



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2023;4:1-12

Artigos de
Temas Livres

DOI:

[https://doi.org/10.51723/
hrj.v3i18.746](https://doi.org/10.51723/hrj.v3i18.746)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 29/11/2022

Aceito: 27/12/2022

Avaliação dos marcadores de risco habitual do protocolo de assistência de Enfermagem Obstétrica da SES/DF em um hospital público do Distrito Federal

Assessment of usual risk markers of the SES/DF Obstetric Nursing assistance protocol in a public hospital in the Federal District

Camila da Silva Ferreira de Almeida¹ , Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro² 

¹ Enfermeira residente em Enfermagem Obstétrica na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

² Enfermeira Obstetra. Mestre em Ciência da Saúde pela Escola Superior de Ciência da Saúde do DF - ESCS/DF. Coordenadora da residência de enfermagem obstétrica da Escola Superior de Ciência da Saúde do DF-ESCS/DF. Brasília, DF, Brasil.

Correspondência: camila.falmeida96@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar os marcadores de classificação de risco habitual do atual protocolo de assistência obstétrica da SES/DF, no Hospital da Região Leste (HRL). **Método:** estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa e com busca de dados retrospectivos, com o propósito de analisar a aplicabilidade dos marcadores de risco habitual do atual protocolo da SES/DF. O objeto de investigação são puérperas assistidas no parto e nascimento pela enfermagem obstétrica. A coleta dos dados se deu através de um instrumento semiestruturado construído com base nos dados fornecidos pelo livro de registro local e dados do prontuário da paciente, apurando os marcadores de risco habitual, alto risco e dados da assistência ao parto e nascimento, focando nas urgências e emergências. **Resultados:** conclui-se que a enfermagem obstétrica vem atuando em situações que vão além do protocolo instituído; tal documento que visa a priori a assistência de partos a paciente com marcadores de baixo risco, vem se tornando obsoleto, na medida que ocorre uma expansão no serviço da enfermagem para além do risco habitual.

Palavras-chaves: Enfermagem obstétrica; Assistência de enfermagem; Protocolo clínico; Gestação de alto risco; Parto normal.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the usual risk classification markers of the current obstetric care protocol of the SES/DF, at the Hospital da Região Leste (HRL). **Method:** descriptive exploratory study with a quantitative approach, and with a search for retrospective data. It will take place at the Obstetric Center of the Hospital Regional Leste (Paranoá), located in the Federal District, with the purpose of analyzing the applicability of the usual risk markers of the current SES/DF protocol. The object of investigation will be puerperal women assisted in childbirth and birth by obstetric nursing. The research will be carried out following

the following steps after approval by the CEP: data collection will take place through a semi-structured instrument built on the basis of data clarified by the local record book and data from the patient's chart, determining the markers of usual risk, high risk and delivery and birth care data, focusing on urgencies and emergencies. **Results:** it is concluded that obstetric nursing has been acting in situations that go beyond the established protocol; such a document, which a priori aims at assisting deliveries to patients with low-risk markers, has become obsolete, as the nursing service expands beyond the usual risk.

Keywords: Obstetric nursing; Nursing assistance; Clinical protocol; High risk pregnancy; Normal birth.

INTRODUÇÃO

As boas práticas de atenção à parturição foram relatadas preliminarmente em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e remodeladas em 2018. A enfermagem obstétrica, além de prestar cuidado integral à mulher, promove um modelo assistencial na parturição e nascimento¹.

A criação de protocolos que guiam as práticas profissionais colabora para uma assistência cimentada em melhores índices, e a elaboração simultânea desses instrumentos enriquece a reflexão dos profissionais quanto ao desenvolvimento do trabalho, e sobre a indispensabilidade para um cuidado sistematizado, estruturando o serviço e impulsionando melhora na assistência à saúde¹. A sistematização objetiva propor a autonomia do enfermeiro por meio de uma assistência organizada, através de um instrumento de avaliação baseados em padrões de qualidade, promovendo e prevenindo complicações no parto, pós-parto e puerpério, além de estimular condições benéficas a este processo².

O Protocolo de Assistência de Enfermagem Obstétrica, em Hospitais da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal, através da portaria SES-DF nº 993 de 02.12.2019, publicada no DODF nº 232 de 06.12.2019, visa reduzir a mortalidade materna aplicando boas práticas em uma assistência humanizada³. O uso de boas práticas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) e pela OMS estão sendo grandemente utilizadas, assim como a redução de intervenções obstétricas desnecessárias durante o processo do parto permitindo o protagonismo e singularidade das mulheres além da vivência de um parto mais respeitoso, natural e fisiológico⁴.

