

**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTETRÍCIA**

BEATRYZ RAFAELA SANTOS LIMA

**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL REGIONAL
NO AGRESTE PERNAMBUCANO**

**CARUARU
2024**

BEATRYZ RAFAELA SANTOS LIMA

**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL REGIONAL
NO AGRESTE PERNAMBUCANO**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado à Escola de Governo em Saúde
Pública de Pernambuco para obtenção do grau
de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientador(a): Enf. Msc. Esp. Nycarla de
Araújo Bezerra

CARUARU
2024

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

1 L732c Lima, Beatryz Rafaela Santos.

2

Caracterização da assistência obstétrica em um hospital regional no Agreste pernambucano/ Beatryz Rafaela Santos Lima. Caruaru-PE, 2024.

25 fls.

Orientador (a): Ma. Nycarla de Araújo Bezerra

Artigo - TCR (Programa de Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica) (Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco - ESPPE).

1. Violência Obstétrica. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Parto Normal. 5. Cesárea. I. Título

BEATRYZ RAFAELA SANTOS LIMA

**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM UM HOSPITAL REGIONAL
NO AGRESTE PERNAMBUCANO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco para obtenção do título de Especialista em Obstetrícia sob orientação da Enf. Msc. Esp. Nycarla de Araújo Bezerra.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador(a): Nycarla de Araújo Bezerra
Doutoranda em Enfermagem
Mestra em Enfermagem e Enfermeira Obstetra

Avaliador(a): Raquel Bezerra dos Santos
Mestra em Ciências da Saúde e Especialista em Enfermagem em Saúde da Mulher

Avaliador(a): Aline Barros de Oliveira
Mestra em Enfermagem e Enfermeira Obstetra

CARUARU
2024

RESUMO

Objetivo: Analisar a assistência obstétrica ofertada as parturientes e seus impactos em uma maternidade regional do Agreste de Pernambuco. **Método:** Estudo de caráter exploratório, descritivo, transversal e quantitativo, realizado com 60 puérperas que receberam assistência de enfermagem obstétrica durante o trabalho de parto e parto por via vaginal e cesárea (anteparto e/ou intraparto) em um hospital regional, de caráter público, localizado no município de Caruaru-PE. Foram realizadas entrevistas guiadas por um formulário estruturado e os dados produzidos foram analisados estatisticamente de forma descritiva e analítica com o auxílio do software *EpilInfo* (versão 7.2.5), utilizando os testes Qui-Quadrado (χ^2) e Risco Relativo (RR), considerando como ponte de corte o nível de significância de $p < 0,05$. **Resultados:** Todas as puérperas entrevistadas, vivenciaram ao menos algum tipo de intervenção, contrariando as evidências científicas, relacionando assim, a algum aspecto de violência obstétrica, durante a internação hospitalar, mesmo diante de taxas positivas de partos vaginais (80%) e a presença da figura do enfermeiro obstetra nesta via de parto (100%). **Conclusão:** Faz-se necessário a reestruturação do modelo de atenção à saúde obstétrica, treinamento dos profissionais de saúde e resgate da condição feminina, valorização e autonomia da mulher.

Descritores: violência obstétrica; obstetrícia; enfermagem obstétrica; cuidados de enfermagem; parto normal; cesárea; trabalho de parto.

ABSTRACT

Objective: To analyze the obstetric care provided to parturients and its impact at a regional maternity hospital in the Agreste region of Pernambuco. **Method:** This study is exploratory, descriptive, cross-sectional, and quantitative in nature. It was conducted with 60 postpartum women who received obstetric nursing assistance during both normal and cesarean labor and delivery (anteartum and/or intrapartum) at a public regional hospital located in the city of Caruaru-PE. Interviews were conducted using a structured form, and the collected data were analyzed descriptively and analytically using the EpiInfo software (version 7.2.5). The analysis included Chi-square (χ^2) and Relative Risk (RR) tests, with a significance level set at $p < 0.05$. **Results:** All postpartum women interviewed experienced some form of intervention during their hospital admission, contradicting scientific evidence. This raises concerns regarding obstetric violence. Despite positive rates of vaginal births (80%) and the presence of obstetric nurses during normal labor (100%), interventions were still prevalent. **Conclusion:** There is a need to restructure the obstetric healthcare model, provide training for healthcare professionals, and promote the empowerment, valorization, and autonomy of women.

Keywords: obstetric violence; obstetrics; obstetric nursing; primary nursing; natural childbirth; cesarean section; labor, obstetric.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVO	8
3. MÉTODO	9
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO	14
6. CONCLUSÃO.....	17
7. FINANCIAMENTO.....	18
8. CONFLITOS DE INTERESSES	18
REFERÊNCIAS	19
ANEXO A - NORMAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO	21

1. INTRODUÇÃO

A assistência ao parto evoluiu do cuidado domiciliar, onde o apoio e o cuidado eram recebidos da família, para o cuidado hospitalar.¹ Esta internação no processo de parir surgiu associada ao modelo biomédico na assistência obstétrica, e as mulheres, neste contexto, assumem um papel passivo enquanto os profissionais de saúde controlam e intervêm no parto.²

