégia de busca nas bases de dados; 4 – análise crítica dos estudos incluídos; 5 – discussão dos resultados; e 6 – apresentação da revisão integrativa [8].

A pergunta norteadora que serviu como base para a revisão integrativa foi: Quais as contribuições que a residência em enfermagem obstétrica tem trazido para o cenário obstétrico, desde a sua implantação? Ela foi elaborada por meio da estratégia P.I.Co [12], em que o P corresponde aos participantes, I de fenômeno de interesse e Co ao contexto do estudo. Neste estudo, P corresponde a residentes de enfermagem obstétrica ou enfermeiros obstetras formados na modalidade de residência, I as contribuições da residência em enfermagem obstétrica, e Co ao cenário obstétrico de atuação.

Para eleição ao estudo, os artigos deveriam ser publicados na íntegra, disponíveis online nas bases de dados, publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola, porém de produção nacional. O espaço de tempo escolhido foi de 2013, quando a residência em enfermagem obstétrica foi criada, até o ano de 2018. Excluíram-se os manuais, guidelines, revisões de literatura e artigos duplicados, além daqueles que não mantinham relação com o objetivo da pesquisa, por meio da leitura do título e do resumo.

No processo de busca e seleção dos artigos, foram consultadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na Base de Dados em Enfermagem (BBENF), acessados pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os descritores controlados, utilizados na estratégia de busca, foram selecionados no DeCs (Descritores em Ciências da Saúde), sendo “Internato não médico”, “Enfermagem obstétrica”, “Educação em enfermagem” e “Trabalho de parto”. Utilizou-se o operador booleano “AND” para combinar os termos.

Em cada base de dados, foi realizado o cruzamento dos descritores controlados, para seleção das publicações e posterior revisão integrativa. Foi aplicada a seguinte estratégia de busca, aplicada a pergunta norteadora:

Quadro 1 - Estratégia P.I.Co e mecanismo de busca de dados

Pergunta norteadora – P.I.Co	
P - residentes de enfermagem obstétrica ou enfermeiros obstetras formados na modalidade de residência I - contribuições da residência em enfermagem obstétrica Co - cenário obstétrico de atuação	
LILACS	"Internato não médico" [Palavras] AND "enfermagem obstétrica" [Palavras] "Internato não médico" [Palavras] AND "educação em enfermagem" [Palavras] "Internato não médico" [Palavras] AND "trabalho de parto" [Palavras] "Enfermagem obstétrica" [Palavras] AND "trabalho de parto" [Palavras]
SCIELO	(Internato não médico) AND (enfermagem obstétrica) (Internato não médico) AND (educação em enfermagem) (Internato não médico) AND (trabalho de parto) ((enfermagem obstétrica) AND (trabalho de parto))
BDENF	"Internato não médico" [Palavras] AND "enfermagem obstétrica" [Palavras] "Internato não médico" [Palavras] AND "educação em enfermagem" [Palavras] "Internato não médico" [Palavras] AND "trabalho de parto" [Palavras] "Enfermagem obstétrica" [Palavras] AND "trabalho de parto" [Palavras]

Após os cruzamentos, foram identificados 97 artigos na base de dados Lilacs, 94 artigos na base de dados Scielo e 105 artigos na base de dados BDENF, totalizando 296 publicações.

Considerando o período estipulado para a pesquisa (2013-2018), foi feito um recorte temporal, e foram excluídos do estudo 197 artigos, além de 7 artigos duplicados e 1 artigo de revisão de literatura, os quais atenderam aos critérios de exclusão do trabalho.

Após a triagem, foram selecionados 91 artigos para leitura de título e resumo, destes, 25 foram lidos na íntegra, e os demais não respondiam à pergunta de pesquisa. Assim, após identificação, triagem e elegibilidade, a amostra ficou composta por 5 artigos, conforme fluxograma a seguir.

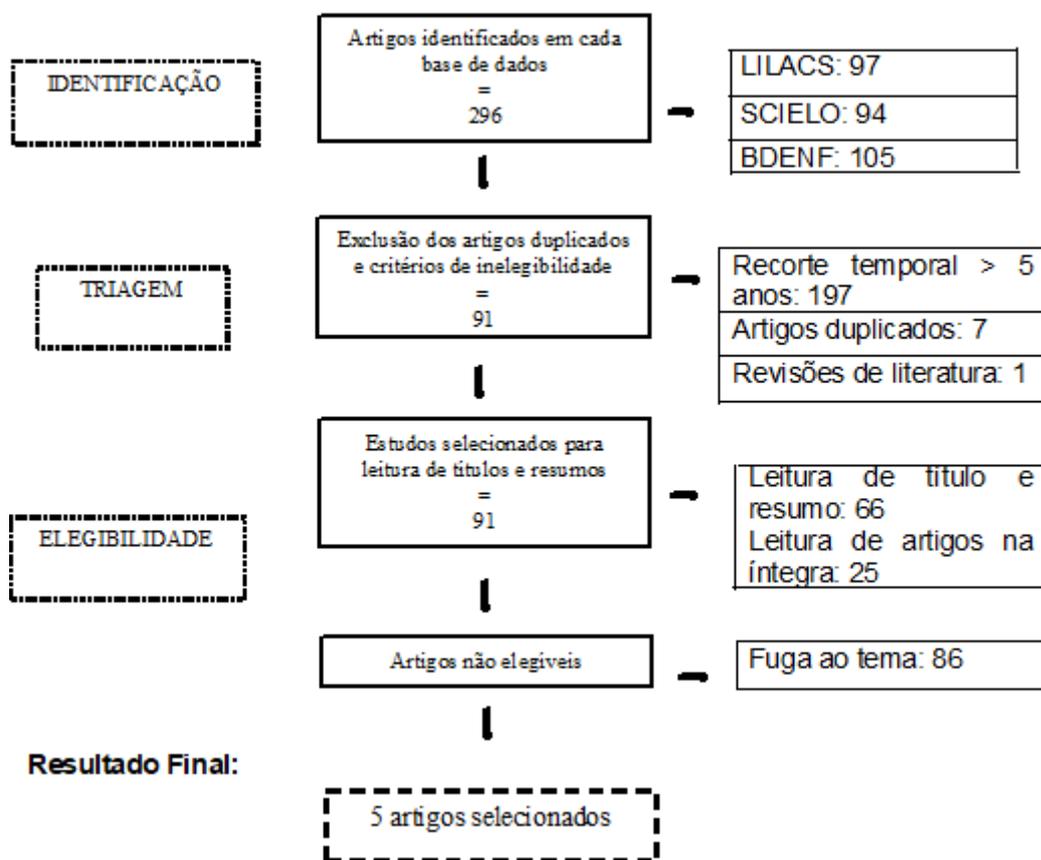


Figura 1 - Fluxograma de seleção das publicações identificadas nas bases de dados