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 é regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08.06.1987, dispõe sobre o exercício profissional do enfermeiro

obstetra (EO), devidamente preparado para exercer tal assistência, no qual inclui: assistência à parturiente durante o parto normal; identificar distócias e prestar assistência frente a intercorrências até a chegada do médico; quando necessário, realizar episiotomia e episiorrafia⁵.

A decisão política sobre a introdução da Enfermagem Obstétrica na assistência ao parto de baixo risco ainda não é o suficiente para que o mesmo seja implementado na prática, carecendo ainda, de espaços para debates e discussões que possam ampliar de forma geral o reconhecimento do trabalho e a qualificação no atendimento prestado⁶. Enfermeiros obstetras dispõem de total autonomia para assistência ao parto, identificação de complicações e procedimentos relevantes no decorrer do ciclo gravídico-puerperal, alicerçados pela legislação e em protocolos já elaborados. O uso de protocolos auxilia e orienta enfermeiros obstetras no que diz respeito à assistência no pré-parto, parto e pós-parto⁷.

A equipe de enfermagem obstétrica deve se preparar para a assistência, tanto em parturientes classificadas como risco habitual quanto de alto risco. As pacientes classificadas como baixo risco gestacional poderão ser acompanhadas pela equipe de enfermagem obstétrica⁸. O enfermeiro obstetra possui respaldo legal, autonomia e competência para agir conforme as intercorrências surjam, visto que, durante sua formação exige-se conhecimento específicos sobre emergências obstétricas⁹.

Para efetivar a humanização em ações de atenção à saúde, a OMS orienta maior participação da enfermagem obstétrica na parturição, sendo aptos a acompanhar mulheres em seu ciclo gravídico-puerperal, se baixo risco⁷. A visibilidade e autonomia da categoria profissional fortificam o aprimoramento de habilidades técnicas especializadas, tornando-as habilitadas para atuar na ela-

boração de protocolos e ferramentas embasadas em evidências científicas e validadas na prática da assistência¹⁰.

Após o diagnóstico da gestação, a paciente e seu acompanhante devem ser orientados conforme o seguimento de consultas de pré-natal (consultas, calendário de vacinação, exames de rotina, atividades educativas). O profissional capacitado para realizar uma consulta de pré-natal deverá realizar uma anamnese detalhada, com o intuito de classificar o risco gestacional como baixo ou alto risco¹¹.

Durante o trabalho de parto em fase ativa, a parturiente deverá ser reclassificada quanto ao risco a cada duas horas ou, se apresentar intercorrências³. De acordo com o protocolo, a análise para classificação do risco da parturiente, deve-se iniciar no momento da admissão, através da anamnese e exame físico. Com a classificação da parturiente como risco habitual, possibilita o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e parto por enfermeiro obstetra e residentes de enfermagem obstétrica (sob supervisão)³.

Um pré-natal adequado permite a prevenção de maiores complicações durante a gestação, consequentemente, promove um parto seguro. Contudo, conforme o decorrer dos atendimentos, deverá ser sinalizado no cartão, caso haja a identificação de fatores que possam classificar a gestação como alto risco³.

Uma assistência de qualidade é determinante para conduzir o parto, com o objetivo de assentar cuidados oportunos e seguros para a mulher.¹ A assistência obstétrica guiada por protocolos, associada a hábitos humanizados, busca reduzir significativamente o índice de morbimortalidade perinatal e materna, visto que, partos normais incentivam o processo fisiológico da mulher, e esta sendo protagonista desse processo⁷. O modelo assistencial ao parto com a atuação da enfermagem obstétrica proporciona redução de intervenções no processo de parturição e respeito à fisiologia do processo do trabalho de parto, resultando em bons desfechos neonatais e obstétricos¹².

A presença do enfermeiro atuando na assistência ao parto é imprescindível para a mudança de padrões e qualidade da assistência em Obstetrícia. Com o encorajamento da participação de enfermeiros obstétricos durante o parto, obser-

va-se o fortalecimento da autonomia embasado no respaldo legal para avaliar, conduzir e definir condutas necessárias ao parto de baixo risco¹³. A formação específica com reconhecimento de evidências científicas expande a qualificação da assistência prestada¹⁴.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa e com busca de dados retrospectivos.

A amostra foi composta por 396 partos acompanhados e assistidos pela enfermagem obstétrica, no ano de 2021, através do livro de registros de partos da enfermagem, com o intuito de colher informações necessárias para buscar os marcadores de classificação de parto em risco habitual ou alto risco. Para a obtenção da amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: puérperas que tiveram seus partos assistidos pela equipe de enfermagem obstétrica, de forma exclusiva ou colaborativa com a equipe médica. Foram utilizados como critério de exclusão: registros de partos incompletos e cujo prontuário eletrônico não conseguisse subsidiar os dados faltantes.

