

## Asistencia al parto bajo la óptica de enfermeras obstétricas

## Assistência ao parto sob a ótica de enfermeiras obstétricas

## Labor assistance from the perspective of obstetrical nurses

Recibido: 03/08/2018  
Aprobado: 28/02/2019  
Publicado: 01/07/2019

Larissa de Oliveira Peripolli<sup>1</sup>

Marcelexandra Rabelo<sup>2</sup>

Silvana Regina Rossi Kissula Souza<sup>3</sup>

Marilene Loewen Wall<sup>4</sup>

Tatiane Herreira Trigueiro<sup>5</sup>

Karin Madeleine Godarth<sup>6</sup>

El objetivo de este estudio fue evaluar la actuación de la enfermera obstétrica en una maternidad de riesgo habitual por medio de indicadores de asistencia obstétrica, así como conocer la visión de estas sobre su inserción en el proceso del parto. Se trata de una investigación evaluativa, descriptiva, de abordaje mixto, realizada a partir de los indicadores de asistencia referentes al periodo de mayo de 2014 a diciembre de 2015 y de entrevistas realizadas con cinco enfermeras obstétricas actuantes en la asistencia al parto en maternidad de riesgo habitual de Curitiba, Paraná, Brasil. La colecta ocurrió entre agosto y octubre de 2016. Los indicadores fueron analizados a través de estadística simple y las entrevistas por medio de análisis temático. La inserción de la enfermera obstétrica promovió reducción de prácticas consideradas perjudiciales en la asistencia al parto, generando impacto positivo en el cambio del modelo de atención de la institución.

**Descriptores:** Enfermería Obstétrica; Atención de enfermería; Parto humanizado; Humanización de la atención; Obstetricia.

O objetivo deste estudo foi avaliar a atuação de enfermeiras obstétricas em uma maternidade de risco habitual por meio de indicadores de assistência obstétrica, bem como conhecer a visão dessas profissionais sobre a inserção de suas atividades nos processos de parto. Trata-se de pesquisa avaliativa, descritiva, de abordagem mista, realizada a partir dos indicadores de assistência referentes ao período de maio de 2014 a dezembro de 2015, e de entrevistas realizadas com cinco enfermeiras obstétricas atuantes na assistência ao parto em maternidade de risco habitual em Curitiba, Paraná. A coleta ocorreu entre agosto e outubro de 2016. Os indicadores foram analisados com base em estatística simples e as entrevistas por meio de análise temática. A inserção de enfermeiras obstétricas promoveu a redução de práticas consideradas prejudiciais na assistência ao parto, gerando um impacto positivo na mudança do modelo de atenção da instituição.

**Descritores:** Enfermagem Obstétrica; Cuidados de enfermagem; Parto humanizado; Humanização da assistência; Obstetrícia.

The aim of this study was to evaluate the assistance of the obstetric nurses in a normal-risk maternity assistance through indicators of obstetric care, as well as to know their perspective about their insertion in the labor process. This is an evaluative and descriptive study using a mixed approach based on the assistance indicators for the period from May 2014 to December 2015, and data from interviews with five obstetric nurses working in normal-risk maternity care at Curitiba, Paraná, Brazil. The data collection occurred between August and October 2016. The indicators were analyzed through descriptive statistics and the interviews through thematic analyses. The insertion of the obstetric nurse promoted reduction of practices considered harmful during labor assistance, generating positive impacts on the change of the care model of the institution.

**Descriptors:** Obstetric Nursing; Nursing care; Humanizing delivery; Humanization of assistance; Obstetrics.

1. Enfermera Obstétrica del Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Paraná (HC-UFPR). Maestranda en Enfermería por el Programa de Pos-Graduación en Enfermería (PPGE) de la UFPR, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: 0000-0003-0582-874X E-mail: lperipolli@gmail.com

2. Enfermera Obstétrica del HC-UFPR. Magister en Enfermería. Curitiba, PR, Brasil. ORCID: 0000-0002-0291-5373 E-mail: marcelexandrar@gmail.com

3. Enfermera Obstétrica. Magister en Ingeniería de Producción. Doctora en Ciencias. Coordinadora de la Carrera de Especialización en Enfermería Obstétrica Rede Cegonha/UFMG/UFPR. Profesora por el PPGE-UFPR, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: 0000-0002-1679-4007 E-mail: skissula@ufpr.br

4. Enfermera Obstétrica. Magister y Doctora en Enfermería. Profesora por el PPGE-UFPR, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: 0000-0003-1839-3896 E-mail: wall@ufpr.br

5. Enfermera Obstétrica. Magister en Enfermería. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora por el Departamento de Enfermería de la UFPR, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: 0000-0003-3681-4244 E-mail: tatiherreira@ufpr.br

6. Enfermera Obstétrica. Maestranda en Enfermería por el PPGE/UFPR. Presidente de la Asociación de las Enfermeras Obstétricas (ABENFO) Sección Paraná, Curitiba, PR, Brasil. ORCID: 0000-0002-9240-0591 E-mail: kmgodarth@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El modelo de atención obstétrica y neonatal en Brasil es predominantemente tecnocrático, hecho que viene siendo cada vez más discutido en el escenario de la salud. Considerando los altos índices de morbilidad materna e infantil y los constantes intentos de encontrar soluciones para la reducción de estos números, viene aumentando la discusión sobre la medicalización e instrumentalización de la asistencia al parto<sup>1</sup>.