Os dados encontrados nos artigos selecionados foram organizados em quadro sinóptico no processador de texto Microsoft office Word 2010, contendo título do trabalho, referência, objetivo do estudo, desenho de estudo e resultados encontrados.

Os resultados foram dispostos em quadros e agrupados em categorias, conforme semelhança do dado encontrado. A análise dos artigos foi feita de forma descritiva, com a síntese das evidências de cada publicação.

O período de busca nas bases de dados foi de 15 de fevereiro a 5 de março de 2019.

Resultados

A partir dos artigos encontrados, foram selecionados cinco estudos que atenderam aos critérios de elegibilidade e que responderam à pergunta que norteia esta revisão. Após a leitura e análise dos dados, os artigos foram sistematizados no quadro 2.

As publicações selecionadas correspondem ao período de 2015 a 2018, sendo que a maioria são estudos quantitativos (80%), de abordagem descritiva na maior parte das vezes (80%), de abordagem retrospectiva e análise documental também na maioria das vezes (60%).

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados

Título/referência	Objetivos	Desenho de estudo	Resultados	Conclusões
1 - Conformidade da assistência de enfermeiras obstétricas às recomendações para o parto normal: estudo em duas maternidades [9]	Avaliar a conformidade das práticas assistenciais nos partos normais atendidos pela enfermeira obstétrica com as recomendações e normas técnicas vigentes; e comparar a conformidade dessas práticas entre as equipes de enfermeiras obstétricas de duas maternidades públicas.	Estudo transversal, retrospectivo, comparativo e baseado em dados secundários.	<p>O acompanhante estava presente antes do parto em ambas as maternidades;</p> <p>O Partograma foi extensamente utilizado em ambas as unidades;</p> <p>O registro da ingestão de líquidos foi discreto na maternidade A e inexistente na B;</p> <p>Os cuidados de relaxamento utilizados para conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto foram amplamente empregados (destaca-se a deambulação como a prática mais frequentemente empregada);</p> <p>Os exercícios respiratórios foram amplamente utilizados;</p> <p>A aferição dos sinais vitais foi constante, assim como ausculta dos batimentos cardíacos fetais (conduta com maior registro);</p> <p>Predominaram as posições não supinas para a realização do parto em ambas as maternidades;</p> <p>Realização de ocitocina profilática intramuscular em larga escala pós-parto em ambas as unidades;</p> <p>Não foram encontrados registros de realização de enemas, tricotomias, porém a prescrição de hidratação venosa foi encontrada em 10,2% dos casos na unidade A e 19, 2 % na unidade B;</p>	<p>Os resultados encontrados indicam que as enfermeiras obstétricas adotam boa parte das práticas recomendadas pela OMS, como presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, os cuidados de relaxamento e conforto para as parturientes, as posições verticalizadas para o parto, a realização eventual de episiotomia, sem com isso causar taxas elevadas de trauma perineal.</p> <p>Apesar de não ser possível a associação entre a conformidade da assistência e a modalidade da formação das enfermeiras obstétricas, estes achados estão em convergência com boa parte das ações propostas pela Rede Cegonha e pelo PRONAENF.</p> <p>Ainda são necessários avanços na assistência, visto que foram encontradas práticas inadequadas na assistência obstétrica, tais como prescrição indiscriminada de dieta zero e percentuais elevados de ocitocina para acelerar o trabalho de parto.</p>

			<p>A amniotomia foi realizada em 13,9% dos casos na maternidade A e 8,3% das vezes na maternidade B;</p> <p>A manobra de kristeller foi evidenciada em 1,9% dos casos na unidade A e em 2% dos casos na maternidade B;</p> <p>A dieta zero foi amplamente empregada em ambas as instituições;</p> <p>Verificou-se um intenso uso de ocitocina durante o trabalho de parto: 38,7% na unidade A e 48,4% na unidade B;</p> <p>Com relação a episiotomia, ela foi realizada em 3,4% na unidade A e em 2% dos casos na unidade B; Existem apontamentos de solicitações da equipe médica durante o trabalho de parto;</p> <p>Quanto ao Apgar dos neonatos que nasceram de partos assistidos por Enfermeiras obstetras, em ambas as instituições, o Apgar foi igual ou maior a 7 no primeiro minuto de vida; apenas no quinto minuto houve registro de um Apgar menor que 7.</p>	
--	--	--	---	--