O cuidado da saúde à mulher no âmbito da obstetrícia e o processo de parto e nascimento constitui-se grandioso para a enfermagem, considerando a importância que o enfermeiro obstetra possui durante a assistência a estas parturientes e suas famílias. De tal modo, as mudanças observadas no cenário obstétrico trazem impactos na saúde do binômio mãe-filho.³

Porém, a hospitalização durante o processo parturitivo gerou um aumento no número de intervenções, resultando em vários tipos de violência, como a negligência do cuidado e o uso contínuo de intervenções que não apresentam evidências científicas.⁴

A certeza de que todas as intervenções no trabalho de parto, principalmente aquelas de risco habitual, ajudam a melhorar os resultados maternos e neonatais foi refutada. Evidências atuais têm mostrado que o uso excessivo de intervenções pode levar a cesáreas desnecessárias, a falta de protagonismo da mulher e a falta de realização pessoal em relação ao seu processo de parturição e parto, bem como à prematuridade iatrogênica.³

Embora seja considerado um fenômeno de ordem complexa, sabe-se que a violência obstétrica se relaciona ao ato de violência que acontece durante a assistência ao pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, podendo ser acometida no decorso do puerpério, em que haja desrespeito à integridade física e mental da mulher, e a sua perda de autonomia nas suas escolhas e nos seus sentimentos.⁵

Diante deste contexto, o modelo de humanização surge como recomendação baseado no respeito à mulher quanto ao direito a uma parturição segura, com o recebimento de informação sobre o cuidado ofertado, a garantia da liberdade e autonomia sobre o seu corpo, técnicas de alívio da dor, além do contato pele a pele após o nascimento e o clampeamento tardio do cordão umbilical. Essas práticas humanizadas sustentam um cuidado centrado na parturiente.⁶

Visando a melhoria da assistência prestada através da humanização, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

através da Portaria Nº 569, de 1 de junho de 2000, constituído por uma combinação de conhecimentos, práticas e atitudes para garantir o parto e o nascimento seguros, com o objetivo de prevenir a morbimortalidade materna e perinatal.⁷⁻⁸

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) evoca o conceito de cuidados maternos respeitosos, os quais enfoca as relações interpessoais estabelecidas entre os profissionais da saúde e as mulheres durante a assistência ao parto para preservar a dignidade, a confidencialidade e a intimidade da mãe, com vista a protegê-la do sofrimento, da humilhação e das más práticas do cuidado, permitindo que ela faça escolhas autônomas e informadas, garantindo apoio contínuo durante o trabalho de parto.⁹

Apesar da mobilização e dos esforços contínuos e crescentes na transformação no cenário de parto e nascimento, esses profissionais ainda relatam algumas dificuldades na implementação da humanização do parto em seus serviços, tais como a deficiência da estrutura física das instituições, as rotinas centradas na intervenção médica, o número insuficiente de funcionários e a comunicação falha entre profissionais e profissional-paciente.¹⁰

Dessa forma, para alcançar a humanização da assistência desejada, o MS reconhece a necessidade de mudanças profundas no cuidado obstétrico oferecido nas maternidades do país.¹¹ Concomitante a isto, é preciso uma atuação ética por parte dos profissionais, a fim de garantir um ambiente acolhedor e transformador, evitando intervenções que retirem da parturiente e do bebê o que lhes é de direito, o nascimento digno e seguro.¹²

Diante do exposto, o estudo justifica-se pela necessidade de compreender o cuidado ofertado às mulheres durante o parto e nascimento, dentro de um cenário hospitalar e as suas vivências durante o processo de parturição e puerpério, a partir da vivência da pesquisadora durante a sua atuação no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (PREO) da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.

2. OBJETIVO

Analisar a assistência obstétrica ofertada as parturientes e seus impactos em uma maternidade regional do Agreste de Pernambuco.

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal e quantitativo, realizado conforme as orientações do checklist *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), criado em 2004 para orientar a elaboração de estudos observacionais, longitudinais e transversais.

O estudo ocorreu no período de setembro a novembro de 2023 com as puérperas que receberam assistência do enfermeiro obstetra durante o trabalho de parto, parto normal e cesárea (anteparto e/ou intraparto) de uma maternidade regional situada na cidade de Caruaru-PE. O setor do hospital escolhido para a realização da pesquisa foi o Alojamento Conjunto que corresponde à área da maternidade para onde são encaminhadas as puérperas e seus recém-nascidos para a continuidade da assistência após os nascimentos.

Para alcançar o quantitativo das participantes utilizou-se a média de partos por mês na instituição. Foram incluídas como participantes da pesquisa 60 mulheres acima de 18 anos, em condições físicas e/ou emocionais para responder as perguntas do instrumento de coleta de dados. Foram excluídas as que receberam a assistência ao parto e nascimento em outra unidade de saúde e foram transferidas para essa unidade apenas para cuidados puerperais, ou que tenham parido em trânsito.