En el modelo tecnocrático, los procesos de gestar y parir son vistos y estudiados como eventos patológicos. El cuerpo de la mujer es entendido como incapaz de conseguir el desarrollo del bebé y, principalmente, de ser responsable por el proceso del parto, haciendo que el equipo de salud tome para sí el protagonismo del nacimiento y, por lo tanto, colocando la mujer en una posición de vulnerabilidad, inseguridad e infantilización<sup>1</sup>.

Comprendiendo este modelo de atención y las pérdidas que vienen siendo impuestas en la asistencia por consecuencia de este, se torna necesario expandir la mirada sobre la atención obstétrica utilizando los modelos humanista y holístico de la atención perinatal dado que el parto debe ser entendido como un evento fisiológico<sup>1</sup>.

Las políticas públicas de salud de la mujer vienen siendo discutidas por el Ministerio de la Salud (MS) desde 1930, cuando la mujer aún era tratada a partir de una visión reduccionista<sup>2</sup>. Con la evolución de las políticas públicas y deseando la reducción de la morbilidad materna e infantil, el MS lanzó en 2011 la Rede Cegonha (RC), proponiendo una red de cuidados a la salud materna e infantil con el fin de garantizar a la mujer el acceso al planeamiento reproductivo, así como la gestación, parto y puerperio humanizados y de calidad<sup>3</sup>. Esta política también tiene como fin garantizar al niño el nacimiento seguro, así como el crecimiento y desarrollo saludables hasta los veinticuatro meses de vida<sup>3</sup>.

Es posible entender la RC como una política pública para incentivar el cambio en el modelo de atención obstétrica, dado que refuerza en su componente II, Parto y Nacimiento, la adopción de Buenas Prácticas de atendimento al parto<sup>3</sup> con base en el informe Maternidad Segura, que fue elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup> y clasifica algunas prácticas en categorías de acuerdo con el nivel de evidencias científicas (Categoría A - Prácticas demostradamente útiles y que deben ser estimuladas; Categoría B - Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces y que deben ser eliminadas; Categoría C - Prácticas en relación a las cuales no existen evidencias suficientes para apoyar una recomendación clara y que deben ser utilizadas

con cautela, hasta que más investigaciones esclarezcan la cuestión; y, Categoría D - Prácticas frecuentemente utilizadas de modo inadecuado).

En las diversas recomendaciones de la RC, referentes al Componente II, está el estímulo a la implementación de equipos horizontales del cuidado en los servicios de atención obstétrica y neonatal y la inserción de enfermeras obstétricas en la asistencia al parto y nacimiento<sup>3,4</sup>, profesional que está conquistando visibilidad en el escenario de la salud en consecuencia de las crecientes discusiones acerca de la asistencia humanizada al parto.

Entre algunas de las atribuciones de esta (y) profesional están la realización de la consulta de enfermería obstétrica; el acompañamiento del trabajo de parto; el atendimento al parto domiciliario planeado; el atendimento al parto hospitalario de riesgo habitual; el acompañamiento de la mujer y del recién nacido (RN) en el periodo pos parto<sup>5</sup>.

En este sentido, el objetivo del estudio fue evaluar la actuación de la enfermera obstétrica en una maternidad de riesgo habitual por medio de indicadores de asistencia obstétrica, así como conocer la visión de estas sobre su inserción en el proceso de parto.

## MÉTODO

Se trata de una investigación evaluativa, descriptiva de abordaje mixto, realizada en una maternidad pública de Curitiba, integrada al Programa *Madre Curitibana* y referencia para el atendimento de mujeres en gestación de riesgo habitual.

El método mixto hace uso de elementos cuantitativos y cualitativos, permitiendo así unir propiedades diferentes de datos en pro de un único estudio<sup>6</sup>. Para este alcance, la investigación fue dividida en dos etapas de colecta y análisis.

La primera etapa fue la cuantitativa, en la cual fueron colectados los indicadores de la asistencia obstétrica, monitoreados por la gestión de la maternidad durante el período de mayo de 2014 a diciembre de 2015. Las informaciones fueron obtenidas por medio de planillas secundarias disponibles por la gestión de servicio y organizadas en el programa Microsoft Office Excel®. Los datos fueron colectados en el periodo de agosto a octubre de 2016, analizados por medio de estadística simple y posteriormente demostrados en gráficos.

En la segunda etapa se realizó la colecta de las entrevistas con las cinco enfermeras obstétricas que componen el cuadro funcional de la institución, las cuales actúan en la asistencia directa al parto y nacimiento. Para la composición de la muestra fueron considerados los siguientes criterios de inclusión: estar en la

maternidad en el periodo de colecta de datos, actuar en la asistencia directa al parto.

Los criterios de exclusión: estar en período de licencia, destitución o vacaciones por ocasión de la colecta de datos o ejercer otras funciones (cargo de gerencia, educación continua y otros). Este último criterio fue definido, pues la intención de este estudio fue conocer la opinión de las profesionales que componen el equipo asistencial y viven la práctica de la obstetricia en su día a día.

Las entrevistas fueron realizadas en los meses de agosto a noviembre de 2016, durante el expediente de trabajo de las enfermeras, con autorización de la coordinadora de enfermería y en sala privada, ocasión en que fue realizada la lectura del Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLA). Las entrevistas fueron audio grabadas y realizadas mediante la pregunta: “¿Cómo percibes tu actuación en la asistencia al parto y nacimiento, así como tu papel en el cambio del modelo de atención?”; posteriormente, se dio la transcripción del material.