Utilizou-se para a coleta dos dados um formulário próprio, elaborado de acordo com as variáveis utilizadas no Livro de Registros de Partos e no protocolo da SES/DF: "Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal".

A análise dos dados foi realizada em tabelas e analisadas com o auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 26.0. Após a tabulação das variáveis, foram elaboradas tabelas com percentuais equivalentes a cada variável.

Tratando-se dos aspectos éticos, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, através do parecer de número 5.355.464, CAAE: 55320721.4.0000.5553.

RESULTADOS

Durante o período de janeiro a dezembro de 2021, foram assistidos 396 partos por enfermeiros obstetras.

Quanto à paridade, o protocolo institucionalizado defende que os enfermeiros obstetras assistam parturientes que tiveram até 4 partos normais; do total analisado no estudo em questão, em relação à multiparidade, 96,9% dos partos foram assistidos dentro dos parâmetros do protocolo assistencial de enfermagem obstétrica, e 3,1% foram realizados fora do protocolo.

Das gestantes que fogem do protocolo assistencial de enfermagem obstétrica, 58,33% foram assistidas exclusivamente pela enfermagem obstétrica e 41,66% em assistência compartilhada entre médicos gineco-obstetras (GO) e enfermeiros obstetras.

Tabela 1 – Assistência de enfermagem a grandes múltiparas.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Assistência de Enfermagem por Paridade	
< 4 partos	384 (96,9%)
≥ 5 partos	12 (3,1%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
≥ 5 partos	7 (58,3%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
≥ 5 partos	5 (41,6%)

Na avaliação das consultas foi constatado que 82,6% das pacientes atendiam o número mínimo exigido pelo protocolo de consultas de pré-natal (> 6 consultas de pré-natal) e 17,4% fugiam do estipulado pelo mesmo.

Tabela 2 – Número de consultas realizadas pelas pacientes no pré-natal.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Nº de consultas de Pré Natal	
< 6 consultas	69 (17,4%)
≥ 6 consultas	327 (82,6%)

Foi verificado que do total de partos assistidos pelos enfermeiros obstetras, 53,8% dos partos fugiam da classificação de risco habitual empregue no protocolo e possuíam algum fator de risco obstétrico.

Tabela 3 – Partos de alto risco x Partos de risco habitual

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos de Alto Risco Assistidos pela Enfermagem	
Total de partos	213 (53,8%)
Partos de Risco Habitual Assistidos pela Enfermagem	
Total de partos	183 (46,2%)

Com relação à prematuridade, apesar da indicação no protocolo de assistência de enfermagem de assistir apenas a partos com idade gestacional superior ou igual a 37 semanas, observou-se que a enfermagem obstétrica assistiu 3,78% de partos prematuros. Desta totalidade, 60% foram realizados exclusivamente pela equipe de enfermagem e 40% foram em assistência compartilhada.

Tabela 4 – Partos prematuros assistidos pela equipe de enfermagem.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos prematuros	
Total de partos com IG < 37 semanas	15 (3,78%)

Tabela 5 – Totalidade de partos prematuros assistidos pela equipe de enfermagem, separados por categorias: assistência exclusiva de enfermeiros e assistência compartilhada.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
IG < 37 semanas	9 (60%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
IG < 37 semanas	6 (40%)

Foram observados que em 12,12% dos trabalhos de parto, as pacientes eram portadoras de diabetes mellitus gestacional – DMG. A equipe de enfermagem obstétrica foi responsável por 62,5% da totalidade destes partos, e a assistência compartilhada foi observada em 37,5% partos.

Tabela 6 – Assistência de enfermagem a pacientes portadoras de DMG.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos Assistidos em paciente portadora de DMG	
Total de partos	48 (12,12%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Paciente portadora de DMG	30 (62,5%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Pacientes portadora de DMG	18 (37,5%)

Em gestantes portadoras de síndrome hipertensiva específica da gestação – SHEG, foi notado dentro da amostra que 4,04% dos partos foram assistidos pela enfermagem, sendo 43,75% apenas pela enfermagem obstétrica e 56,25% em assistência compartilhada com a equipe médica.

Tabela 7 – Parto de pacientes portadoras de SHEG assistidos pela enfermagem obstétrica, em exclusividade e em assistência compartilhada pelos médicos.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos Assistidos em paciente portadora de SHEG	
Total de partos	16 (4,04%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Paciente portadora de SHEG	7 (43,75%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Pacientes portadora de SHEG	9 (56,25%)

Dos partos efetuados, 30,80% necessitaram de algum tipo de intervenção, dentre eles 86,88% foram assistidos pela equipe de enfermagem obstétrica e 13,12% em assistência compartilhada com a equipe médica.