Cada participante foi esclarecida sobre o objetivo, bem como sobre o sigilo da pesquisa, por meio da qual sua entrevista seria somente utilizada para fins acadêmicos, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta foi guiada por um formulário estruturado, criado de acordo com as recomendações propostas pela OMS, por meio do documento *Intrapartum care for a positive childbirth experience*⁹, dividido em 03 eixos: *I* – Caracterização sociodemográfica da participante; *II* – Dados obstétricos; e *III* – Dados acerca da internação hospitalar. O instrumento foi utilizado de forma individual, com a média de duração de aplicação de 15 minutos. Assim, definiu-se como variável dependente a via de parto, e como variáveis independentes, as características socioeconômicas e obstétricas das participantes.

Os dados produzidos por meio do formulário foram inseridos em uma planilha do programa Excel (Office 2019) e, posteriormente, foram tabulados e analisados de forma estatística descritiva e analítica com o auxílio do software *EpiInfo* versão 7.2.5. Para analisar o grau de significância e associação entre as categorias foram utilizados os testes Qui-Quadrado (χ^2). Para cálculo de medida de risco, foi utilizado o Risco Relativo (RR), considerando como ponte de corte o nível de significância de $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico (CEP/ASCES) sob o Parecer nº 6.307.455 e pelo CAAE: 71583823.5.0000.5203.

4. RESULTADOS

A amostra foi constituída por 60 puérperas, com idade entre 18 e 41 anos. Conforme a Tabela 1, destacam-se aquelas na faixa etária entre 20 e 24 anos (41,67%); residentes do Agreste de Pernambuco (96,67%); que se consideram pretas/parda (75%); solteiras (58,33%); com escolaridade entre 10-12 anos (55%) e pertencentes à população não economicamente ativa (65%).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes do estudo. Caruaru-PE, 2023.

Variáveis	N	%
Idade		
18-19 anos	5	8,33
20-24 anos	25	41,67
25-29 anos	18	30
30-34 anos	7	11,67
35-39 anos	4	6,67
40-44 anos	1	1,67
Região de Residência		
Agreste	58	96,67
Zona da Mata	1	1,67
Sertão	1	1,67
Raça		
Preta/Parda	45	75
Amarela	1	1,67
Branca	14	23,33
Estado civil		
Solteira	35	58,33
Casada	18	30
Divorciada	2	3,33
União Estável	5	8,33
Escolaridade		
01 a 04 anos de estudo	2	3,33
05 a 09 anos de estudo	16	26,67
10 a 12 anos de Estudo	33	55
+ de 12 anos	9	15
Ocupação		
População economicamente ativa	21	35
População Não economicamente ativa	39	65

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Quanto ao período de internação hospitalar, 80% das mulheres vivenciaram o parto vaginal. De todas as entrevistadas, 51,67% informaram que não houve planejamento pré-concepcional. Porém, apesar deste dado, todas receberam assistência pré-natal, sendo,

83,33% apenas na atenção básica e 91,67% participaram de 06 (seis) consultas ou mais, conforme o MS preconiza, esses dados podem ser mais bem visualizados na Tabela 2.

A captação precoce, ou seja, o início do pré-natal na atenção primária à saúde até a 12ª semana de gestação ocorreu em 80% dos casos. Com relação às orientações pelos profissionais de saúde que realizaram a consulta de pré-natal, 60% das mulheres relataram ter recebido informações acerca da fisiologia do processo de gestação (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização do cuidado pré-natal recebido pelas mulheres participantes do estudo. Caruaru-PE, 2023.

Variáveis	N	%
Local de realização		
UBS/USF	50	83,33
Hospital de Referência/Alto Risco	1	1,67
Mais de um local	9	15
Números de consultas		
Menos de 06 consultas	4	6,67
06 consultas ou mais	55	91,67
Não soube informar	1	1,67
Período de início		
Até o primeiro trimestre	48	80
Após o primeiro trimestre	11	18,33
Não soube informar	1	1,67
Fornecimento de informações acerca da fisiologia do parto		
Sim	36	60
Não	24	40

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

No que se refere à assistência recebida pelas mulheres no hospital, todas as puérperas de parto via vaginal receberam assistência do enfermeiro obstetra. Assim, durante o trabalho de parto destas mulheres, observa-se que: 41,67% delas não se alimentaram; 31,25% receberam ocitocina sintética por meio de acesso venoso; 50% não receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor; 29,17% das entrevistadas relataram toques vaginais consecutivos por pessoas distintas; 27,08% não ingeriram líquidos; 35,42% foram submetidas à amniotomia; 6,25% não tiveram liberdade para livre movimentação e 4,17% foram submetidas a tricotomia (Tabela 3).

Além das puérperas pós-parto vaginal, as mulheres que vivenciaram cesárea intraparto também passaram pelo trabalho de parto, nestes casos: 80% não se alimentaram e nem ingeriram líquidos neste período; a 100% das entrevistadas não foram fornecidos métodos não farmacológicos para o alívio da dor; 20% foram submetidas a

toques vaginais consecutivos por pessoas distintas, não tiveram liberdade para deambular e/ou mudar de posição, e foram submetidas a tricotomia, conforme a Tabela 3.