Para el tratamiento de los datos fue utilizado el análisis de contenido propuesto por Bardin. Este método consiste en obtener informaciones a partir de contenido enunciado en el proceso de comunicación y contempla tres

momentos: pre-análisis, exploración del material y tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación de los resultados<sup>7</sup>.

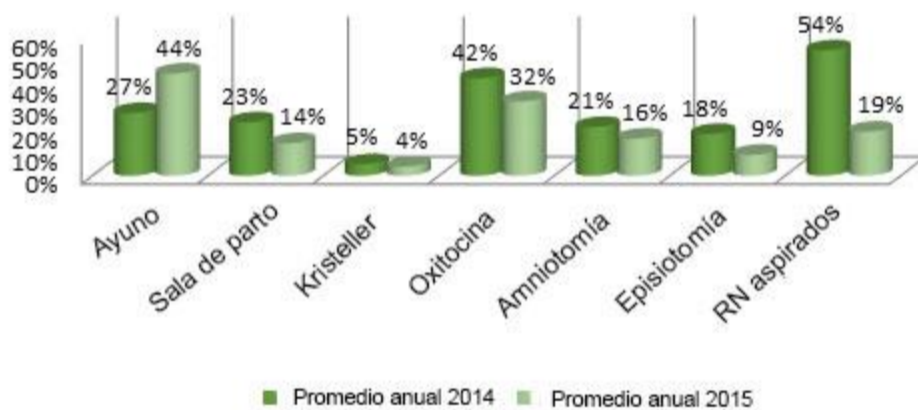
En este estudio fueron atendidos los aspectos éticos y normativos de investigaciones con seres humanos de acuerdo con la Resolución nº 466/2012. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba según el Dictamen nº 1.608.184. Para garantizar el anonimato, las participantes fueron codificadas según el orden de colecta de las entrevistas: EO1, EO2, EO3, EO4 e EO5.

**RESULTADOS**

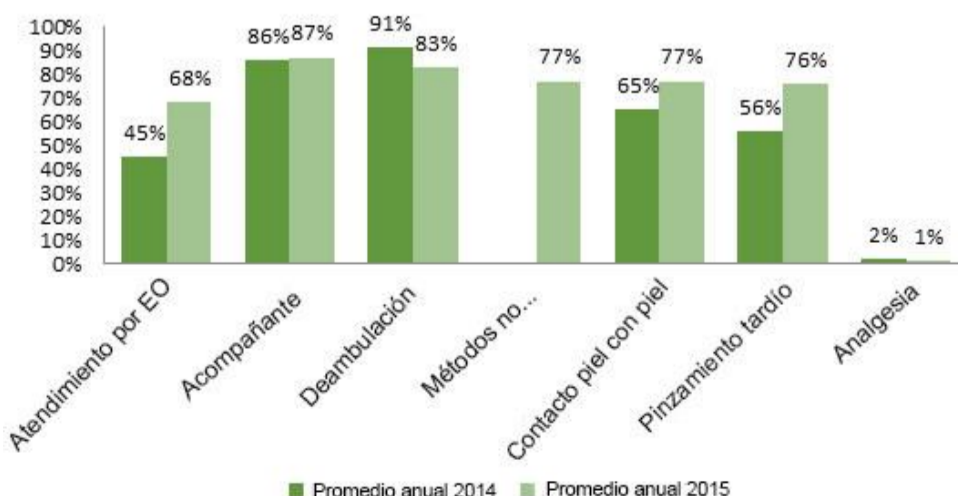
En la etapa cuantitativa son presentados los datos de los años 2014 y 2015 referentes al promedio anual de cada indicador. Los gráficos fueron presentados según las Buenas Prácticas propuestas por la Organización Mundial de la Salud<sup>4</sup>. El total de partos vaginales atendidos en 2014 y 2015 fueron n=1662, n=1456, respectivamente.

En la Figura 1 es posible observar el promedio de los indicadores referentes a las prácticas que deben ser eliminadas revisadas por los profesionales, mientras que la Figura 2 demuestra los indicadores de prácticas benéficas y que deben ser estimuladas.

**Figura 1.** Promedio anual de indicadores según categorías ‘B’, ‘C’ E ‘D’ de las Buenas Prácticas y Rede Cegonha. Curitiba, Paraná. 2014 y 2015.



**Figura 2.** Promedio anual de indicadores según categorías ‘A’ y ‘D’ de las Buenas Prácticas y Rede Cegonha. Curitiba, Paraná. 2014 y 2015.



En la etapa cualitativa emergieron las siguientes categorías: *Formación; Cambio de modelo asistencial; Postura/ético profesional; y, Protagonismo de la mujer en el parto*. A seguir, serán enumerados algunos diálogos que auxiliaron en la definición de las categorías.