2 - Resultados obstétricos e neonatais de partos assistidos [7]	Avaliar os resultados obstétricos e neonatais de partos assistidos.	Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, com dados analisados de modo sistemático	Um percentual de 29,3% das parturientes apresentou períneo íntegro; 41,5% apresentaram períneo com laceração de primeiro grau; 25,9% de segundo grau e 3,4% de terceiro grau. Não houve nenhum caso de laceração de quarto grau. A episiotomia foi realizada em 4,8% dos casos; Foram utilizados os métodos não farmacológicos de alívio da dor (massagem, cavalinho, deambulação, penumbra, respiração consciente, bola suíça e banho de aspersão); Apenas 4,8 % apresentaram apgar inferior a 7 no primeiro minuto de vida; 93,2% dos recém-nascidos foram colocados em contato pele a pele imediato com sua mãe.	Os resultados maternos e neonatais obtidos seguiram as recomendações da OMS, o que demonstra que o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, como meio de formação e qualificação de profissionais, se norteia nas evidências científicas, na assistência humanizada, resultando em menos intervenções no processo de parturição, o que reflete diretamente em melhoria na saúde perinatal, assim como reduz a morbimortalidade materna e neonatal. Dentre as contribuições para a assistência, destaca-se a necessidade da formação de enfermeiras obstétricas qualificadas e da inserção dessas profissionais nas instituições que prestam assistência às parturientes. No que se refere à pesquisa, destaca-se a importância da realização de estudos que evidenciem a atuação do enfermeiro na área obstétrica.
3- Enfermagem obstétrica: contribuições às metas Dos objetivos de desenvolvimento do milênio [10]	Caracterizar e analisar a assistência ao parto e nascimento realizado por Residentes em Enfermagem Obstétrica (REO), assim como identificar as contribuições desta prática à melhora da saúde das mulheres e consequentemente e às metas dos	Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado por meio de levantamento documental	Constatou-se o amplo uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor e liberdade de posição durante o trabalho de parto (90,5% dos casos), com predominância da deambulação e do banho de aspersão. A maioria dos partos e nascimentos deu-se em posição semissentada ou litotômica. No que diz respeito à presença do acompanhante de livre escolha durante o processo de parturição, a maioria das mulheres teve este direito garantido. No entanto, ressalta-se o fato de que 16,4% dos prontuários não apresentavam registro quanto à presença de acompanhante.	O modelo de assistência discutido apresentou desfechos maternos e neonatais favoráveis, seguindo as recomendações da OMS, representando um movimento de busca por um modelo de assistência, seguro e que garanta à mulher o seu direito ao parto como experiência prazerosa e humana. Dessa forma, foi possível identificar que o Programa de Residência em Enfermagem, enquanto estratégia para qualificação dos profissionais possibilita a redução do número de intervenções obstétricas desnecessárias, refletindo diretamente na melhoria da saúde perinatal e, consequentemente, nas taxas de morbimortalidade materna, sendo este um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Dentre as possíveis contribuições para a assistência, destaca-se a divulgação de experiências como esta, que evidenciam a necessidade de ampliação da formação e atuação de enfermeiras obstetras, do seu espaço de

	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.		<p>Em 30,7% dos prontuários não conta a informação sobre a alimentação da parturiente.</p> <p>27,5% foram submetidas à rotura artificial das membranas;</p> <p>41,8% das parturientes receberam infusão endovenosa de ocitocina, durante trabalho de parto e parto. Mais de 50% das mulheres manteve integridade perineal ou apresentou laceração de menor gravidade, ou seja, de primeiro grau.</p> <p>A episiotomia foi realizada em 15,5%.</p> <p>A frequência de exames vaginais foi em média de 3 a 6 vezes.</p> <p>A grande maioria dos bebês apresentou boa vitalidade ao nascer; 87,7% tiveram Apgar maior que sete no primeiro minuto de vida e 96,7% apresentaram índice maior que sete no quinto minuto. 67,4%, dos bebês apresentavam entre 2,500 e 3500g ao nascer e 32,5% entre 3.500 e 4.500g.</p>	<p>atuação e da aceitação do seu trabalho por outras categorias profissionais e pela sociedade. No que tange a pesquisa, enfatiza-se a importância da realização de pesquisas que demonstrem a relevância do trabalho na área da enfermagem obstétrica.</p>
4 - O cuidado de enfermeiras de um programa de residência obstétrica sob o olhar da humanização [11]	Identificar os cuidados oferecidos à mulher, sob o olhar da humanização no parto e puerpério, pelas enfermeiras.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, com seis enfermeiras egressas do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica de uma	<p>A promoção do contato pele a pele com o RN, isso a gente conseguia bastante também (Violeta)</p> <p>A secção tardia do cordão umbilical oportuna, a gente conseguiu também (Lírio).</p> <p>Estimular o aleitamento materno, quando elas tinham dificuldade, às vezes o RN não pegava logo de imediato e a gente conseguia desenvolver esse trabalho bem legal também. (Orquídea)</p>	<p>As residentes conseguiram realizar muitos dos cuidados humanizados preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre eles, a criação do vínculo com a paciente desde o seu acolhimento, por meio da empatia e do respeito, priorizando sempre sua autonomia, realizando todas as orientações necessárias para que, desse modo, as residentes também conquistassem as mulheres e estas se sentissem seguras e confortáveis.</p> <p>Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto que conseguiram realizar foram: o exercício na bola suíça; o banho de aspersão; a massagem; a deambulação assistida; a musicoterapia;</p>

		<p>universidade pública.</p>	<p>[...] A primeira hora pós-parto tentávamos promover a amamentação. (Lírio) Outro cuidado que observo é o mínimo de intervenções possíveis. [...] Nós não tínhamos como oferecer todos os métodos não farmacológicos, mas com o que a gente tinha a gente implantava e o que não tínhamos a gente improvisava. Então, a gente usava bola, técnica de massagem, o banho, a música a gente conseguiu colocar também quando algumas aceitavam. (Violeta) O exercício na bola, fazer alguns exercícios com elas, a massagem lombar, o banho de aspersão. A gente conseguiu implementar a bola suíça no hospital porque até então não tinha. O respeito em relação à escolha da posição durante o trabalho de parto, ela deve ser livre pra poder deambular e assumir a posição que ela quiser. (Rosa) No trabalho de parto, tudo o que é possível dentro da instituição, a deambulação, massagem, o que ela escolhesse, a gente oferecia pra ela, banho de chuveiro da forma como ela quisesse, o tempo que ela quisesse. [...] Isso tudo é de acordo com a vontade delas. [...] A gente fazia a combinação da bola suíça junto com a massagem. (Orquídea)</p>	<p>também conseguiram a presença do acompanhante; contato pele a pele; clampeamento tardio do cordão umbilical e promover aleitamento materno na primeira hora. Ao vivenciar a rotina do estabelecimento, percebeu-se que era diferente do que as residentes acreditavam que seria o ideal para a humanização, pois estava dentro dos padrões culturais intervencionistas dos profissionais de saúde. Conclui-se que, apesar de toda a argumentação sobre a humanização, a predominância da medicalização do parto foi evidente, impedindo a integralidade da assistência humanizada.</p>
--	--	------------------------------	---	--