Ao analisar estatisticamente, nota-se que há diferença entre as mulheres que tiveram seus partos por via vaginal daquelas que tiveram cesárea, principalmente no que se refere a oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor ($p=0,03423$) e a ingestão de líquidos ($p=0,01686$). Desta forma, para as parturientes que experienciaram o parto via vaginal, o risco de não ingerir líquidos é 67% ($RR=0,33$) menor, comparadas as parturientes que foram submetidas a uma cesariana (Tabela 3).

Tabela 3. Análise estatística das variáveis pertinentes ao trabalho de parto em relação a via de parto. Caruaru-PE, 2023.

Desfecho	Via de Parto		Parâmetros		
	Vaginal (%)	Cesárea intraparto (%)	Risco Relativo (RR)	X ²	p
Mobilidade e posição materna					
Sim	93,75	80	0,31	1,20	0,27
Não	6,25	20			
Alimentação					
Sim	58,33	20	0,52	2,63	0,10
Não	41,67	80			
Ingestão de líquidos					
Sim	72,92	20	0,33	5,71	0,01
Não	27,08	80			
Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor					
Sim	50	0,00	2,00	4,48	0,03
Não	50	100			
Infusão de ocitocina sintética					
Sim	31,25	0,00	0,00	2,13	0,14
Não	68,75	100			
Tricotomia/Depilação perineal ou púbica					
Sim	4,17	20	4,80	2,08	0,14
Não	95,83	80			
Realização de toques vaginais sucessivos					
Sim	29,17	20	1,45	0,18	0,66
Não	70,83	80			
Realização de amniotomia de rotina					
Sim	35,42	0,00	0,00	2,55	0,10
Não	64,58	100			

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Quanto ao período expulsivo dos partos vaginais, 77,08% receberam a instrução para realizar puxos; porém, nenhuma das puérperas entrevistadas foram submetidas à episiotomia e à Manobra de Kristeller (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização da assistência recebida pelas mulheres durante o período expulsivo. Caruaru-PE, 2023.

Variáveis	N	%
Puxo dirigido		
Sim	37	77,08
Não	11	22,91
Episiotomia		
Sim	0	0
Não	48	100
Manobra de Kristeller		
Sim	0	0
Não	48	100
Posição do parto		
Supina	37	77,08
Não-supina	11	22,91

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

Quanto a assistência recebida pelo binômio mãe-filho no pós-parto (partos vaginais e cesáreas), 60% não houve estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida do nascimento; em 16,67% dos binômios não estabeleceram contato pele a pele; em 68,33% não houve clampeamento tardio do cordão umbilical; 36,67% das mulheres não permaneceram com seus filhos(as) e em 10% dos casos, os recém-nascidos foram conduzidos a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) após o nascimento (Tabela 5).

No que tange a análise estatística, não houve diferenças significativas entre os recém-nascidos encaminhados a UCI e as vias de nascimento, no entanto, sabe-se que para as boas práticas obstétricas e neonatais, essa diferença é significativa. Os dados demonstraram que, os binômios que vivenciaram o parto por via vaginal apresentaram 40% ($R=0,60$) menos riscos de não haver clampeamento tardio do cordão. Enquanto as puérperas que vivenciam a cesárea apresentaram 78% ($R=0,22$) mais risco de não permanecerem com os seus recém-nascidos após o nascimento.

Tabela 5. Análise estatística das variáveis pertinentes ao pós-parto em relação ao tipo de parto. Caruaru-PE, 2023

Desfecho	Via de Parto		Parâmetros		
	Vaginal (%)	Cesárea intraparto (%)	Risco Relativo (RR)	χ^2	p
Contato pele a pele					
Sim	87,50	66,67	1,31	2,95	0,08
Não	12,50	33,33			
Clampeamento tardio do cordão					
Sim	39,58	0,00	0,60	6,83	0,00
Não	60,42	100			
Permanência da mãe com o bebê					
Sim	75	16,67	0,22	13,83	0,00

Não	25	83,33			
Estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida					
Sim	37,50	50	0,75	0,61	0,43
Não	62,50	50			
Recém-nascido encaminhado a UCI					
Sim	10,42	8,33	0,97	0,04	0,83
Não	89,58	91,67			

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

5. DISCUSSÃO

Ao analisar as características sociodemográficas das mulheres entrevistadas sob a ótica de outros estudos, constata-se que o contexto vivenciado é dominante e definidor do cuidado obstétrico recebido. Este resultado assemelha-se ao encontrado em uma revisão que analisa as principais características do cotidiano que refletem no ciclo gravídico e puerperal e sua associação com violência obstétrica, retratando que o cenário de violência atinge, especialmente, mulheres de baixo nível socioeconômico, minorias étnicas, com características que excluem a subjetividade feminina como traço essencial para a construção da assistência centrada na mulher e do exercício de sua plena cidadania.¹¹

Quando se trata da via de parto, observa-se que esse critério se revela importante não somente para a diminuição de riscos durante a assistência obstétrica e o cuidado a parturiente ofertado, mas também, revela-se associado a satisfação da mulher, conforme pesquisa realizada no Distrito Federal com o objetivo de avaliar a satisfação das puérperas, no qual, a via de parto interfere nos diversos aspectos psicológicos da parturiente.¹³