#### *Formación*

En esta categoría fueron identificadas los siguientes diálogos:

[...] *nuestra propia formación ya es diferenciada con una visión más holística de la mujer [...] este cambio [cambio del modelo de atención] es de formación también. Es un cambio difícil, porque la medicina está formada para actuar, está formada para intervenir; y nosotros como enfermeros no somos preparados solo para eso* (E01);

[...] *porque el profesional médico ya fue entrenado para intervenir, y nosotros ya fuimos preparados de una forma diferente* (E02);

[...] *Y la tendencia, por lo menos en nuestra formación, creo que de todas las enfermedades aquí de la maternidad, la tendencia es que atendamos el parto de manera más natural, respetando la fisiología del cuerpo femenino.* (E03)

#### *Cambio de modelo asistencial*

Se identificaron algunos diálogos:

[...] *por eso que este cambio es difícil, gradual, es angustiante (risas) [...] si no hubiere una visión diferente del proceso no habría cambio.* (E01);

*Yo creo que vinimos para hacer este cambio del modelo, ¿no? [...] ellos [los médicos] no respetan la mujer como protagonista [...] Lo importante para ellos es que mujer y bebé salgan vivos en su mayoría [...] pero yo creo que inclusive con nuestra inserción en este modelo acabamos influyendo en el cambio de los médicos.* (E02);

*Sin la actuación de ella [enfermera obstétrica] el modelo sería aún aquel tradicional, porque es muy difícil cambiar la cabeza de los médicos que ya están ahí hace 30 años observando parto de la misma forma y creen que solo existe aquella forma de conducir todo [...]*(E05).

#### *Postura/ética profesional*

Esta categoría presentó las siguientes narrativas:

[...] *tenemos que luchar cada día, porque cada día van a surgir nuevos conflictos. Conflictos, tal vez, personales, no es ni de conductas, por visión de postura inclusive del profesional. Por el profesional que está cambiando por una obligación y no por un mejor atendimento a la mujer* (E01);

[...] *para los enfermeros obstetras que... que creen que el cambio del modelo es lo mejor para la mujer, implantar todas las medidas que la Rede Cegonha preconiza [...], en fin, aquellos que están dispuestos a hacer eso, [...] ellos son fundamentales* (E03);

*Yo intento conocer mucho la personalidad de cada uno [de los médicos] en vez de chocar, porque es peor, ahí ellos [los médicos] van a sentir rabia de mí y van a usar desquitarse en el paciente* (E05).

#### *Protagonismo de la mujer en el parto*

Se observaron los siguientes diálogos:

[...] *conseguimos dejar a la mujer como protagonista del proceso, entendiendo el ser como holístico y no sólo como un procedimiento hospitalario [...]* (E01);

*Si muchos profesionales colocasen en primer lugar el respeto de la mujer yo creo que todos íbamos a conseguir hacer una asistencia adecuada [...]* Por encima de todo siempre buscar respetar los deseos [...] *hoy ya trabajan mucho con la cuestión del plan de parto, muchas ya vienen bien orientadas para la maternidad, entonces buscamos seguir, discutir [...]*(E04);

[...] *tengo el principio de dejar al paciente bien cómodo. Atender bien sus deseos, no forzar a hacer nada que ella no*

*deseo [...] creo que orientación es el primer paso para todo. Creo que cuando recibes una paciente bien orientada la conducción del trabajo de parto es totalmente diferente y cuando recibes una paciente con miedo, asustada, con poca o sin ninguna información [...] el trabajo de parto creo que evoluciona de una forma mejor [...]*(E05).

#### **DISCUSIÓN**

Los datos cuantitativos posibilitaron comparar los indicadores según las Buenas Prácticas recomendadas por la OMS<sup>4</sup>. Están encuadrados en la Categoría A los siguientes indicadores: presencia del acompañante, contacto piel a piel inmediato y el pinzamiento tardío del cordón umbilical. La tasa de mujeres que tuvieron la presencia de acompañante se presentó linear, permaneciendo por encima de 85%, hecho que puede estar relacionado a la Ley del Acompañante<sup>8</sup>, dado que esta fue sancionada en el año 2005 y, por lo tanto, ya era una práctica de la maternidad.

En cuanto al contacto piel a piel y pinzamiento tardío del cordón, es recomendado en la Ordenanza n° 371, de 7 de mayo de 2014 en su artículo 4º que, para el recién nacido con estándar respiratorio normal, tono normal y sin líquido amniótico meconial sean aseguradas estas prácticas<sup>9</sup>. El inicio del monitoreo de estos indicadores en la maternidad coincidió con la publicación de la ordenanza, sin embargo, sólo en el año 2015 se observó el aumento de las tasas, lo que puede estar relacionado al tiempo de adaptación del equipo en adecuarse a las normas previstas en la legislación.

Al observar los valores de tasa de bebés aspirados (que presentó una caída de 35%) de un año para otro, puede inferirse que el tiempo de contacto del bebé al nacer, de al menos una hora con la piel de la madre, reduce el espacio para el mismo ser llevado a la sala de procedimientos y sometido a la aspiración, además, no existen evidencias que demuestren beneficio en la aspiración de RN saludables y a término<sup>10</sup>.

El uso excesivo de oxitócicos durante el trabajo de parto está relacionado a los internamientos precoces consecuentes del falso diagnóstico de trabajo de parto<sup>11</sup>. Durante el período del estudio fueron reformulados los protocolos institucionales, los cuales redefinieron los requisitos necesarios para internamiento, hecho que puede haber impactado en la disminución de 10% del uso de la oxitocina sintética para la conducción del parto de un año al otro.

En relación a la maniobra de Kristeller, se puede afirmar que la misma viene siendo poco utilizada en la maternidad, cuando es comparada a los datos de la Investigación *Nascer no Brasil*, por ejemplo, que demostraron que la región centro-oeste es la que más practica esta maniobra (45,5%), y que esta es realizada en su mayoría en las mujeres mayores y en las primíparas. La región Sur ocupa la

última posición (32,3%)<sup>12</sup>. A pesar de haber sido observada una disminución en este indicador quedó demostrado en revisión sistemática reciente que no hay evidencias suficientes para recomendar la realización de esta práctica, dado que no hay comprobación de beneficio para el bienestar fetal y, a pesar de no existir tantos estudios, se debe considerar aún el riesgo de trauma perineal severo<sup>13</sup>.

La amniotomía está relacionada al aumento en el índice de cesárea, y no presentó diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de duración del trabajo de parto y vitalidad del bebé después del nacimiento, por lo tanto, se torna evidente que los índices de esta práctica en la maternidad deben ser revisados y discutidos entre equipo y gestión para adecuación a lo que apuntan las evidencias científicas<sup>11</sup>.

Aunque la OMS<sup>4</sup> recomiende el estímulo a la oferta de líquidos por vía oral durante el trabajo de parto, Brasil presenta una tasa de 74,4% de las parturientas de riesgo habitual mantenidas en ayuno, siendo 78% de estas referentes a parturientas de la región Sur<sup>12</sup>. Aún así, este indicador presentó aumento de 2014 a 2015 en la maternidad en estudio.

Como la mayor parte de las recomendaciones sobre ayuno pre-anestésico se refiere a cirugías electivas y sugiere que deben existir protocolos específicos para obstetricia, la *American Society of Anesthesiologists* (ASA)<sup>14</sup> sugirió una directriz propia que se ocupa entre diversas especificidades de la obstetricia, versa sobre la prevención de la aspiración pulmonar y su relación con la oferta de líquidos claros y alimentos sólidos durante el trabajo de parto. La directriz afirma que líquidos como: agua, jugo de fruta sin pulpa, bebidas gasificadas, té claros, café y bebidas gasificadas pueden ser ingeridos en cantidades moderadas hasta dos horas antes de cesáreas electivas.

Se resalta que estas recomendaciones son dirigidas a mujeres en situación de trabajo de parto sin complicaciones o con bajo riesgo de complicación. En caso de pacientes con obesidad mórbida, diabetes, vías aéreas difíciles para entubación o aquellas que poseen grandes posibilidades de evolucionar a un procedimiento quirúrgico de emergencia deben ser evaluadas individualmente por el equipo<sup>14</sup>.

En el mes de octubre de 2015, en el Encuentro Anual de Anestesiólogos, promovido por la ASA, fue rediscutida esta temática, sugiriendo que el consumo de una comida leve durante el trabajo de parto puede influir positivamente en los resultados del parto, favoreciendo el aporte calórico de la mujer y del feto impidiendo el desarrollo de acidosis metabólica en el binomio<sup>15</sup>.

Otra práctica frecuentemente utilizada de modo inadecuado es la transferencia de la

parturienta a la sala de parto en el inicio de la segunda etapa del parto, también llamado periodo expulsivo. Esta acción implica obligatoriamente colocar a la mujer a parir en posición litotómica, aunque desde 1996 esta posición no sea más recomendada (OMS)<sup>4</sup>. La Investigación *Nascer no Brasil* encontró que 92% de las mujeres aún pasan por el periodo expulsivo en esta posición<sup>12</sup>.

A pesar de ser un derecho de la mujer, la práctica de anestesia está clasificada en la Categoría D, dado que viene siendo utilizada con poco criterio, principalmente en los servicios privados. Revisión sistemática realizada en 2011 demostró que, a pesar de reducir la sensación dolorosa, la anestesia está relacionada al aumento del riesgo del parto instrumental.<sup>16</sup> En el Sur de Brasil el índice de analgesia se encuentra alrededor de 28,7%<sup>12</sup>, de este modo se puede aceptar que los indicadores de la maternidad se encuentran en un umbral óptimo cuando es comparado a los datos nacionales.

En relación a la práctica de la episiotomía en este estudio se observó una caída de 50% en los indicadores de 2014 para 2015, sin embargo, en un estudio publicado por la Federación Brasileira de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO) se resaltó que a pesar de que algunos tratados de obstetricia recomienden la realización de esta práctica en algunas situaciones, es importante que sean publicados más estudios clínicos estandarizados para sustentarla<sup>17</sup>.

En cuanto a los métodos de alivio del dolor en el proceso de parto, el porcentaje de mujeres que tienen acceso a estas prácticas viene al encuentro con lo que es recomendado por la OMS<sup>4</sup>, siendo, de este modo, un indicador clasificado en la categoría A (prácticas demostradamente útiles y que deben ser alentadas). A partir del banco de datos de la Investigación *Nascer no Brasil* fue demostrado que 74,2% de las mujeres tuvo acceso a algún método no farmacológico para alivio del dolor y malestar durante el trabajo de parto<sup>18</sup>.

Entre los métodos no farmacológicos utilizados están el baño de aspersión (80%), ejercicio en la bola suiza (72%), masaje (78%), música (76%) y penumbra (82%). Un estudio realizado en una casa de parto en el interior de São Paulo, donde los partos también son atendidos por enfermeras obstétricas demostró datos semejantes, principalmente en relación al baño de aspersión (84%)<sup>19</sup>. Las tasas de uso de la bola y masaje fueron un poco más bajas si son comparadas a las de los indicadores en la investigación aquí presentada, sin embargo, aun así, están de acuerdo con lo recomendado por la OMS<sup>4</sup>.

A pesar de ser utilizada en 76% de los partos atendidos en 2015, no hay evidencias de que el empleo de la música en el trabajo de

parto interfiera significativamente en la reducción de la sensación dolorosa, así como fue demostrado en una revisión sistemática de 2011<sup>20</sup>.

La penumbra también fue considerada en este estudio como un método no farmacológico para alivio del dolor. Para el organismo humano, la ausencia o disminución de luz implica en la producción de la melatonina, que está directamente relacionada a la promoción del sueño y estímulo de la sexualidad<sup>21</sup>. Algunos estudios relacionan además la inducción del sueño a la endorfina y otras hormonas femeninas<sup>22,23</sup>. Vale resaltar que la endorfina actúa directamente en la inhibición del dolor durante el trabajo de parto, dado que es considerado un opiáceo natural. De esta forma, es posible considerar la penumbra como un método de alivio del dolor, aunque haya escasez de estudios en esta temática.

La tasa de deambulación es clasificada como ítem separado de los métodos no farmacológicos<sup>24</sup>, no obstante, se debe considerar la práctica de la libre deambulación también como un método para alivio del dolor y del malestar, dado que hay menor compresión de los grandes vasos (aorta y vena cava) por el útero gravídico, promoviendo mejora en el flujo sanguíneo y oxigenación, la posición en pie aún proporciona descompresión y alivio de la región lumbar y acelera el proceso del trabajo de parto<sup>25</sup>.

Tanto la deambulación como el baño de aspersión, la bola y el masaje son descritas en el manifiesto por el *Parto Ativo*, en el cual las mujeres embarazadas son alentadas a adoptar posiciones verticales durante el trabajo de parto con el fin de favorecer la evolución fisiológica del mismo, así como impactar positivamente en la calidad y seguridad del parto para madre y bebé, pues también influencia en la liberación de hormonas como oxitocina y endorfina, las cuales son fundamentales durante el proceso del parto.<sup>25</sup>

Las entrevistas propiciaron conocer la percepción de las enfermeras en relación a las prácticas monitoreadas en los indicadores. Es evidente que la inserción de la Enfermera Obstétrica tuvo influencia directa en la asistencia al parto y nacimiento y que, a pesar de haber sido un proceso gradual, fue decisivo para el cambio del modelo de atención en la institución<sup>26</sup>.

El cambio de modelo asistencial, citado en las entrevistas, puede ser discutido según los siguientes modelos: tecnocrático, humanístico y holístico<sup>27,28</sup>.

Son considerados 12 presupuestos en el modelo tecnocrático: 1-separación cuerpo-mente; 2-el cuerpo como máquina; 3-el paciente como objeto; 4-alienación del médico en relación al paciente; 5-diagnóstico o tratamiento de fuera para dentro; 6-

organización jerárquica y estandarización de cuidados; 7-autoridad y responsabilidad inherente al médico y no al paciente; 8-supervalorización de la ciencia y de la tecnología dura; 9-intervenciones agresivas con énfasis en resultados de corto plazo; 10-la muerte como derrota; 11-un sistema dirigido por el lucro y 12-intolerancia a otras modalidades<sup>27</sup>.

Estos tienen características tan fuertes y están enraizados de tal forma en la sociedad, que acaban generando un ambiente de estrés y angustia para los profesionales que intentan confrontarlos, así como fue confirmado por los entrevistados. Este modelo es enseñado dentro de las carreras de graduación y reforzado en los programas de residencia médica<sup>27</sup>. En este sentido los grupos 1 y 2 de este estudio apuntan en relación directa entre las temáticas de la formación y del modelo de atención.

En contraposición a este modelo, surgen los 12 presupuestos del modelo humanístico<sup>27</sup> /humanista<sup>1</sup>. Son estos: 1-conexión cuerpo-mente; 2-el cuerpo como organismo; 3-el paciente como sujeto relacional; 4-conexión y cariño entre médico y paciente; 5-diagnóstico y cura de fuera para dentro y de dentro para fuera; 6-balance entre los deseos de la institución y del individuo; 7-información, toma de decisiones y responsabilidad compartidas entre el médico y el paciente; 8-ciencia y tecnología contrabalanceada con el humanismo; 9-foco en la prevención de la enfermedad; 10-la muerte como resultado aceptable; 11-cuidados dirigidos por la compasión y 12-mente abierta para otras modalidades.

Mucho viene siendo discutido sobre este modelo en la asistencia a la salud, principalmente en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS)<sup>4</sup>. Para las entrevistadas la asistencia prestada por la Enfermera Obstétrica está, en su esencia y formación, relacionada a este modelo, dado que considera la mujer como centro del cuidado y que al ser corresponsable por la salud es también capaz de decidir sobre su cuerpo.

El modelo holístico sugiere también 12 presupuestos, los cuales contemplan y enriquecen el modelo humanístico. 1-unicidad de cuerpo-mente y espíritu; 2-el cuerpo es un sistema de energía interrelacionado con otros sistemas de energía; 3-cura de la persona en su integralidad en un contexto de vida como un todo; 4-unidad esencial entre médico y cliente; 5-diagnóstico y cura de dentro para fuera; 6-estructura organizacional en red que facilita la individualización de la asistencia; 7-autoridad y responsabilidad inherente a cada individuo; 8-ciencia y tecnología colocadas al servicio del individuo; 9-focalización, a largo plazo, en la creación y manutención de la salud y del bienestar; 10-la muerte es un proceso; 11-la

cura es el foco y, por fin, 12-abarca múltiples modalidades de cura<sup>27-28</sup>.

Es equivocado considerar que los modelos citados están estancados<sup>1</sup>. Así como observado en los testimonios, las Enfermeras Obstétricas citan elementos de los tres modelos de manera harmónica y ponderada. Los profesionales de la obstetricia contemporánea tienen la posibilidad de mezclar paradigmas específicos de cada modelo, entrelazándolos de tal forma a crear un sistema de cuidado revolucionario considerando el mestizaje cultural de la sociedad actual<sup>27</sup>.