<p>5 - Práticas de assistência ao parto normal: formação na modalidade de residência [12]</p>	<p>Identificar as práticas assistenciais realizadas pelas residentes de enfermagem obstétrica durante a qualificação profissional para o parto normal; discutir as práticas assistenciais com base nas recomendações técnicas da Organização Mundial de Saúde.</p>	<p>Estudo descritivo, exploratório, documental, com abordagem quantitativa, que analisou as fichas de registro dos partos normais atendidos em maternidade pública.</p>	<p>86,8% parturientes que contaram com a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Em quase a totalidade (95%) destas mulheres, foi aplicado um ou mais métodos não farmacológicos para relaxamento, alívio da dor e facilitação da progressão da descida fetal pela pelve. Dentre os métodos empregados, houve o predomínio das técnicas de respiração, seguidas da deambulação, do banho morno e massagem; A administração de ocitocina foi registrada em 42,0% das fichas analisadas; A amniotomia foi realizada em 14,2%; Em relação às posições das mulheres no parto, as mais adotadas foram a vertical (45,4%) e a semivertical (25,8%), seguidas da lateral (17,8%) e da litotômica (7,9%); A episiotomia foi realizada em 5,1%, o períneo permaneceu íntegro em 21,8% dos casos, e ocorreu laceração do períneo em 73,1% das parturientes, sendo que, entre o grupo das mulheres cujo períneo foi lacerado, as lesões de primeiro grau foram preponderantes (80,5%). As lacerações de segundo grau ocorreram em 11,7% das parturientes e as de terceiro grau representaram 0,5% dos atendimentos. Não houve registro de laceração de quarto grau. O pinçamento oportuno ocorreu em 73,2% dos recém-nascidos e o</p>	<p>A maioria das práticas assistenciais realizadas pelas residentes de enfermagem obstétrica durante sua qualificação profissional está de acordo com as recomendações técnicas da OMS para o parto normal, sobretudo em relação às proporções verificadas para a presença do acompanhante da parturiente; aplicação dos métodos não farmacológicos; às posições verticalizadas no parto das mulheres por elas atendidas e de episiotomia. A taxa deste procedimento foi menor que a proporção recomendada pela OMS e, apesar disso, não houve frequência elevada de trauma perineal grave. Apesar destes resultados, identificou-se que a ocitocina é comumente utilizada no trabalho de parto, o que constitui um desafio para o ensino destas futuras enfermeiras obstétricas no cenário hospitalar, pois denotam a necessidade de reflexão e revisão das condutas para reduzir as intervenções desnecessárias e não coerentes com o seu escopo profissional, direcionado para gestantes saudáveis.</p>
---	--	---	---	--

			precoce representou 7,5% dos nascimentos.	
--	--	--	---	--

Relembrando a pergunta norteadora do presente estudo que é “Quais as contribuições que a residência em enfermagem obstétrica tem trazido para o cenário obstétrico, desde a sua implantação?”, encontraram-se na totalidade dos resultados, que as enfermeiras obstétricas vêm utilizando os métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto.

Foi encontrado na maioria dos resultados a inserção do acompanhante (60%), assim como foi evidenciado na maioria dos resultados, traumas perineais de baixa gravidade e episiotomia seletivas (80%). Foi identificada boa vitalidade ao nascer (Índice de Apgar superior a 7 no primeiro minuto de vida) na maior parte dos estudos (60%). Relata-se a respeito da posição verticalizada da parturiente no momento do parto em 60% dos estudos.

O clameamento oportuno do cordão umbilical e o contato pele a pele foram citados em apenas 40% dos estudos, enquanto que o aleitamento materno na primeira hora de vida em apenas 20% dos estudos.

Quadro 3 - *Categorias com as contribuições da enfermagem obstétrica no cenário brasileiro*

Contribuições da enfermagem obstétrica no cenário brasileiro	Trabalhos em que foram citados
Métodos não farmacológicos para alívio da dor	1, 2, 3, 4, 5
Posições verticalizadas para o parto	1, 4, 5
Acompanhante no trabalho de parto	1, 3, 5
Traumas perineais de baixa gravidade e episiotomia seletiva	1, 2, 3, 5
Clameamento oportuno do cordão umbilical, contato pele a pele imediato	2, 4
Aleitamento materno na primeira hora de vida	4
Recém-nascidos com boa vitalidade ao nascimento	1, 2, 3

As publicações selecionadas também trouxeram que em 20% dos estudos, a manobra de Kristeller esteve presente. A hidratação venosa ainda é amplamente utilizada para aceleração de parto eutócico (60% das vezes), assim como a ruptura artificial das membranas (60%). A dieta zero ainda foi vista nos resultados desta pesquisa (20% das vezes).

Diante dos resultados encontrados, foram categorizadas sete contribuições dos enfermeiros residentes e egressos em enfermagem obstétrica/ enfermeiro obstétricas (quadro 3).

Discussão

Segundo a pesquisa Nascer no Brasil (2014), observou-se a predominância de um modelo de atenção extremamente medicalizado entre as gestantes que tiveram parto vaginal, o que ignora as melhores evidências disponíveis, sendo submetidas a intervenções desnecessárias, sem indicações clínicas, restrições ao leito, sem direito a escolha da posição do parto, restrições alimentares, uso de medicamentos para acelerar o trabalho de parto, sofrendo violações do seu corpo.

O modelo de assistência obstétrica e neonatal vigente no país visualiza mulheres que não sabem parir, com defeito de fabricação, sendo o nascimento uma questão médica, considerando todas as gestações como potencialmente patológicas e o corpo da mulher como uma máquina imperfeita, que necessita de tecnologias para funcionar [3].