Durante o trabalho de parto das mulheres entrevistadas e avaliando o cuidado obstétrico ofertado durante este momento, identifica-se a utilização de práticas atualmente consideradas desnecessárias sob a perspectiva da Prática Baseada em Evidências (PBE), tais como a realização de tricotomia, proibição da livre movimentação e deambulação, realização de toques vaginais sucessivos, além do não fornecimento de métodos não farmacológicos que pudessem aliviar a dor no trabalho de parto, o que reforça o modelo tecnocrático da assistência obstétrica.⁹

Sob a ótica do modelo hospitalocêntrico, identifica-se que a violência obstétrica está inserida nestes princípios, voltando-se prioritariamente para a autonomia do profissional de saúde. Assim, o modelo humanizado surge, segundo os autores, para romper com as estruturas ainda inseridas na formação obstétrica, com médicos e enfermeiros qualificados a resgatar o valor da mulher e a sua centralidade do cuidado,

bem como a inserção de práticas humanizadas com o propósito de promover a autonomia da mulher.⁶

A OMS, neste sentido, recomenda que, durante o processo de trabalho de parto, as mulheres possam ingerir líquidos e ser alimentadas; não devam ser submetidas a tricotomias de rotina; devam ser incentivadas a livre movimentação e a adoção de posições verticalizadas; possam utilizar de técnicas para relaxamento e alívio da dor com métodos não farmacológicos e de acordo com a sua preferência (musicoterapia, técnica de respiração e/ou massagem) e não devam ser submetidas a amniotomia e infusão de ocitocina sintética para encurtar a duração do trabalho de parto.⁹

Estas recomendações justificam-se com o fato de algumas intervenções durante o trabalho de parto levarem, de forma consecutiva, o uso de outras intervenções, contribuindo para uma cascata de intervenções, que não estão associadas a melhores resultados neonatais.³ Assim, de forma contrária ao que foi observado no presente estudo, os autores discorrem que as práticas são consideradas úteis e devem ser estimuladas, pois, proporcionam um ambiente seguro e respeitoso para a realização do trabalho de parto fisiológico.

Ademais, estudos comprovam que a adoção dessas condutas não recomendadas interfere aumentando o risco de dor no parto, favorece distúrbios e alterações de humor, sono e apetite, desestimula as mulheres a engravidar novamente, diminuem o vínculo mãe-filho e aumentam o medo do parto via vaginal.¹²

Permanecendo nesta perspectiva, em relação à assistência ao parto vaginal, agora centrado no período expulsivo, práticas como a indução de puxos foram relatadas por 77,08% das puérperas. Considerando as recomendações da OMS, essas mulheres devem ser encorajadas a seguir o próprio impulso, natural e espontâneo, de forma a conduzir seus puxos.⁹

Sugere-se que os puxos espontâneos permitem que a descida do feto seja mais lenta e controlada, causando um alongamento gradual dos músculos perineais, consequentemente, levando menos pressão na parede vaginal e nos ligamentos cervicais que sustentam as paredes vaginais. Quando o puxo é dirigido e se inicia antes do desejo de empurrar, esse esforço tende a provocar uma pressão na parede vaginal, bexiga e estruturas de suporte, podendo obstruir a decida do feto e contribuir para um desalinhamento biomecânico. Desta forma, os puxos involuntários tendem a apresentar melhores resultados perineais maternos a curto e longo prazo.¹⁴

Além destas práticas, 77,08% das puérperas pariram em posição supina (posição litotômica/ginecológica ou semissentada). O que converge com as evidências, as quais discorrem que regularmente, nas salas de parto, encontram-se mulheres seminuas, na presença de estranhos, muitas vezes sozinhas, em um cenário desconhecido, em posição de submissão total com as pernas abertas e levantadas, genitália exposta, rotineiramente separadas de seus filhos logo após o nascimento, trazendo riscos e desfechos negativos.^{11,3}

Entretanto, destaca-se, durante a pesquisa, os dados referentes a episiotomia e manobra de Kristeller, que não aconteceu com nenhuma das entrevistadas, e são consideradas não recomendadas.⁹ Como enfatiza o estudo, onde as evidências atuais apontam para os malefícios destas práticas e que não há comprovações de que a utilização delas reduzam o número de resultados perinatais negativos. O que podem estar relacionadas a assistência fornecidas pelas enfermeiras obstétricas que atuam durante o trabalho de parto e o parto vaginal, corroborando para a adoção das boas práticas.³

Ao analisar os resultados relacionados a hospitalização no que se refere a via de nascimento, observou-se que apenas 20% das mulheres foram submetidas à cesárea (ante parto ou intraparto), o que difere positivamente das taxas do Brasil, que atualmente apresenta-se em torno de 40% cesárea nos serviços públicos.¹³ Porém, mesmo apresentando taxas relativamente baixas quando comparadas a outras instituições, o atual estudo representa o risco da não adoção das boas práticas obstétricas e neonatais quando comparadas as mulheres que vivenciaram o parto vaginal.