Tabela 8 – Intervenção em partos assistidos pela equipe de enfermagem.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos Assistidos em paciente portadora de SHEG	
Total de partos	122 (30,80%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Paciente portadora de SHEG	106 (86,88%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Pacientes portadora de SHEG	16 (13,12%)

Dentre as intervenções foi identificado que 15,15% das mulheres fizeram uso da ocitocina durante o trabalho de parto, destas, 91,66% foram acompanhadas pela equipe de enfermagem e apenas 8,34% em assistência conjunta, sendo esse um parâmetro que não está incluso no atual protocolo de assistência obstétrica.

Tabela 9 – Uso de ocitocina em trabalho de parto por pacientes atendidas pela enfermagem.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos Assistidos com uso de ocitocina	
Total de partos	60 (15,15%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Partos com uso de ocitocina	55 (91,66%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Partos com uso de ocitocina	5 (8,34%)

A respeito da variável uso de misoprostol, temos que 9,84% das gestantes fizeram uso do misoprostol, e dessas, 71,79% foram assistidas em seu parto pela enfermagem, e 28,21% em assistência compartilhada.

Tabela 10 – Uso de misoprostol em trabalho de parto por pacientes atendidas pela enfermagem.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos Assistidos com uso de misoprostol	
Total de partos	39 (9,84%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Partos com uso de misoprostol	28 (71,79%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Partos com uso de misoprostol	11 (28,21%)

Embasado no protocolo institucional, a enfermagem obstétrica tem autonomia que permite a realização de suturas de lacerações grau I e II. Durante a análise de dados podemos observar que 73,73% das pacientes tiveram algum tipo de laceração durante o parto e nascimento, destas, 82,53% dos casos foram suturas realizadas pela equipe de enfermagem e em 17,46% dos casos em assistência compartilhada.

Tabela 11 – Presença de laceração em partos assistidos por enfermeiros obstetras e seu grau de classificação.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos com presença de laceração	
Total de partos	292 (73,73%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Partos com uso de ocitocina	241 (82,53%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Partos com uso de ocitocina	51 (17,47%)
Grau de laceração	
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Grau I	161 (81,31%)
Grau II	78 (85,71%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Grau I	37 (18,69)
Grau II	13 (14,29)

O protocolo traz que o enfermeiro obstetra tem autonomia e respaldo para assistir partos de gestantes com líquido amniótico claro e com grumos; sendo vedada a assistência ao parto na presença de líquido amniótico meconial. No presente estudo foi observado que 15,9% das gestantes tinham uma bolsa rota com líquido amniótico meconial, dentre elas 77,77% foram assistidas em seu parto pela enfermagem obstétrica e apenas 22,23% dos partos foram em assistência compartilhada.

Tabela 12 – Partos assistidos por enfermeiros obstetras com LA meconial.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos com LA meconial	
Total de partos	63 (15,9%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Partos com uso de misoprostol	49 (77,77%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Partos com uso de misoprostol	14 (22,23%)

O protocolo permite ao enfermeiro obstetra a identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico, e, dentro dos resultados obtidos podemos ver que 3,78% dos partos tiveram algum tipo de distócia, sendo 86,66% resolvido pela enfermagem obstétrica em exclusividade e apenas 13,34% em assistência compartilhada.

Tabela 13 – Partos assistidos por enfermeiros obstetras com presença de distócia.

Variáveis/Categorias	Total N (%)
Partos com distócia	
Total de partos	15 (3,78%)
Assistência Exclusiva de Enfermagem	
Partos com uso de misoprostol	13 (86,66%)
Assistência Compartilhada (GO/EO)	
Partos com uso de misoprostol	2 (13,34%)

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que do total de partos de grandes múltiparas, a sua maioria foi assistido exclusivamente por enfermeiros obstetras, em comparação à assistência colaborativa entre médicos e enfermeiros. Estudos semelhantes corroboram para esta perspectiva, ao demonstrar que se tornou fato a assistência de enfermagem ao parto de grandes múltiparas em diversos serviços; não havendo distinção ou impedimento na assistência a este tipo de parto em muitos locais. Em um outro estudo em uma maternidade de baixa complexidade, observou-se que a equipe de enfermagem obstétrica foi responsável por 11,24% dos partos de grandes múltiparas¹⁵.

Podemos inferir que é notório a participação da enfermagem em partos de grandes múltiparas, e cada vez mais se consolida essa assistência, demonstrada pela capacidade técnica de manejo da enfermagem obstétrica, atuando no risco que advém desta particularidade; e no caso específico desse estudo, também da disponibilidade de recursos materiais e humanos para a resolução de intercorrências, visto que os partos são assistidos em unidade de alta complexidade.