Infelizmente, esqueceram-se que a mulher foi feita especialmente para isso, e que quanto mais se interfere nesse processo, que é algo natural e fisiológico, mais se gera uma cascata, por sua vez, susceptível a novas intervenções.

Na busca por uma assistência pautada nas melhores evidências disponíveis, e visando sempre o bem-estar materno-fetal, a pesquisa Nascer no Brasil traz como enfoque a inserção das enfermeiras obstétricas no cenário obstétrico para a assistência aos partos vaginais, com maiores chances de partos espontâneos, sem intervenções desnecessárias, e sem comprometimentos do binômio mãe-bebê [2], reafirmando as propostas já trazidas anteriormente pela Rede Cegonha e pelo PRONAENF.

O Ministério da Saúde incentiva a atuação da enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência ao parto e nascimento, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem, incluindo o cuidado ao parto normal sem distócia. Tais profissionais são reconhecidos como capazes de desenvolver uma relação de escuta e confiança com a gestante, possibilitando orientações claras e precisas, favorecendo o empoderamento e autonomia da mulher no seu trabalho de parto e parto, levando-a à adoção de uma postura ativa, como protagonista de sua própria experiência de vida [13].

No exterior, por exemplo, os enfermeiros obstetras (midwives) já se destacam por práticas exitosas que refletem diretamente na redução da mortalidade materna e perinatal, constituindo um quadro social e profissional respeitado e atraente, capacitado, regulamentado e com ingresso garantido no sistema de saúde [14].

Com vistas a isso, esse trabalho identificou na literatura encontrada e selecionada para revisão, quais as contribuições que os residentes de enfermagem obstétrica/enfermeiros obstetras egressos tem trazido para o cenário obstétrico, uma vez que a residência e seus egressos parecem constituir componente com maior

potencialidade para atender aos objetivos propostos pela rede cegonha do que os cursos tradicionais de especialização.

Assim, após seleção de cinco artigos, foram selecionadas sete categorias gerais para discussão: 1 - métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, 2 - posições verticalizadas para o parto, 3 - acompanhante no trabalho de parto, 4 - traumas perineais de baixa gravidade e episiotomia seletiva, 5 - clampeamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele imediato, 6 - aleitamento materno na primeira hora de vida e 7 - recém-nascidos com boa vitalidade ao nascimento.

Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto, estiveram presentes nos resultados de todos os estudos selecionados, ou seja, as enfermeiras obstétricas estão utilizando destes meios para auxiliar no processo de assistência ao parto e nascimento.

Tal resultado está em conformidade com o esperado, conforme Categoria A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas) do documento da Organização Mundial da Saúde (OMS) de Boas práticas de Atenção ao Parto e Nascimento [4].

Os métodos não farmacológicos, incentivados pela OMS, são estratégias utilizadas no trabalho de parto para aumentar a tolerância à dor, reduzindo a tensão e o estresse, propiciando a autonomia da parturiente e favorecendo um processo o mais fisiológico possível, uma vez que se substitui anestésicos e analgésicos.

O uso desses recursos provoca menos efeitos colaterais para a mãe e o bebê, pois são técnicas que não utilizam medicações e propiciam a mulher maior sensação de controle do parto, uma vez que a parturiente não necessitará de monitorização contínua, assim como não perderá a sensibilidade dos membros inferiores [4].

São inúmeros os métodos, porém os mais conhecidos são:

* *Deambulação*: reduz a dor durante o trabalho de parto, não sendo explicada e nem havendo comprovações científicas como pode ocorrer. O que ocorre é a aceleração da fase ativa, fase onde geralmente a mulher sente mais dor.

* *Massagens*: é um dos meios mais naturais e instintivos utilizados no alívio da dor e do desconforto, já que reduz a ansiedade e o estresse, promove o relaxamento muscular, diminui a fadiga muscular, tem ação sedativa e analgésica, traz aumento da consciência corporal e produz benefícios emocionais.

* *Banho*: a utilização do chuveiro proporciona o alívio da dor lombar, queixa presente em um terço das gestantes no primeiro estágio do parto. O banho revitaliza, estimula a circulação, diminui o desconforto das contrações, promove relaxamento, diminui as dores lombossacras e, por conseguinte, favorece a dilatação cervical.

* *Bola*: é utilizada muitas vezes como um objeto lúdico, com intuito de distrair a gestante durante o trabalho de parto, diminuindo a tensão física e emocional, tornando o mesmo mais tranquilo, e confortável.

* *Respiração*: utilizada durante as contrações nas diferentes fases do trabalho de parto e no período expulsivo.

* *Relaxamento*: Os exercícios de relaxamento permitem que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e, desta forma, favorecendo a evolução do trabalho de parto.

* *Musicoterapia*: Alguns investigadores defendem que a utilização da música potencializa os resultados, por ser considerado um meio muito eficaz como foco de atenção, sendo assim um meio de distração, causando um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção da mãe na hora da dor.

Vale ressaltar que, em estudo realizado, as puérperas reconheceram os métodos não farmacológicos como eficazes quanto a sua finalidade e associaram a eles sentimentos de satisfação, relaxamento e tranquilidade. Dessa forma, ficou evidenciada a importância da utilização dos métodos não farmacológicos nos períodos pré e intraparto [11].

São evidentes os benefícios dos métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho e parto e sua eficácia. Além de atuarem sobre o alívio da dor, estes métodos promovem o relaxamento das gestantes, reduz a ansiedade, aumenta o vínculo entre a gestante e seu acompanhante, reduz o risco de exposição desnecessária aos fármacos e seus efeitos colaterais [4].

Posições verticalizadas para o parto

Nesta revisão, encontrou-se que 60% dos partos assistidos foram realizados em posição não supina, o que coincide com as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (categoria A) da OMS de Boas práticas de atenção ao Parto e ao Nascimento [4].

Ao observar a evolução do atendimento às mulheres em trabalho de parto, podem-se identificar mudanças em relação à posição adotada ao longo do tempo.