Isso justifica-se ao analisar as práticas durante o trabalho de parto de mulheres que vivenciaram a cesárea intraparto, como: 80% não se alimentaram e/ou não ingeriram líquidos durante o trabalho de parto; e, a 100% não foram ofertados métodos não farmacológicos para alívio da dor. O que aponta uma forma de violência, visto que a adoção dessas recomendações de baixo custo, quando implementadas pelos profissionais, mesmo nos casos de trabalho de parto que culminam na cesárea, implicam em satisfação e vivência positiva para estas mulheres durante a internação hospitalar.¹²

Com relação a assistência ao binômio durante o período de pós-parto imediato, o clampeamento tardio do cordão umbilical e o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida não são aderidos como rotina na maioria dos casos (68,33% e 60% respectivamente), independente da via de nascimento, apesar dos benefícios comprovados, como a satisfação da puérpera, a criação do vínculo e a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido.⁹

Desse modo, pode-se entender que a violência obstétrica não se evidencia apenas no aspecto materno, da mulher, mas também sob o aspecto neonatal, pois, a não adesão dessas práticas compromete a chamada “hora de ouro”, a primeira hora de vida do bebê que representa a transição entre o útero e o ambiente externo.

Diante do que foi discutido, identifica-se que todas as mulheres entrevistadas neste estudo tiveram o seu cuidado obstétrico desrespeitado em algum momento, caracterizando, assim, algum tipo de violência. Dessa forma, apesar dos progressos obtidos na assistência ao parto, ainda necessita-se avançar nas rupturas estruturais quanto à implementação do modelo de humanização e a necessidade de melhoria da qualidade da assistência através dos profissionais da saúde.

A partir da educação continuada e capacitação contínua, deve-se assegurar o desenvolvimento da competência profissional, a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, com respaldo para tomada de decisões e intervenção na realidade de forma a trazer benefícios durante o período gravídico-puerperal destas mulheres.

Nesse sentido, destaca-se a figura da enfermeira obstétrica, pois, a sua participação está ligada, diretamente, na assistência ao parto fisiológico e repercute positivamente na redução de procedimentos iatrogênicos, na promoção do parto humanizado e na redução de cesarianas desnecessárias.¹¹

Durante o desenvolvimento deste estudo, há de se destacar uma limitação, que está relacionada ao desenvolvimento da pesquisa em uma única maternidade, contemplando um grupo particular de puérperas, impossibilitando, assim, uma generalização dos resultados apresentados para outros cenários de assistência obstétrica, como no âmbito municipal e em instituições privadas, por exemplo.

6. CONCLUSÃO

Os resultados constataram que todas as puérperas entrevistadas vivenciaram ao menos algum tipo de intervenção não recomendada pela OMS, relacionando assim, a algum aspecto de violência obstétrica, durante a internação hospitalar (trabalho de parto, parto vaginal, cesárea e pós-parto), especialmente no que se refere a realização de procedimentos desnecessários e à privação de alguns direitos maternos-neonatais que apresentam benefícios comprovados diante das evidências atuais.

Embora os dados obtidos apresentassem taxas positivas de partos vaginais e a presença da figura do enfermeiro obstetra, essas intervenções eram realizadas independentemente da gravidade do quadro clínico da mulher e do recém-nascido, culminando em práticas claramente nocivas que devem ser descartadas.

Destarte, a partir do que foi consolidado durante o estudo, foi possível realizar uma caracterização real e situacional da maternidade para que sejam ofertadas ações voltadas aos profissionais de saúde, principalmente, os enfermeiros obstetras. Pois, conquanto existam avanços no cuidado obstétrico, e dessa forma, promova progressivamente benefícios para prática e satisfação da assistência por parte das puérperas, necessita-se ainda, de uma qualificação da assistência ao parto, pois, a deficiência da comunicação paciente-profissional e as intervenções desnecessárias provocam diversas sensações para estas mulheres, como sofrimento, frustração e insatisfação durante o trabalho de parto e parto.

Portanto, para que as recomendações e a assistência obstétrica sejam positivas e seguras para o binômio, é preciso fomentar uma reestruturação do modelo de atenção à saúde obstétrica e treinamento dos profissionais de saúde como elemento para embasamento de prevenção e eliminação das diversas formas de violência, a fim de resgatar a condição feminina, valorização e autonomia da mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

7. FINANCIAMENTO

Não houve financiamento.