Quanto ao número de consultas, o Ministério da Saúde recomenda o mínimo de seis consultas no decorrer do pré-natal. De acordo com os resultados relacionados ao número de consultas no presente estudo, pode-se observar que a maioria das pacientes atendem à recomendação exigida pelo protocolo. Em um estudo realizado em uma maternidade pública estadual pode-se observar que 53,65% das gestantes atenderam à recomendação mínima exigida¹⁵, associando-se então,

ao resultado obtido nesse estudo. Outro estudo realizado em hospital universitário demonstrou que 76,96% tiveram acompanhamento adequado do pré-natal respeitando as orientações do MS¹⁶.

Esses resultados corroboram com a importância da realização do pré-natal para o desenvolvimento adequado e saudável do bebê, assim como para possível detecção de patologias maternas precocemente, impactando positivamente na redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal.

Se tratando da classificação de risco obstétrico, foi verificado no estudo que mais da metade dos partos realizados pela equipe de enfermagem foram classificados como de alto risco, ou seja, gestantes que fugiam da classificação de risco habitual descrita no protocolo de enfermagem obstétrica, e, possuíam algum fator de risco obstétrico. Um estudo realizado em um Centro de Parto Normal intra-hospitalar no Mato Grosso, verificou que cerca de 52% das gestantes apresentavam fatores de risco para o processo de parturição¹⁷.

O grande índice de pacientes de alto risco coloca a enfermagem obstétrica a frente, tendo em respaldo autonomia para atuar como profissional de uma equipe multidisciplinar, prestando assistência de maior complexidade técnica embasada em conhecimento técnico e científico.

No tocante a prematuridade, foi constatado no estudo uma pequena porcentagem de partos assistidos pela enfermagem. Dentre eles, em sua maioria, a enfermagem obstétrica foi a responsável pela assistência. Em um estudo realizado em Fortaleza em 2018, percebeu-se que 10,9% das parturientes atendidas pela enfermagem obstétrica tiveram partos prematuros¹⁸; associando-se a um outro estudo realizado em um hospital em Recife que apresentou prematuridade em 5% dos casos¹⁹.

Observou-se no estudo que existiu uma pequena porcentagem de partos de gestantes com DMG, sendo ainda, mais da metade, partos realizados pela equipe de enfermagem obstétrica exclusivamente. Em um estudo realizado em Recife, foi constatado que cerca de 20% das mulheres tiveram diabetes na gestação²⁰; seguido de um outro estudo em um Centro de Referência em Saúde da Mulher e da Criança (CRESCEM), que trouxe um dado de 16,46% de gestantes portadoras de diabetes mellitus gestacional²¹.

Podemos salientar que a DMG é considerada um fator de risco para a gestação e que pode trazer malefícios tanto durante o período gestacional, quanto durante o trabalho de parto, como distócias. Ainda sim, existe uma porcentagem significativa dessas gestantes portadoras de DMG e a equipe de enfermagem obstétrica atua e se faz presente na assistência, fortalecendo ainda mais sua participação.

No que se refere às gestantes portadoras de SHEG, observou-se uma pequena quantidade de partos efetuados (4,04%), sendo eles em sua maioria, em assistência compartilhada entre a equipe de enfermagem e a equipe médica. Um estudo realizado em uma Casa de Parto Normal em 2020, observou-se que uma pequena parcela (2,9%) das gestantes apresentaram SHEG¹⁷.

Com base em literaturas, em países desenvolvidos, a SHEG acontece entre 2% e 8% das gestações, podendo chegar no Brasil, a 30%²². Visto que a SHEG é um fator de alto risco e uma das principais causas de morte materna no Brasil, além de ser considerada a patologia que mais traz efeitos prejudiciais para o organismo da mãe e do feto, é possível observar que apesar de índices mais baixos, as equipes colaboram entre si com a assistência, reafirmando ainda, a importância de um acompanhamento mais acentuado durante o pré-natal para minimizar problemas futuros na gestação.

Avaliando gestantes que tiveram algum tipo de intervenção durante o trabalho de parto, podemos salientar que, dos partos realizados, 30,80% tiveram alguma necessidade de intervenção e em sua grande maioria a assistência foi realizada exclusivamente pela enfermagem obstétrica. Tais resultados foram semelhantes em um estudo realizado em 2021 onde os índices de intervenções obstétricas foram prevalentes no decorrer da assistência²³. Em um outro estudo observou-se que 32,8% das gestantes receberam algum tipo de indução¹⁷.

Podemos observar ainda que o uso persistente e inapropriado de intervenções pode repercutir em resultados perinatais desfavoráveis, mas que uma assistência com intervenções adequadas embasadas em pesquisas científicas e avaliadas caso a caso, pode sim trazer benefícios para a parturiente.

Ao analisar os tipos de intervenções realizadas, considerou-se que 15,15% das gestantes do estudo fizeram uso da ocitocina, sendo em sua maior parte,

assistência prestada pela equipe de enfermagem obstétrica. Em um estudo comparativo realizado em Porto Alegre foi observado que o uso da ocitocina para correção da dinâmica uterina foi utilizado em 19,1% das gestantes²⁴. Em um outro estudo pode-se observar que 38,2% das pacientes que foram atendidas pela enfermagem obstétrica realizaram uso de ocitocina²⁵.

O uso da ocitocina deve ser realizado com cuidado e controle rigoroso. O enfermeiro obstetra possui autonomia e seu uso está de acordo com o protocolo de enfermagem obstétrica se realizado em período expulsivo, desde que a mãe e o bebê estejam em condições favoráveis, sendo necessário, uma monitorização contínua da vitalidade fetal.

Ainda discorrendo sobre as intervenções, uma pequena porcentagem das gestantes fizeram uso de misoprostol, sendo em sua maioria assistência exclusiva da enfermagem obstétrica. Esses resultados foram semelhantes a um estudo realizado em uma Maternidade no Ceará onde uma pequena porcentagem das pacientes foram submetidas ao uso da medicação²⁶; associando-se também a um segundo estudo realizado no Piauí em que pode ser observado o uso mínimo do misoprostol em gestantes que evoluíram com parto normal²⁷.

Abordando o índice de laceração, pode-se observar que houve uma quantidade significativa das gestantes acometidas, representando mais da metade da amostra. Em um estudo realizado em um Centro de Parto Normal em Fortaleza observou-se dentro da amostra que mais da metade também apresentou algum grau de laceração¹⁸.

Sobre as características do líquido amniótico, foi observado que 15,9% das gestantes apresentavam líquido amniótico meconial, e em sua maioria, tiveram os partos assistidos pela enfermagem obstétrica. Um estudo realizado em um Hospital Maternidade do Rio de Janeiro a presença de líquido amniótico meconial foi constatado em 14,9% das gestantes²⁷; que se assemelha com um estudo realizado em uma maternidade do Goiás, onde 20,22% das pacientes assistidas pela enfermagem obstétrica, apresentavam aspecto de líquido amniótico meconial¹⁵. A presença de mecônio foi constatada em 11,9% dos partos realizados em um Centro de Parto Normal de São Paulo²⁸.

Podemos observar que isoladamente a presença de líquido amniótico meconial não foi algo impeditivo para o acompanhamento do trabalho de parto, e que é

necessário que a equipe esteja sempre atenta a outros parâmetros que devem ser avaliados concomitantemente, durante a assistência referente à vitalidade fetal e materna.

Em relação à resolução de partos distócicos, foi observado um baixo índice de partos assistidos pela equipe de enfermagem. Esses resultados foram semelhantes a um estudo realizado em uma maternidade pública no Goiás que apontou baixo índice de partos com distócia realizados pela equipe de enfermagem obstétrica¹⁵. Apesar da baixa ocorrência de distócias observadas no estudo, e do enfermeiro obstetra não ser responsável pela realização do parto normal com distócia, é perceptível que os casos foram solucionados com manobras de desprendimento adequadas, podendo observar além disso que a participação do enfermeiro obstetra nesses partos dissemina segurança e confiança à paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a enfermagem obstétrica vem atuando em situações que vão além do protocolo instituído; tal documento que visa a priori a assistência de partos a paciente com marcadores de baixo risco, vem se tornando obsoleto, na medida em que ocorre uma expansão no serviço da enfermagem para além do risco habitual.

Observa-se que, neste estudo, o principal fator que leva a expansão da assistência da enfermagem obstétrica, para além do risco habitual, é a realização do trabalho em um hospital terciário, de alta complexidade, possibilitando a ampliação do protocolo para atuação da equipe devido à capacidade e suporte que a unidade oferece, assim como o auxílio da equipe médica, se necessário.

Evidenciou-se através do estudo que embora a enfermagem obstétrica atue em partos de risco habitual, desvios de normalidades podem ser diagnosticados durante a assistência prestada, tendo, o enfermeiro obstetra, aptidão para a detecção e manejo de possíveis complicações, mesmo que não condizentes com sua prática clínica. Diante disso observou-se que uma parcela significativa dos partos assistidos por enfermeiros obstetras apresentaram algum fator de alto risco, e que a equipe apresentou resolutividade na assistência, visto sua aptidão técnica científica.

A pesquisa demonstra que a atuação da enfermagem em situações além do protocolo, e pontualmente em marcadores de alto risco, tem trazido resultados satisfatórios e sem desfechos negativos, quer seja na assistência exclusiva quanto na assistência compartilhada com a equipe médica. Tais resultados subsidiam a discussão para que haja uma ampliação segura dos marcadores de assistência obstétrica pela enfermagem nesta instituição.

O estudo reflete não apenas o descrito no protocolo assistencial, mas sim na realidade da assistência prestada em um serviço de alta complexidade, e, objetiva promover a valorização do enfermeiro obstetra, sua autonomia e habilidade em realizar intervenções necessárias dentro da sua capacidade profissional, aplicando medidas que fornecem benefícios ao binômio, possibilitando a ampliação oficial do protocolo institucional.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Declaro(amos) que não há conflito de interesses neste artigo.

DECLARAÇÃO E ESPECIFICAÇÃO DOS PAPÉIS DOS AUTORES

Declaro(amos) que participei(amos) da elaboração desse trabalho, conforme a descrição dos papéis e contribuições listadas abaixo, de acordo com a Taxonomia de Funções do Colaborador (Contributor Roles Taxonomy – CRediT).

PAPÉIS DESEMPENHADOS POR AUTOR E COAUTORES (TAXONOMIA CRediT)

(1) Conceituação – formulação ou evolução de ideias, objetivos e metas de pesquisas abrangentes. (2) Curadoria de Dados – gerenciamento de atividades para anotar (produzir metadados), limpar dados e manter dados de pesquisa (incluindo código de programa, o qual é necessário para interpretar os próprios dados) para uso inicial e posterior reutilização. (3) Análise Formal – aplicação de técnicas estatísticas, matemáticas, computacionais, ou outras técnicas formais para analisar ou sintetizar dados do estudo. (4) Aquisição de Financiamento – aquisição

de apoio financeiro para o projeto conduzindo à publicação. (5) Investigação – condução do processo de pesquisa e investigação e, especificamente realizando os experimentos, ou coleta de dados/evidências. (6) Metodologia – desenvolvimento ou design de metodologia; criação de modelos. (7) Administração de Projeto – responsabilidade pelo gerenciamento e coordenação para o planejamento e execução da atividade de pesquisa. (8) Recursos – fornecimento de materiais de estudo, reagentes, materiais, paciente, amostras de laboratório, animais, instrumentação, recursos computacionais ou outras ferramentas de análise. (9) Software – programação, desenvolvimento de software, design de programas de computador; implementação de códigos de computador e algoritmos de suporte; teste de componentes de código existentes. (10) Supervisão – responsabilidade de liderança e supervisão para a execução e planejamento da atividade de pesquisa, incluindo tutoria externa para a equipe central. (11) Validação – verificação, seja como parte da atividade ou separado, da reprodutibilidade/replicação geral de resultados/experimentos e outros resultados de pesquisa. (12) Visualização – preparação, criação e/ou apresentação de trabalho publicado, especificamente a visualização e apresentação dos dados. (13) Escrita (rascunho original) – preparação, criação e/ou apresentação de trabalho publicado, especificamente o rascunho inicial (incluindo tradução substantiva). (14) Escrita (revisão e edição) – preparação, criação e/ou apresentação do trabalho publicado por membros do grupo original de pesquisa, especificamente análise crítica, comentário ou revisão – incluindo estágios prévios ou posteriores à publicação.

DESCRIÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES DE CADA AUTOR(A)

Camila da Silva Ferreira de Almeida: Conceituação. Curadoria de Dados. Análise Formal. Investigação. Metodologia. Recursos. Visualização. Escrita (rascunho original). Escrita (revisão e edição).

Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro: Curadoria de Dados. Análise Formal. Metodologia. Administração de Projeto. Recursos. Software. Supervisão. Validação. Escrita (revisão e edição).

REFERÊNCIAS

1. Piler AA, Wall ML, Aldrighi JD, Benedet DCF, Silva LR, Szpin CC. Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de Enfermagem no processo de parturição. *REME – Rev Min Enferm.* 2019; 23:e-1254. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190102>
2. Pontes AF, dos Santos RSG, Deodoro MFP, Moreira TGS, Tavares RM, Andrade PH, et al. Assistência de enfermagem e implantação dos protocolos de assistência para gestantes de baixo risco no pré-parto. *Research, Society and Development.* 2022, v. 11, n. 6. pag. e23111628911. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28911>
3. Governo do Distrito Federal. *Assistência de Enfermagem Obstétrica: Atuação nos Centros Obstétricos dos Hospitais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.* 2019.
4. Santana AT, Felzemburgh RDM, Couto TM, Pereira LP. Performance of resident nurses in obstetrics on childbirth care. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2019 jan-mar. 19 (1): 135-144. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000100008>
5. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.
6. Maciel VS, Dornfeld D. A inserção da Enfermeira Obstétrica na Assistência Hospitalar ao parto. *Enferm. Foco.* 2019; 10 (4): 148-152.
7. Dos Santos AP, Lima MCL, Da Paz CT, Gramacho RCCV, Fraga BGG. Protocolo Assistencial Obstétrico: Orientações para a segurança e humanização da parturiente. *Rev. Textura.* 2019 jul-dez, v. 13, n. 22, p. 206-217.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
9. Schwantz HF, Muller FE, Bauaermann CF, Mocelin G, Somavilla VEC, Petry AR, et al. Percepções sobre a atuação do enfermeiro obstetra. *Rev. Saúde e Desenv.* 2018, v. 12, n. 11, p. 335-351.
10. Souza RAG, Silva TSA, Brito TBA, Nascimento CS, dos Santos LMA, Nery MTR, et al. O processo de construção da enfermagem obstétrica: uma revisão narrativa. *REAS.* 16 fev 2022, v. 15 n. 2, p. e9743.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria SES-DF N° 342 de 28 de junho de 2017.* Brasília, 2017.
12. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm.* 2020; 33: eAPE20180284. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
13. Almeida BS, Morais AC, Morais AC, Rodrigues US, Campos VS, dos Santos WAA. Autonomia percebida pelo enfermeiro obstetra na sala de parto. *REAS.* 2020 jan, 12(1): e2073. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e2073.2020>
14. Junior ARF, Brandão LCS, Teixeira ACMF, Cardoso AMR. Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. *Esc Anna Nery.* 2021; 25(2):e20200080. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0080>.

15. Angelim SM, Coelho AS, Pires AC, Coelho AB, Ribeiro LS, Schadosim JM, et al. Caracterização do modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de enfermagem obstétrica. *Enferm Foco*. 2021;12(4):813-9. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4639>
16. Guerra JVV, Alves VH, Sobrinho COV, Vidal AP, Rodrigues DP. Diabetes gestacional e assistência pré-natal de alto risco em um hospital universitário. *Enfermagem Obstétrica*. 2018; 5: e105.
17. Vieira ST, Dalla Côt JC, Alvares AS, Beltrame RCT, Dalprá LAS, Lima JF, et al. Perfil obstétrico de parturientes admitidas em um Centro de Parto Normal da região Sul Mato-Grossense. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2022; 11(7): e49311730158. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30158>
18. De Sousa LS, Souto REM, Fernandes BKC, Esteche CMGCE, Damasceno AKC, Melo LPT. Indicadores maternos dos partos assistidos em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Revista Enfermagem Atual In Derme*. 2022; 95(34): e-021068. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1067>
19. Silva LLA, de Lima LSV, Cirino IP, de Aquino DMF, Júnior EBM. Relação do perfil obstétrico com óbito fetal em um hospital de referência na cidade do Recife. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022; 5 (2): 4262-4275. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-031>
20. Bozatski BL, Pinto MF, Lavado MM. Perfil epidemiológico de gestantes diabéticas no município de Itajaí, SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2019 abr-jun; 48 (2): 34-55.
21. Carneiro ARS, Severiano ARG, de Sousa JO, Frota MCQA, Bem SS, Oliveira MAS. Perfil das parturientes hipertensas em um hospital maternidade interior do Estado do Ceará, Brasil. *RCEAM*. 2022 jan-jun; 1(16): 35-43.
22. Monteiro PGA, Coelho TS, de Lima AM, Ferreira UR, Monteiro MSB, Esteche CMGCE, et al. Desfechos neonatais associados às intervenções obstétricas realizadas no trabalho de parto em nulíparas. *Rev Rene*. 2021; 22(1): e67921. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212267921>
23. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*. 2020; 33: 1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
24. Guida NFB, Pereira ALF, Lima GPV, Zveiter M, Araújo CLF, Moura MAV. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. *Rev Rene*. 2017; 18(4): 543-550. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400017>
25. Souza MRT, Farias LMVC, Ribeiro GL, Coelho TS, Costa CC, Damasceno AKC. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; 54: e03549. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>
26. Oliveira FJS, Soares DB, Gaspar PS, Almeida AMMN, Cunha KJB. Indução do parto em gestantes no pós-datismo no estado do Piauí. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019; (37): e1661-e1661. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1661.2019>

27. Vargens OMC, dos Reis CSC, Prata JA, Oliveira AMG, Progianti JM. Associação entre tecnologias não invasivas de cuidado no parto e vitalidade do recém-nascido: estudo transversal. *Esc Anna Nery*. 2019; 23(4): e20180360. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0360>
28. Osava RH, Silva FMB, Oliveira SMJV, Tuesta EF, Amaral MCE. Fatores maternos e neonatais associados ao mecônio no líquido amniótico em um centro de parto normal. *Rev de Saúde Pública*. 2012; 46 (6): 1023-1029.