De este modo, cuando las entrevistadas abordan sobre la postura de los profesionales de salud y disposición para encarar el cambio queda claro que el mismo vendrá cuando cada uno se propusiere a cambiar un poco de sí dentro de la práctica asistencial, por esta razón este proceso es tan lento y gradual.

Relacionar y discutir el modelo de atención con la postura de los profesionales se torna necesario cuando la necesidad desenfrenada de medicalizar eventos hospitalarios imposibilita que equipo de salud y usuario tengan una relación de proximidad y confianza, lo que acaba generando relaciones conflictivas<sup>28</sup>.

Considerando que en el universo de la atención obstétrica los protagonistas de la asistencia son la mujer y el bebé es posible vislumbrar un escenario próximo a aquel imaginado por Davis-Floyd<sup>27</sup>, en el cual elementos puntuales de cada modelo son convocados para promover una asistencia justa y segura. Esto se muestra evidente cuando surge en la entrevista de las Enfermeras Obstétricas que su papel es de garantizar que la mujer ocupe de hecho el lugar de protagonista, y que al garantizar el derecho a la información y espacio para decidir sobre su cuerpo acaba promoviendo también además de los beneficios para evolución del trabajo, mayor satisfacción de la mujer, dado que ejerce su libertad y poder de elección<sup>29</sup>.

Es posible afirmar que el grado de satisfacción de la mujer está directamente relacionado a la presencia de la Enfermera Obstétrica en el trabajo de parto y parto, hecho que puede traer a reflexión de que los servicios precisan disponer de EO en cuantitativo suficiente para atender la demanda de parturientas<sup>29</sup>.

## CONCLUSIÓN

Esta investigación permitió obtener un panorama de la asistencia bajo la óptica de la enfermera obstétrica. Hay estudios que demuestran la satisfacción de la mujer, los beneficios y maleficios de determinadas prácticas y rutinas, sin embargo, no tan comúnmente son escuchadas las voces de estas profesionales que, en su mayoría son mujeres, y

que están envueltas directamente en el proceso de cambio del modelo de atención obstétrica.

En el universo de la maternidad estudiada se mostró evidente que el proceso de inserción de estas profesionales, a pesar de haber sido inicialmente conflictiva promovió avances irreversibles en la práctica del cuidado obstétrico de la institución. Al insertar una nueva categoría profesional dentro de un servicio pueden surgir dificultades en el ámbito de las relaciones interpersonales, no obstante, el apoyo de la gestión y la creación de protocolos permitieron que las enfermeras obstétricas demostrasen con más seguridad y autonomía la calidad de su trabajo.

Estas profesionales conquistaron el espacio y la confianza del equipo y de la comunidad, promoviendo un impacto positivo en la calidad de la asistencia prestada en la maternidad. El comprometimiento de ellas en el escenario de la asistencia permitió además la creación y calificación de los protocolos institucionales, haciendo que cuestiones emblemáticas referentes a la asistencia fuesen discutidas en conjunto con los equipos.

Los datos presentados muestran que a partir del momento en que las Enfermeras Obstétricas comenzaron a atender la mayoría de los partos normales, una serie de otras prácticas benéficas y científicamente comprobadas y recomendadas tuvieron aumento en sus índices, demostrando que la actuación de esta profesional promovió impacto positivo en la calidad de la asistencia de las mujeres y sus bebés.

Sin embargo, es importante reconocer que el ayuno, aún utilizado en la institución, necesita ser superado. Se sugiere a la institución conocer las evidencias nacionales e internacionales más recientes acerca de la temática y discutir y reformular el protocolo de la maternidad en este sentido.

Otra cuestión importante es en relación a la formación de los profesionales en obstetricia. Mientras que la formación permanezca arraigada en el modelo tecnocrático, se continuará retrocediendo en diversos aspectos en el atendimento al parto e, infelizmente, no contribuyendo a la prevención y reducción de la morbimortalidad materna e infantil. El espacio académico es formador de opinión y almacenador del conocimiento y debería, por lo tanto, ser la cuna del cambio del modelo de atención.

Este estudio tiene como limitación la investigación en una única institución, por lo cual se sugieren estudios comparativos. Se sugiere, además, la renovación constante del conocimiento con base en evidencias científicas, defensa de la autonomía y del derecho de las mujeres en la elección de la mejor forma de partir son caminos importantes a ser buscados por los profesionales que desean

alcanzar la humanización de la asistencia al parto y consecuentemente a cambio del panorama de la atención obstétrica en Brasil.

## REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado en 26 feb 2016]. 465p. (Caderno HumanizaSUS; v. 4). Disponible en: [http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf)
2. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 2ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado en 15 ago 2016]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)
3. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [citado en 26 feb 2016]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
4. Organización Mundial da Saúde. Maternidade segura: guia prático para o parto normal. Genebra: OMS; 1996.
5. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº 0516/2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: COFEN; 2016 [citado en 02 abr 2017]. 7 p. Disponible en: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RES.-COFEN-516-2016.pdf>
6. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. 2ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Reimpr. 1ed Lisboa: Edições 70; 2016. 282p.
8. Presidência da República (Brasil). Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 8 abr 2005 [citado en 02 abr 2017]. Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)
9. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [citado en 02 abr 2017]. Disponible en: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371\\_07\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html)
10. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. Tempus [Internet]. 2010 [citado en 07 ene 2017]; 4(4): p.173-89. Disponible en: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/845/808>
11. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do parto baseada em evidências. Femina. [Internet]. 2010 [citado en 18 nov 2016]; 38(10):527-37. Disponible en: [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/artigo\\_femina\\_assistencia\\_ao\\_parto\\_parte\\_1.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_1.pdf)
12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2014 [citado en 02 abr 2017]; 30(Supl):17-47. DOI: 10.1590/0102-311X00151513
13. Verheijen EC, Raven JH, Hofmeyr GJ. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2009 [citado en 02 abr 2017]; 4(CD006067). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub2/epdf/full>. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub2
14. American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Anesthesiology. [Internet]. 2007 [citado en 02 abr 2017]; 106(4):843-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17413923>. DOI: 10.1097/01.anes.0000264744.63275.10
15. American Society of Anesthesiologists. Most Healthy women would benefit from light meal during labor [Internet]. News. San Diego; nov 6, 2015 [citado en 31 ago 2015]. Disponible en: <http://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2015/11/eating-a-light-meal-during-labor>
16. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. [Internet]. 2011 [citado en 02 abr 2017]; 12(CD000331). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub3/full>. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
17. Amorim MMR, Porto AMF, Souza ASR. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. Femina. [Internet]. 2010 [citado en 18 nov 2016]; 38(11):583-91. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a583-591.pdf>



18. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2016 [citado en 18 nov 2016]; 20(2):324-31. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>
19. Silva FMB, Paixão TCR, Oliveira SMJV, Leite JSL, Riesco MLG, Osava RH. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [citado en 02 abr 2017]; 47(5):1031-8. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt\\_0080-6234-reeusp-47-05-1031.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1031.pdf). DOI: 10.1590/S0080-623420130000500004
20. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2018 [citado en 02 abr 2017]; 3(CD009514). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/epdf/full> DOI: 10.1002/14651858.CD009514
21. Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiología médica. 11ed. São Paulo: Elsevier; 2006. p. 1009.
22. Fernandes RMF. O sono normal. *Medicina, Ribeirão Preto*. [Internet]. 2006 [citado en 03 ene 2017]; 39(2):157-68. Disponible en: [http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n2/1\\_o\\_sono\\_normal1.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2006/vol39n2/1_o_sono_normal1.pdf)
23. Maganhin CC, Carbonel AAF, Hatty JH, Fuchs LFP, Oliveira-Júnior IS, Simões MJ, et al. Efeitos da melatonina no sistema genital feminino: breve revisão. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2008 [citado en 03 ene 2017]; 54(3):267-71. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n3/a22v54n3.pdf>
24. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [citado en 18 nov 2016]; 48(2):304-13. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf>. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004633
25. Balaskas J. Parto Ativo: guia prático para o parto natural - a história e a filosofia de uma revolução... 3ed. São Paulo: Ground; 2015.
26. Rabelo M. Reorganização da gestão e do modelo de assistência obstétrica em uma maternidade de risco habitual. [Disertación]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2015 [citado en 5 dic 2016]. Disponible en: <http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41796/R%20-%20D%20-%20MARCELEXANDRA%20RABELO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
27. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2001 [citado en 23 dic 2016]; 75(2001):S5-23. Disponible en: [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/the\\_technocratic\\_humanistic\\_and\\_holistic\\_paradigms\\_of\\_childbirth.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf)
28. Brüggemann OM, Monticelli M. Modelos de atenção no processo do nascimento. In: Brüggemann OM, Oliveira ME, Santos EKA, organizadoras. *Enfermagem na atenção obstétrica e neonatal*. Florianópolis: Progressiva; 2011. p. 29.
29. Pereira ALF, Bento AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. *Rev RENE*. [Internet]. 2011 [citado en 03 ene 2017]; 12(3):471-7. Disponible en: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017\\_-\\_autonomia\\_no\\_parto\\_normal\\_na\\_perspectiva\\_das\\_mulheres\\_atendidas\\_na\\_casa\\_de\\_parto\\_-\\_rene\\_2011.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017_-_autonomia_no_parto_normal_na_perspectiva_das_mulheres_atendidas_na_casa_de_parto_-_rene_2011.pdf)

#### CONTRIBUCIONES

**Larissa de Oliveira Peripolli** y **Marcelexandra Rabelo** actuaron en la concepción del estudio, delineamiento, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión. **Silvana Regina Rossi Kissula Souza, Marilene Loewen Wall, Tatiane Herreira Trigueiro** y **Karin Madeleine Godarth** contribuyeron en la redacción y revisión final.

#### Cómo citar (Vancouver)

Peripolli LO, Rabelo M, Souza SRRK, Wall ML, Trigueiro TH, Godarth KM. Asistencia al parto bajo la óptica de enfermeras obstétricas. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 7(3):275-283. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

#### Cómo citar (ABNT)

PERIPOLLI, L. O.; RABELO, M.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L.; TRIGUEIRO, T. H.; GODARTH, K. M. Asistencia al parto bajo la óptica de enfermeras obstétricas. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 7, n. 3, p. 275-283, 2019. Disponible en: *agregar link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

#### Cómo citar (APA)

Peripolli, L.O., Rabelo, M., Souza, S.R.R.K., Wall, M.L., Trigueiro, T.H. & Godarth, K.M. (2019). Asistencia al parto bajo la óptica de enfermeras obstétricas. *REFACS*, 7(3), 275-283. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso* de *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.