8. CONFLITOS DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Rubio-Álvarez A, Ortiz-Esquinas I, Ballesta-Castillejos A, Hernández-Martínez A. Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023 Mar 10;20(6):4930. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20064930>
2. Ferrão AC, Sim-Sim M, Almeida VS, Zangão MO. Analysis of the Concept of Obstetric Violence: Scoping Review Protocol. *Journal of Personalized Medicine* [Internet]. 2022 Jul 1;12(7):1090. DOI: <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>
3. de Souza KCR, da Silva TPR, Damasceno AK de C, Manzo BF, Souza KV de, Filipe MML, et al. Coexistence and prevalence of obstetric interventions: an analysis based on the grade of membership. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021 Sep 9;21(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04092-x>
4. Paiva A de MG, Pereira AMM, Dantas SL da C, Rodrigues ARM, Silva FWO da, Rodrigues DP. Representações sociais da violência obstétrica para puérperas e profissionais da saúde: análise fatorial de correspondência. *Cogitare Enfermagem*. 2022 Feb 4;27. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.75198>
5. Nascimento GS do, Santos VR dos, Marcolino E de C, Araújo-Monteiro GKN de, Dantas AMN, Santos-Rodrigues RC dos. Obstetric Violence: A Conceptual Analysis in the Nursing Context. *Aquichan*. 2022 Dec 14;22(4):1–25. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.8>
6. Paula E de, Alves VH, Rodrigues DP, Felício F de C, Araújo RCB de, Chamilco RA da SI, et al. Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2021 Jan 15;29. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0248>
7. Brasil. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. De junho de 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
8. Alves TC de M, Coelho ASF, De Sousa MC, Cesar NF, Da Silva PS, Pacheco LR. Contribuições da enfermagem obstétrica para as boas práticas no trabalho de parto e parto vaginal. *Enfermagem em Foco*. 2020 Feb 21;10(4). DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2210>
9. World Health Organization. Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018.
10. De Jesus Batista MH, Alves de Araujo A, Feitosa dos Santos R, Vicentino Lima D, Soares Nunes T, De Moraes Souza AC. Desafios da enfermagem frente ao parto humanizado: percepções de profissionais sobre a humanização em obstetrícia. *Saúde Coletiva (Barueri)*. 2021 Aug 2;11(67):6949–62. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i67p6949-6962>
11. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2018 Nov 29;26(0). = DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>

12. Gonçalves DDS, Moura MAV, Pereira AL de F, Queiroz ABA, Santos CAD, Torquato HDM. Satisfação e insatisfação no parto normal sob o enfoque dos atributos da qualidade da assistência. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2021 Dec 10 [cited 2023 May 9];29:e59021. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.59021>
13. Junior, Cristiane Faiad, Manoel C, Ângela Ferreira Barros. Satisfação de puérperas com os serviços obstétricos recebidos: aprimoramento de instrumento de avaliação. Revista Brasileira De Enfermagem. 2023 Jan 1;76(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0457pt>
14. Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2017; 3. DOI: <https://doi.org/10.1002%2F14651858.CD009124.pub3>

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA PARA SUBMISSÃO



1. ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE OS MANUSCRITOS

- Os artigos para publicação devem ser enviados exclusivamente à Revista de Enfermagem UFPE On line (REUOL), não sendo permitida a apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente. Os manuscritos devem ser originais e inéditos;
- Trabalhos de conclusão de curso (graduação, pós-graduação - especialização, mestrado e doutorado) que estão disponibilizados no repositório da instituição formadora é necessário informar com asterisco sobrescrito no título e na nota de rodapé com o link de acesso no repositório;
- As responsabilidades dos autores no fluxo editorial envolvem: 1) encaminhamento do manuscrito, anexos e o preenchimento de todos os metadados; 2) a redação, as opiniões e os conceitos emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão e a procedência das citações, as quais não refletem necessariamente a posição/opinião do Conselho Diretor e do Conselho Editorial da REUOL;
- O periódico não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, ao direito de solicitar a revisão de português aos autores;
- A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on-line no endereço <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/author>

2. ORIENTAÇÕES PARA PREPARO DO MANUSCRITO

2.1 Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator conforme tipo de estudo realizado:

Para melhorar a qualidade e a transparência de todas as pesquisas em investigação em saúde seguir o Equator Network (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>).

2.2 Para a submissão dos manuscritos, os autores devem observar as seguintes orientações:

Todos os autores devem estar registrados na Plataforma Lattes (<http://lattes.cnpq.br>) e ORCID iD (<https://orcid.org/register>), em cumprimento a "Best practice Guideline for

Publishers" (<https://orcid.org/content/orcid-publication-workflows-step-step-guide-publishers>)

2.3 Os Manuscritos podem ser redigidos em português, inglês ou espanhol. Todos os manuscritos, após o aceite, deverão ser traduzidos para o inglês, em sua versão final. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REUOL.

2.4 Os manuscritos devem ser submetidos à REUOL por meio da URL <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/author/submit/1>.

2.5 Tipos de manuscritos

2.5.1 Artigos originais: envolvem resultados de pesquisas empíricas, de diferentes desenhos metodológicos (estudos epidemiológicos, estudos de avaliação, estudos qualitativos, estudos de intervenção), limitando-se a 20 páginas, excluindo o resumo e as referências. A coleta de dados deve ser de no máximo, os últimos cinco anos. Devem apresentar as seguintes seções:

- A Introdução deve ser breve, definir o problema e sua relevância, lacunas do conhecimento e objetivos do estudo.
- Método: deve conter tipo de estudo, local, população, amostra e critérios de seleção amostral, fontes de dados, instrumentos de coleta de dados, técnicas de coleta de dados, período da coleta de dados, processo de análise dos dados, aspectos éticos e legais, incluindo número do parecer do comitê de ética em pesquisa.
- Resultados: devem apresentar uma sequência lógica. Quando forem apresentadas tabelas e/ou ilustrações (figuras e quadros), o texto deve ser complementar e não repetir o conteúdo.
- Discussão (separada da seção de resultados): deve apresentar as principais evidências contextualizadas com a literatura, interpretação, limitações e implicações para pesquisas futuras e para a prática de enfermagem.
- Conclusão/considerações finais: devem responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos resultados encontrados. Não devem ser citadas referências.