Encontram-se relatos históricos do uso extensivo da posição vertical antes do século XVIII, em que a posição horizontal era raramente utilizada. No século XX deu-se início à utilização de drogas anestésicas, que aliviavam as dores e o medo do processo do trabalho de parto. O parto, então, passou a ser realizado em hospitais e a posição horizontal foi consagrada com a ajuda de intervenções obstétricas ainda utilizadas atualmente, como a monitorização eletrônica do feto e o uso de anestesia peridural, que obriga a mulher a ficar deitada [16].

Com a medicalização do parto, a posição litotômica passou a ser considerada mais adequada e passou a ser utilizada indiscriminadamente, e somente no final do século 20 houve um movimento em busca de uma medicina baseada em evidências, de modo que, se assim for, a posição vertical possui vantagem sobre partos realizados em posições supinas, uma vez que reduz a duração do período expulsivo e a queixa de dor severa durante o mesmo, o número de partos operatórios, a necessidade de episiotomia e o número de alterações no batimento cardíaco fetal [17].

Em estudo realizado com a maioria das puérperas não tinha conhecimento sobre diferentes posições de parto, o que demonstra a existência de uma falha no processo de educação em saúde sobre parto e nascimento que ocorre desde a assistência ao pré-natal, o que impede a mulher de desenvolver o máximo de sua autonomia e ser sujeito de seu parto. Desse modo, a posição vertical foi-lhes apresentada pela primeira vez apenas no momento do parto [18].

As mulheres perceberam a posição vertical como boa para ser adotada no momento do parto e ficaram com uma impressão positiva da experiência. A enfermeira obstetra foi citada como alguém que orientou e ajudou as participantes do estudo a sentirem-se protagonistas do parto. Nas percepções delas, as posições verticais foram confortáveis e diferentes, proporcionaram partos mais rápidos, menos dolorosos com maior autonomia da mulher e menos intervenções profissionais [18].

Acompanhante no trabalho de parto

Nesta revisão de literatura, foi encontrado que em 60% dos partos assistidos, haviam acompanhantes presentes juntos à parturiente, respeitando as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (categoria A) do documento da OMS de Boas práticas de atenção ao Parto e ao Nascimento.

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), na rede própria ou na conveniada, são obrigados a permitir a presença de um acompanhante da parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O acompanhante é de escolha da parturiente [1].

Essa obrigação decorre da Lei Federal n. 11.108/2005 (a chamada Lei do Acompanhante), que promoveu a significativa alteração na Lei Orgânica da Saúde - Lei n. 8.080/1990, que, por sua vez, se propõe a oferecer condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes prestados pelo SUS [1].

A presença do acompanhante no trabalho de parto é justificada conforme resultado de um estudo, no qual as parturientes que receberam apoio por acompanhante de sua escolha tiveram maior satisfação global com a experiência do trabalho de parto e parto do que as do grupo-controle (sem apoio). Ter o acompanhante no trabalho de parto e parto foi forte preditor de satisfação [19].

A presença do acompanhante no processo do nascimento é uma prática que favorece a humanização da assistência, provocando mudanças positivas: na parturiente, como segurança, conforto e vínculo com o seu meio familiar; na equipe, por estimular a reflexão da sua prática obstétrica e na instituição por favorecer a revisão de seu modo de gestão da assistência de saúde [20].

Apesar da Lei do Acompanhante, alguns profissionais de saúde e as próprias regras institucionais estabelecem restrições ao parto acompanhado. Essas restrições foram verificadas em diversos momentos do estudo, fruto de preconceitos quanto à possibilidade de um acompanhante ativo no processo do parto, o que pode ser considerado como um tipo de violência institucional. É comum a gestante e o acompanhante ficarem à mercê de critérios internos da instituição sobre a presença dos acompanhantes, nos momentos de passagem de plantão e quando as mulheres são examinadas pelo obstetra/residente [19].

Traumas perineais de baixa gravidade e episiotomia seletiva

Nos resultados desta revisão, encontram-se que 80% dos partos assistidos apresentaram traumas perineais de baixa gravidade e foram realizadas episiotomia seletivas.

Em 2006 foi realizado um estudo, no qual a assistência obstétrica foi realizada por enfermeiros obstetras, foram observadas menores taxas de episiotomia, sem aumento do número de traumas perineais graves, demonstrando a competência deste profissional para a assistência ao parto eutócico [21].

O mesmo se encontra no estudo realizado por Schettini, Griboski e Faustino (2017), no qual as enfermeiras obstétricas não realizavam episiotomia de rotina, uma vez que pautavam sua assistência nas evidências científicas, e em se tratando do grau de lacerações espontâneas, a maior parte das mulheres atendidas apresentaram

lacerações de 1º grau, seguida de mulheres com períneo íntegro e de laceração de 2º grau, sem a ocorrência de lacerações graves (terceiro e quarto graus) [22].

Em pesquisa realizada por Rocha e Zamberlan (2018), ao comparar as taxas de episiotomia entre partos assistidos por enfermeiras obstétricas e por profissionais médicos, percebeu-se uma redução dos índices de episiotomia quando enfermeiras obstetras assumem a cena do parto, embora a prática ainda seja predominante [23].

Essa informação configura a necessidade de inserção da enfermeira obstetra no cenário de parto normal como possibilidade de estratégia para reduzir esse procedimento e aumentar as taxas de lacerações perineais não graves. Esse fato se deve principalmente porque a Enfermagem Obstétrica utiliza mais as boas práticas de atenção ao parto, as tecnologias de alívio da dor e outros métodos do que a classe médica [23].

Clampeamento oportuno do cordão umbilical e contato pele a pele imediato

Nos resultados desta revisão de literatura, encontrou-se que o clampeamento oportuno do cordão umbilical e o contato pele a pele foram citados em apenas 40% das publicações.

O dado referente ao clampeamento oportuno do cordão umbilical preocupa e alarma, uma vez que se trata de uma porcentagem relativamente baixa, considerando todas as evidências já disponíveis acerca dos benefícios do atraso do pinçamento do cordão.

A OMS recomenda aguardar a pulsação parar para clampear e cortar o cordão umbilical logo em seguida ao nascimento do bebê, sendo que o clampeamento precoce (menor que 60 segundos) está recomendado apenas para recém-nascidos com necessidade de manobras de reanimação. A recomendação é baseada na compreensão de que o atraso do clampeamento do cordão umbilical permite a passagem continuada do sangue da placenta para o bebê durante mais 1 a 3 minutos após o nascimento [23].

O mesmo é sugerido por Venancio *et al.* [25], em que seus resultados sugerem que o clampeamento tardio é uma intervenção segura e capaz de aumentar os estoques de ferro nos primeiros seis meses de vida, podendo integrar programas que visem à redução da deficiência de ferro e anemia em lactentes.

Outro dado preocupante encontrado no estudo foi a porcentagem de contatos pele a pele realizados, haja vista a importância desse momento para o binômio mãe e bebê. Essa prática fortalece o vínculo entre a mãe e recém-nascido e proporciona a

estabilidade da temperatura do RN, evitando hipotermia, facilitando o estabelecimento precoce do início do aleitamento materno além de ajudar na dequitação placentária [16].

O resultado do presente estudo demonstra que, ainda, a rotina hospitalar rege a atenção ao parto, sem a incorporação dos preceitos de humanização da assistência, e que as mães estão suscetíveis às práticas do serviço, não tendo poder de interferir na decisão de realizar contato pele a pele precoce com seus bebês e/ ou de amamentá-los na primeira hora de vida [25,26].

Aleitamento materno na primeira hora de vida

Nos resultados desta revisão, foram encontrados a citação do aleitamento materno na primeira hora de vida em apenas 20% dos estudos, o que denota necessidade de reflexão, uma vez que se trata de uma porcentagem muito baixa, tendo em vista a importância da promoção do aleitamento materno para o binômio mãe e bebê na primeira hora de vida.

Essa prática tem sua relevância pautada nos inúmeros benefícios já conhecidos, tais como estabelecimento do vínculo mãe-bebê, assim como o aumento da duração do aleitamento materno e da prevalência de aleitamento materno nos hospitais, além da redução da mortalidade neonatal, sobretudo em contextos em que as infecções se constituem importantes fatores de morte em recém-nascidos, uma vez que sabidamente há um efeito protetor do aleitamento materno fornecido no colostro [27].

Em estudo foram encontradas grandes diferenças no que tange ao início do aleitamento materno: RN nascidos em maternidades municipais e federais foram amamentados na primeira hora, contra menos de 2% dos nascidos em maternidades particulares. Essa proporção variou também entre os nascidos por parto cesariano (5,8%) e vaginal (26,4%), estando ausentes fatores maternos ou neonatais que justificassem o desfecho, o que pode ser indicativo de que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão para amamentar seus filhos na primeira hora de vida, ficando reféns das práticas institucionais e dos profissionais envolvidos no parto [25,28].

Outro dado importante do seu estudo: cerca de um quarto das mulheres pesquisadas não receberam qualquer tipo de informação sobre aleitamento materno durante o pré-natal, o que infere uma falha na assistência gestacional, o que as torna menos instruídas e informadas sobre o processo de amamentação, a importância do início precoce [6], ficando refém dos profissionais envolvidos na assistência hospitalar.

Dada a importância do início precoce do aleitamento materno, torna-se imprescindível a conscientização dos profissionais de saúde envolvidos em assumir papel de orientador, normatizador e regulador do aleitamento materno, pautado em um

saber científico construído, tendo em vista que o mesmo possui, na maioria das vezes, o conhecimento sobre o assunto, mas não empreende na prática, sendo necessário treinamentos, atualizações e atividades de educação permanente para que se melhore a assistência e, conseqüentemente, traga benefícios ao binômio mãe e recém-nascido [24].

Recém-nascidos com boa vitalidade ao nascimento

Foi identificada boa vitalidade ao nascer (índice de Apgar superior a 7 no primeiro minuto de vida) na maior parte dos estudos (80%), não sendo citado nos demais, o que infere uma prática assistencial das enfermeiras obstétricas com bom desfecho neonatal, pois embora a maioria das crianças nasçam com boa vitalidade, são indispensáveis conhecimento e habilidade da equipe de saúde no processo de avaliação inicial deste ser no momento de transição da vida intrauterina para a extrauterina [29].

A enfermagem obstétrica, enquanto área do saber que presta cuidados, e não intervenções em um processo que é natural e fisiológico, proporciona dignidade, segurança e autonomia no processo de parturição, garantindo os direitos de cidadania da mulher e sua família [29].

Conclusão

A revisão integrativa da literatura evidenciou que a maioria das práticas assistenciais realizadas pelas residentes de enfermagem obstétrica ou pelos enfermeiros egressos formados na modalidade residência está de acordo com as recomendações técnicas da Organização Mundial da Saúde para o parto normal – documento de Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, sobretudo em relação às proporções verificadas do uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o uso de posições verticalizadas no parto, a presença do acompanhante junto a parturiente, os traumas perineais de baixa gravidade e episiotomia seletiva, e quanto a boa vitalidade ao nascimento.

Apesar de não ser possível uma associação direta entre os resultados encontrados e a modalidade da formação das enfermeiras obstétricas, estes achados estão em consonância com boa parte das ações propostas pela Rede Cegonha e pelo PRONAENF. No entanto, ainda são necessários avanços na assistência, visto que foram encontradas práticas inadequadas na assistência obstétrica, tais como prescrição indiscriminada de dieta zero e percentuais elevados de ocitocina e amniotomia para acelerar o trabalho de parto, o que denotam a necessidade de reflexão e revisão das

condutas para reduzir as intervenções desnecessárias e não coerentes com o escopo profissional.

Muitos estudos apontam ser a enfermeira obstétrica um dos profissionais mais apropriados para o acompanhamento da gestação e dos partos normais de risco habitual. Na prática, os resultados obtidos demonstraram que os partos assistidos por elas apresentam menores índices de morbimortalidade materna e perinatal, de cesáreas e de outras práticas intervencionistas, além de redução de gastos hospitalares e melhoria na assistência à mulher. Além disso é importante ressaltar que o enfermeiro obstetra têm sido um dos principais responsáveis por produzir trabalhos de inegável contribuição para a mudança da prática obstétrica, haja vista as inúmeras publicações dessas profissionais.

A relevância da formação dos enfermeiros obstetras se inscreve, portanto, no contexto da atual realidade brasileira: Desmedicalizar o parto quanto as intervenções desnecessárias e torná-lo novamente um processo normal e fisiológico. Empreender cuidados, e não necessariamente intervenções. Estar ao lado, oferecer apoio e empatia. Obstar. A residência em enfermagem obstétrica, propicia, por sua vez, que as residentes acreditem, através de práticas baseadas em evidências, em um parto normal, humanizado, estando ao lado da mulher durante todo o processo de parturição, dando a mesma o poder de escolha e autonomia. Mesmo em instituições com suas rotinas assistenciais já definidas e muitas vezes cerceadas a práticas prejudiciais e ineficazes, é possível fazer diferente, uma vez que esse modelo de formação preconiza as melhores evidências científicas para assistir a parturiente.

Aumentar o quantitativo de profissionais capacitados, incrementar sua qualificação e pressionar pela transformação do modelo de atenção, são as principais justificativas que sustentam essa formação no Brasil, proposta defendida por diversas entidades e por pesquisadores envolvidos com a temática da saúde da mulher.

Conflito de interesse

Não há conflito de interesse

Fontes de financiamento

Nenhuma

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Janzen DC; *Coleta de dados:* Zuliane DS; *Análise e interpretação dos dados:* Janzen DC; Zuliane DS; *Redação do manuscrito:* Janzen DC, Zuliane DS; Silva EF; Barreto LV; Silva LCP; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:* Janzen DC, Zuliane DS, Silva EF, Barreto LV, Silva LCP

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Cadernos Humaniza SUS, 2014;4.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Nascer no Brasil; 2019 [citado 2019 Mar 7]. Disponível em <https://portal.fiocruz.br/noticia/nascer-no-brasil-pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Ápice On*. 1ª ed. 2017.
4. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 1996.
5. Rodrigues MS. Humanização no processo de parto e nascimento: implicações no plano de parto [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2017. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/971M.PDF>
6. Reis TLR, Quadros JS. Programa de residência em enfermagem obstétrica: reflexões a partir da vivência das residentes. *Rev Enferm UFSM*; 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/21259>
7. Pereira ALF, Guimarães JCN, Nicácio MC, Batista DBS, Mouta RJO, Prata JA. Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional. Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ; 2018; 22, 1107. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1107.pdf>
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1):102-06. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf
9. Ferreira EA. Epidemiologia da mortalidade materna segundo cor ou raça na Região Norte Brasil, 2006 a 2014; 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/3471>
10. Giantaglia FN, Garcia ESGF, Rocha LCT, Godinho MS, Leite EPRC, Calheiro CAP. O cuidado de enfermeiras de um programa de residência obstétrica sob o olhar da humanização. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(5):1882-90. Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23337/18938>
11. Guida NFB. Conformidade da assistência de enfermeiras obstétricas às recomendações para o parto normal: estudo em duas maternidades [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, faculdade de Enfermagem, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-913257>
12. Santos AHL, Nicácio MC, Pereira ALF, Oliveira TCM, Progianti JM. Práticas de assistência ao parto normal: formação na modalidade de residência. *Rev Enferm UFPE online*. 2017;11(1):1-9.
13. Costa RLM. Contribuições da enfermagem obstétrica para uma assistência segura e de qualidade em um hospital público alagoano: um relato de experiência. *GEP NEWS*; 2017;1(2). Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/3221>

14. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2013;18(4). doi: 10.1590/S1413-81232013000400019
15. Castro RCMB, Freitas CM, Damasceno AKC, Esteche CGE, Coelho T, Brilhante, A. F. Resultados obstétricos e neonatais de partos assistidos. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(4):832-9.
16. Miquelutti M. A. Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas. Campinas, SP; 2006. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311139/1/Miquelutt_MariaAmelia_M.pdf
17. Sousa JL, Silva IP, Gonçalves LRR, Nery IS, Gomes IS, Sousa LFC. Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32:27499.
18. Fonte DO, Montefusco SRA. A importância da presença do acompanhante junto a parturiente e seu bebê. *Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago-RESAP*. 2017;3(2):127-36.
19. Paz LS, Fensterseifer LM. Equipe de enfermagem e o acompanhante no parto em um hospital público de Porto Alegre. *Rev Interdisciplinar NOVAFAPI*. 2011;4(1):9-13. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n1/pesquisa/p1_v4n1.pdf
20. Rosa ML, Borges RF. Laceração perineal e enfermagem obstétrica: um estudo de revisão integrativa. Porto Alegre: Universidade do Vale do Rio dos Sinos; 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/5571?show=full>
21. Rocha B, Zamberlan C. Prevenção de lacerações perineais e episiotomia: evidências para a prática clínica. Artigo de revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE online*. 2018;12(2):489-98.
22. Schettini NJC, Griboski RA, Faustino AM. Partos normais assistidos por enfermeiras obstétricas: posição materna e a relação com lacerações perineais espontâneas. *Rev Enferm UFPE online*. 2017;11(2):932-40.
23. Organização Mundial da Saúde. O clameamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2013.
24. Venancio SI, Levy R, Saldiva SRDM, Mondini L, Alves MCGP, Leung SL. Efeitos do clameamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2). doi: 10.1590/S0102-311X2008001400017
25. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25 (2):281-90. doi: 10.5123/S1679-49742016000200007

26. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, V AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev Saúde Pública. 2011;45(1):69-78. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005278
27. Rocha LB, Araujo FMS, Rocha NCO, Almeida CD, Santos MO, Rocha CHR. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão de literatura. Rev Med Saude Brasilia; 2017. Disponível em <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318>
28. Velho MB, Oliveira, ME, Santos EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. Rev Bras Enferm. 2010;63(4):652-9. doi: 10.1590/S0034-71672010000400023



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.