Sistemáticas deverão ser acompanhados do registro na Plataforma PROSPERO.

3. APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

3.1 Página de submissão- Metadados

Título: somente no idioma original, até 15 palavras em letras maiúsculas (caixa alta).

Metadados dos autores: a quantidade de autores deverá ser de 1-8 autores,) explícitos sem abreviaturas de sobrenomes. Nos metadados devem ser incluídos link do Currículo Lattes, número ORCID® (Open Researcher and Contributor ID: <https://orcid.org/register>) e vínculo institucional. No preenchimento do ORCID, colocar <http://orcid.org> (excluindo o s).

Resumo somente no idioma original, no formato estruturado com as seguintes seções: objetivo, método, resultados, conclusão/considerações finais, com no máximo 200 palavras.

Descritores em número de 5 (cinco) a 8(oito): Português/Inglês/Espanhol. Devem ser extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS: <http://decs.bvs.br>), e/ou do Medical Subject Headings (MESH): <https://meshb.nlm.nih.gov/Search>

Autor responsável pela correspondência (nome completo e e-mail)

3.2 Documento principal

O manuscrito deve ser formatado de acordo com as seguintes orientações: Papel A4, margens de 2 cm, fonte Arial, tamanho 12, espaçamento 1,5 entre linhas, sem espaços entre os parágrafos e recuo de 1,25 cm. As citações dos autores ao longo do texto devem ser sobrescritas após o ponto, sem parênteses.

Citações consecutivas devem ser separadas por hífen. Exemplo: 3-6

Citações não consecutivas devem ser separadas por vírgula. Exemplo: 3,12

Agradecimentos (opcional):

Financiamento: Os autores devem agradecer as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo, incluindo Bolsas de estudo. Nos estudos realizados sem recursos financeiros, os autores devem informar que não houve financiamento.

Conflitos de interesses: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

3.3. Orientações para apresentação das Referências

As Referências devem ser formatadas no Estilo Vancouver: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, disponíveis no endereço eletrônico www.icmje.org. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os

títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index.

Os autores devem considerar que as referências são importantes para dar credibilidade à validade do seu estudo. Só devem ser citadas as referências de periódicos científicos indexados em bases de dados internacionais, que foram consultadas na íntegra pelo autor e que tenham relação direta, relevante, com o assunto abordado. Não incluir na lista referências que não possam ser recuperadas no original pelo leitor e outras fontes inacessíveis ou obras de reduzida expressão científica.

Não apresentar referências de revistas “predatórias”, mesmo tendo o Qualis Capes. Para isso, consulte o link: <https://beallist.net/standalone-journals>. Deve-se considerar referências atualizadas, com menos de cinco anos, exceto para artigos de revisão.

Número de referências: 30, exceto nos artigos de revisão.

Ressalta-se que os artigos de revisão podem não atender aos seguintes critérios padrão dependendo do recorte temporal estabelecido na pesquisa dos artigos:

- ▶ 60% de produções publicadas nos últimos 5 anos, em periódicos indexados;
- ▶ 30% nos últimos 3 anos, em periódicos indexados;
- ▶ até 10% de Livros ou artigos que ultrapassem cinco anos de publicação.

Referenciar o(s) autor(es) pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.

Quando o documento possui de um até 6 autores, citá-los, separados por vírgula; quando possui mais de 6 autores, citar apenas os 6 primeiros seguidos após a vírgula da expressão latina “et al”.

Na lista de referências, devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto.

Citar de 3 a 6 referências de periódicos estrangeiros na versão em inglês.

Inserir Digital Object Identifier (DOI) ou link de acesso ao final de todas as referências, com exceção de livros físicos.

Não citar literaturas cinzentas: teses, dissertações (exceto para estudos de revisão). Livros (apenas os que fundamentam o método de pesquisa e referencial teórico) e capítulos, manuais, normas, legislação (exceto as imprescindíveis).

Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do

último ponto para separar do ano. Em relação à abreviatura dos meses, consultar: <http://www.revisoeserevisoes.pro.br/gramatica/abreviaturas-dos-meses/> (não considerar o ponto, conforme o Estilo Vancouver recomenda: Jan Feb Mar Apr May June July Aug Sept Oct Nov Dec).

3.4 Tabelas: Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word. Os dados devem estar explícitos, separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula. Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior da tabela. Se usar dados de outra fonte, publicados ou não, obter permissão e indicar a fonte por completo. Apresentar material explicativo em notas abaixo da tabela. Explicar em notas todas as abreviaturas não padronizadas usadas em cada tabela.

As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em sua nota de rodapé.

O conjunto de tabelas e figuras deve ser em número máximo de 6 (seis).

3.5 Figuras: são figuras - gráficos, quadros, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Os gráficos, quadros, esquemas e fluxogramas devem ser apresentados com acesso ao conteúdo.

O título das figuras deve ser grafado com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte inferior. A numeração é consecutiva, com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto.