

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

**PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO NO
ESPAÇO ACONCHEGO/ IMIP**

Estudantes: Itamisin Carvalho Santos da Silva Freitas

Jameson Vieira do Carmo Barbosa

Thais Andressa Machado de Santana

Orientadora: Viviane Maria Gomes de Araújo

Co-orientadora: Silvana Torres de Almeida

Recife, 2016

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

**PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO NO
ESPAÇO ACONCHEGO/ IMIP**

Monografia de Enfermagem da FPS Itamisin
Carvalho Santos da Silva Freitas, Jameson Vieira do
Carmo Barbosa e Thais Andressa Machado de
Santana apresentado na XII Jornada de Iniciação
Científica do IMIP e no VII Congresso Estudantil
da FPS

Orientadora: Viviane Maria Gomes de Araújo

Co-orientadora: Silvana Torres de Almeida

Recife, 2016

PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO NO ESPAÇO ACONCHEGO/ IMIP

Thais Andressa Machado de Santana¹, Itamisin Carvalho Santos da Silva Freitas², Jameson Vieira do Carmo Barbosa², Viviane Maria Gomes de Araújo³, Silvana Torres de Almeida⁴.

¹ Estudante de Enfermagem, Bolsista do Programa de Iniciação Científica da FPS

² Estudantes de Enfermagem, Colaboradores do Programa de Iniciação Científica da FPS

³ Enfermeira Especialista em Saúde da Mulher, Preceptora de Atividades Teóricas do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP

⁴ Enfermeira Mestra em Saúde Materno Infantil pelo IMIP

RESUMO

Cenário: A Rede Cegonha, foco deste trabalho, foi instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 em março de 2011, como estratégia de enfrentamento à mortalidade materna, à violência obstétrica e à baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, criando ações para ampliar e qualificar o acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. A assistência prestada pelo enfermeiro (a) obstétrico (a) tem sido apontada como um fator que implica diretamente na forma de assistência ao parto, sendo considerado com menor número de intervenções.¹³ **Objetivo:** Descrever as características das práticas de atenção ao parto e ao nascimento no espaço aconchego, de acordo com os indicadores recomendados pela Rede Cegonha. **Materiais e Métodos:** Estudo quantitativo do tipo descritivo, que teve coleta realizada no período de agosto a dezembro de 2015, referente a amostra de dezembro 2014 a dezembro de 2015, utilizando a base de dados pré-existentes no espaço aconchego do IMIP. A amostra estudada foi de 673 gestantes. Foram coletadas variáveis clínicas, características obstétricas, do internamento, das intervenções e do parto. Os dados foram digitados no Excel, analisados conforme suas variáveis e dispostos em tabelas. **Resultados:** As gestantes tinham idade entre 11 e 45 anos. A maioria tinha idade gestacional de 39 a 40 semanas. No internamento 57,7% das mulheres estavam com dilatação entre 4 e 6 cm e 69,7% não tinham rotura das membranas amnióticas. Entre as técnicas não farmacológicas para alívio da dor, a mais utilizada foi a respiração com 76,1%. Cerca de 96,6% fizeram o uso de pelo menos uma técnica não farmacológica. No que se refere às intervenções, foi realizado amniotomia em 14,6% das pacientes e em relação às características do parto, 74,2% mantiveram a integridade perineal ou tiveram laceração de 1º grau e 87,5% adotaram a posição vertical durante o período

expulsivo. No primeiro minuto após o parto 94% dos recém-nascidos tiveram apgar ≥ 7 e no quinto minuto 96,1% apresentaram apgar ≥ 7 . Cerca de 96,3% das gestantes tinham acompanhante durante o internamento. **Conclusão:** As características encontradas demonstram que a assistência prestada no PPP do IMIP, enquadram-se dentro das recomendações básicas da Rede Cegonha, embora a continuidade do processo de educação em saúde seja indispensável, além da informatização dos dados.

Palavras chaves: Rede Cegonha; Parto humanizado; Práticas.

PRACTICES OF ATTENTION TO LABOR AND BIRTH IN SPACE WARMTH/ IMIP

ABSTRACT

Scenario: The Network Stork, focus of this work, was instituted by Decree MS/GM no 1.459/2011 in March 2011, as a coping strategy to maternal mortality, violence obstetric and the low quality of the network of attention to labor and birth, creating actions to expand and qualify access to reproductive planning, prenatal, delivery and postnatal care. The assistance provided by nurses (a) delivery room (a) has been implicated as a factor which implies directly in the form of labor care, being considered with a smaller number of interventions. In order to better care for pregnant women with a reduction in the number of surgical interventions and unnecessary medicinal, respecting the natural flow of labor and birth, the expressions of the body and the maternal instinct to care for your baby's time more decisively to your life.¹³ **Objective:** To describe the characteristics of the practices of childbirth and birth in space coziness, in accordance with the indicators recommended by the stork. **Materials and methods:** a quantitative study of the descriptive study that had collected held from August to September, on the sample provided in December 2014 to December of 2015 through the database of pre-existing conditions in space warmth at the IMIP. We collected clinical variables, such as obstetric characteristics, the internment of interventions and delivery. The data were entered into Excel, analyzed according to its variables and arranged in tables. **Results:** The study sample of 673 pregnant women aged between 11 and 45 years. Most of them had gestational age from 39 to 40 weeks. In the hospital 57.7% of the women were with dilatation between 4 and 6 cm and 69.7% had no rupture of amniotic membranes. Among the non-pharmacological techniques to alleviate the pain, the most used was breathing with 76.1% of pregnant women. Approximately 96.6% made use of at least one technique non-pharmacological therapies. With regard to interventions, was conducted in Amniotomy 14.6% of patients. In relation to the characteristics of the delivery, 74.2% had no tearing or laceration of the 1st degree and 87.5% have adopted the vertical position during the expulsive phase. In the first minute after delivery 94% of newborn babies have an Apgar > 7 and 2.1% < 7 . And in the fifth minute 96.1% presented Apgar score > 7 and none of them < 7 . Approximately 96.3% of the patients were accompanied during the hospital stay. **Conclusion:** The characteristics found show that the assistance provided in the PPP at the IMIP, fall within the basic recommendations of the stork, although the continuity of health education process is indispensable, as well as the computerisation of data.

Key Words: Network Stork, humanizing, Practices

AGRADECIMENTOS

Às nossas orientadoras, pela paciência e dedicação em nos orientar ao êxito deste trabalho.

A todos os tutores da Graduação de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde, que nos direcionam todos os dias ao exercício da profissão de forma ética e humanística.

À própria instituição de ensino - FPS, pelo incentivo à pesquisa.
À coordenação de pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, pela confiança e oportunidade da continuidade ao estudo.
A todos os profissionais de saúde e aos funcionários do IMIP, que contribuíram direta ou indiretamente, para a realização deste projeto.
Aos nossos amigos e familiares pela compreensão e estímulo incansáveis.
A nossa gratidão!

SUMÁRIO

Introdução	01
Justificativa	07
Objetivos (geral e específicos)	08
Métodos	09
Resultados	10
Discussão	15
Conclusão	19
Referências Bibliográficas	21
Termo de dispensa de termo de consentimento livre e esclarecido.....	23
Aprovação do CEP	24

Introdução

As políticas públicas de saúde atribuídas ao atendimento das necessidades e dos direitos da mulher e da criança são determinadas seguindo os princípios reprodutivos, referente apenas para a concepção e anticoncepção, até aqueles mais abrangentes, voltados para garantir condições melhores de saúde e de vida.¹

Os movimentos sociais que aconteceram na sociedade brasileira, especialmente o movimento feminista, ajudaram para a implantação de novas políticas públicas desde a década de 1980, resultando na consolidação de leis e programas de saúde que se fortaleceram através da execução de programas e estratégias de saúde direcionados à atenção materno infantil, na década de 1990 e se estenderam até 2000.²

Com implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, deu início a uma conquista que colocava em destaque que a saúde da mulher necessitava de um maior cuidado não apenas no período da gravidez e sim em todos os ciclos da vida. Essa proposta visava à necessidade de conexão das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, prevenção do câncer e de doenças sexualmente transmissíveis, assistência à adolescente, à menopausa e à anticoncepção.³

Em 2000 foi instituído o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), objetivando minimizar as elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País.⁴

Posteriormente à implantação do PHPN, foi comprovado que o programa não atingiu as expectativas, pois apontou dificuldades no acesso aos serviços de saúde, deficiência de recursos humanos, financeiros, materiais e falta de leitos. Algumas

mulheres ainda citaram a falta de vagas nos hospitais e a apreensão com a penosa movimentação entre os serviços hospitalares.⁵

Estudos realizados em 2009 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apontam que os sistemas de saúde das Américas tinham como características: altos níveis de segmentação e fragmentação, baixo nível de desempenho, dificuldades no acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, uso ineficiente dos recursos disponíveis, elevação desnecessária dos custos e insatisfação dos usuários dos serviços de saúde.⁶

A fim de superar esta desagregação dos sistemas de saúde, a OPAS/OMS propuseram um modelo de organização para os sistemas de saúde, por meio de Redes de Atenção à Saúde - RAS, compreendendo que estas possibilitam intervenções preventivas e curativas para população; integração entre diversos níveis de serviços e atenção contínua à saúde.⁶

O Ministério da Saúde (MS) instituiu as RAS como estratégia prioritária, através da Portaria 4.279 de 30/12/2010, estabelecendo diretrizes para sua organização, no âmbito do SUS. Tais redes têm o intuito de integração sistêmica de ações e serviços de saúde promovendo atenção contínua, integral, qualificada, responsável e humanizada. Também almeja aumentar o desempenho do Sistema, no que concerne ao acesso, a equidade, a eficácia clínica e sanitária e a eficiência econômica.⁷

Para enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas e/ou as populações, o MS elaborou as redes de Atenção à Saúde Temática: Rede Cegonha, para atenção à gestante e à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora; Rede de Atenção Psicossocial, primando o

enfrentamento ao Álcool, Crack, e outras 13 Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: priorizando o câncer, especialmente a prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites. ⁶

A Rede Cegonha, foco deste trabalho, foi instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011, como estratégia de enfrentamento à mortalidade materna, à violência obstétrica e à baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, criando ações para ampliar e qualificar o acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. A rede foi instituída no âmbito do SUS e consiste em cuidados que visam assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto e puerpério, assegurando à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável. ⁸

A Rede pressupõe ações para facilitar o acesso e melhorar a qualidade da assistência à mulher e à criança, através da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, abrangendo o direito a um acompanhante de livre escolha da gestante na hora parto (lei nº 11.108, de abril/2015). As ações estão enquadradas em quatro componentes: (1) Pré-Natal; (2) Parto e Nascimento; (3) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (4) Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. ^{9,10}

A fim de restringir seu campo de atuação prioritário, a Rede Cegonha parte da diagnose de que as mortalidades materna e infantil mantem-se elevadas, com

predomínio de medicalização intensa do nascimento e utilização de tecnologias sem evidências científicas (cesáreas e intervenções desnecessárias no parto).¹⁰

Segundo dados da pesquisa nascer, estudo coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o qual contemplou 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, em 191 municípios, onde 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, 52% das mulheres tiveram seus filhos por meio de cesariana, e no setor privados os dados foram ainda mais alarmantes, atingindo 88%. Não há justificativa clínica para tão elevado número de cirurgias. Estima-se que, no país, quase 1 milhão de mulheres, todos os anos, são submetidas à cesariana sem indicação obstétrica adequada, sendo expostas a maiores riscos de morbidade e mortalidade e aumentados desnecessariamente os recursos gastos. Pesquisas recentes mostram também o reflexo da via de nascimento no curso natural do desenvolvimento intrauterino do RN e na saúde futura destes, aumentando o risco de obesidade, diabetes, asma entre outras doenças crônicas.¹²

O modelo tecnocrático de assistência ao parto está subordinado a passividade das mulheres que ficam imobilizadas durante o parto enquanto sofrem intervenções por profissionais para abreviar a duração do trabalho de parto. A utilização descontrolada de procedimentos desnecessários e prejudiciais é intensificado pela lógica mercantil e pela (de) formação médica e expressa-se visivelmente na crescente epidemia de cesáreas.¹¹

Considerando a resolução COFEN nº 477/2015 que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas e a resolução COFEN nº 478/2015 que dispõe sobre a normatização da atuação e responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá

outras providências; a institucionalização da assistência ao parto de risco habitual pelo enfermeiro obstetra se configura como um valiosa ferramenta de mudanças de paradigma do modelo biologicista e medicalizado para o modelo humanizado de cuidado, com foco no cuidado direcionado a mulher e sua família, com importantes resultados perinatais.¹²

A assistência prestada pelo enfermeiro (a) obstétrico (a) tem sido apontada como um fator que implica diretamente na forma de assistência ao parto, sendo considerado com menor número de intervenções. Visando a um melhor atendimento às parturientes com a redução do número de intervenções cirúrgicas e medicamentosas desnecessárias, respeitando o fluxo natural do parto e nascimento, as expressões do corpo e o instinto materno de cuidar do seu bebê na hora mais decisiva de sua vida.¹³

O enfermeiro obstetra pode fazer uso de técnicas não farmacológicas para alívio da percepção dolorosa do parto. Dentre elas podemos citar: banho, respiração, massagens, musicoterapia, bola suíça, agachamento, deambulação. Estes métodos podem ser aplicados de forma isolada ou combinada.²⁴

É imprescindível considerar as características multidimensionais e individuais da dor no momento de escolha do método a ser utilizado durante o trabalho de parto, já que o uso de métodos não farmacológicas exige da mulher um maior controle sobre seu corpo e suas emoções. Ao explicar a técnica a ser utilizada o enfermeiro tranquiliza a gestante, o que é de extrema importância, visto que o medo provoca a secreção de doses elevadas de adrenalina em etapas bem anteriores à expulsão. O excesso de estímulos sensoriais causa uma intensificação na atividade neocortical que, com o medo e a insegurança, interfere como inibidora da liberação de ocitocina. Deste modo, o

funcionamento orgânico desfavorável ao processo fisiológico do parto poderá aumentar o tempo do trabalho de parto.²⁵

Justificativa

A Rede Cegonha foi criada para garantir a todas as mulheres um atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê. O principal objetivo da Rede Cegonha é a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e crianças no país. Compreende-se ser este projeto relevante por avaliar a qualidade da assistência de enfermagem ao parto.

Objetivo Geral

Descrever as características das práticas de atenção ao parto e ao nascimento no pré-parto /parto/puerpério (PPP). Analisando se estão de acordo com os indicadores recomendados pela Rede Cegonha.

Objetivos específicos

Descrever as características obstétricas das parturientes (paridade, idade, idade gestacional, número de consultas) atendidas entre dez/2014 e junho/2015;

Descrever as características do internamento das gestantes no espaço Aconchego IMIP (amniorrexe na admissão, presença de acompanhante e dilatação).

Descrever as tecnologias não farmacológicas utilizadas durante a assistência prestada no trabalho de parto (respiração, penumbra, deambulação, banho, bola, musicoterapia, massagem, quatro apoios, aromaterapia, banqueta, agachamento, DLE, movimento pélvico, cavalinho e proteção perineal);

Descrever as intervenções práticas durante trabalho de parto (ocitocina, amniotomia, kristeller, misoprostol episiotomia);

Descrever as características do parto (laceração, apgar, tempo de trabalho de parto, tempo expulsivo e peso do RN);

Informar as posições do parto assumidas pelas gestantes (Semi-sentada, Banqueta, DLE, Cócoras, Quatro apoios, Ginecológica, Cavalinho, Joelhos e em Pé).

Métodos

Estudo quantitativo do tipo descritivo retrospectivo, que teve coleta de dados realizada no período de agosto a dezembro de 2015 através da base de dados pré-existentes no espaço aconchego do IMIP. As informações foram coletadas a partir dos dados registrados em livro de ocorrência da assistência de enfermagem obstétrica num período de treze meses, correspondentes a dezembro/2014 a dezembro/2015. A população foi composta por todas as pacientes admitidas no espaço aconchego do IMIP durante o período estabelecido. Os critérios de exclusão foram todas as pacientes não registradas no livro de ocorrência obstétrica do espaço aconchego do IMIP de dezembro de 2014 à dezembro de 2015, tendo como amostra 673 pacientes registradas no livro de ocorrência da assistência de enfermagem obstétrica deste mesmo período. Como instrumento foi utilizado o próprio formulário de registro de parto. A análise dos dados foi realizada através de um programa estatístico de domínio público Excel. Primeiramente foram obtidas tabelas de distribuição de frequência para as variáveis categóricas, calculando medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética Faculdade Pernambucana de Saúde – AECISA/CAAE: 48244315.5.0000.5569 (Anexo 2).

Resultados

A idade das 673 gestantes variou entre 11 e 45 anos de idade. Elas tinham de 36 a 42 semanas de gestação, estando 59,9% destas com idade gestacional de 39 ou 40 semanas. 24% delas eram nulíparas, 39% primíparas, 20% secundíparas e 17% multíparas. Das pacientes em estudo, apenas 1,9 % não fizeram pré-natal ou não houve registro dessa informação, as demais realizaram de 1 a 19 consultas, tendo 75% realizado de 5 a 10 consultas pré-natais.

Tabela 1 - Características obstétricas das gestantes do espaço aconchego/IMIP – 2014/2015

Variáveis	Média ± DP	Mediana (Q1; Q3)	Mínimo	Máximo
Paridade	1,32 ± 1,09	1,00 (1,00; 2,00)	0,00	6,00
Idade	24,06 ± 6,47	23,00 (19,00; 28,00)	11,00	45,00
IG	39,46 ± 1,14	40,00 (39,00; 40,00)	36,00	42,00
Número de consultas	6,88 ± 2,52	7,00 (5,00; 9,00)	1,00	19,00

Fonte: Banco de dados do espaço aconchego/ IMIP

No internamento, 2,2% das gestantes foram admitidas com dilatação inferior a 3 cm, 57,7% estavam com dilatação entre 4 e 6 cm e 6,4% delas foram admitidas em período expulsivo. 22,4% das pacientes já foram admitidas com amniorrexe, 69,7% não tinham rotura das membranas amnióticas e 7,9% não tiveram essa informação registrada. Das 673 gestantes, 96,7% trouxeram consigo seus acompanhantes.

Tabela 2 – Características do internamento gestantes do espaço aconchego/IMIP – 2014/2015

Variáveis	N	%
Amniorrexe na admissão		
Sim	151	22,4
Não	469	69,7
Não informado	53	7,9
Acompanhante		

Sim	651	96,7
Não	22	3,3

	Média ± DP
Dilatação no internamento (cm)	5,90 ± 2,01

Fonte: Banco de dados do espaço aconchego/ IMIP

Na tabela 3, vemos que a respiração foi a técnica mais empregada, 76,1% das parturientes utilizaram esse artifício. 55,6% desfrutaram da penumbra, 53,9% deambularam, 45% tomaram banho morno, 40,4% exercitaram-se na bola, 39,5% usaram musicoterapia, 31,1% beneficiaram-se com massagem, 27,5% executaram quatro apoios, 27,2% aromaterapia, 26,7% serviram-se da banqueta. Cerca de 96,6% das gestantes fizeram o uso de tecnologias, sendo utilizada uma ou mais durante a assistência.

Tabela 3 - Tecnologias utilizadas pelas gestantes do espaço aconchego/IMIP – 2014/2015

Variáveis	N	%
Tecnologias		
Respiração	512	76,1
Penumbra	374	55,6
Deambulação	363	53,9
Banho	303	45,0
Bola	272	40,4
Musicoterapia	266	39,5
Massagem	209	31,1
Quatro apoios	185	27,5
Aromaterapia	183	27,2
Banqueta	180	26,7
Agachamento	90	13,4
DLE	86	12,8
Movimento Pélvico	58	8,6
Cavalinho	53	7,9
Proteção perineal	23	3,4

Fonte: Banco de dados do espaço aconchego/ IMIP

Na tabela 4 que se refere as intervenções, foi constatado que 14,6% foi realizado amniotomia, seguido de 11,1 % de ocitocina, 0,3% de misoprostol e 0% de Kristeller.

Quanto a episiotomia, 97,7% das pacientes não sofreram essa intervenção e 2,2% não foram registradas.

Tabela 4 - Intervenções utilizadas nas gestantes do espaço aconchego/ IMIP – 2014/2015

Variáveis	N	%
Ocitocina		
Sim	75	11,1
Não	598	88,9
Amniotomia		
Sim	98	14,6
Não	575	85,4
Kristeller		
Sim	0	0,0
Não	673	100,0
Misoprostol		
Sim	2	0,3
Não	671	99,7
Episiotomia		
Sim	1	0,1
Não	657	97,7
Não informado	15	2,2

Fonte: Banco de dados do espaço aconchego/ IMIP

Na tabela 5 que se refere as características do parto, vimos que 24,4% das pacientes não tiveram nenhuma laceração, 49,8% tiveram laceração de 1º grau, 20,1% de 2º grau, 0,9% de 3º grau e 4,8% das pacientes não tiveram essa informação registrada. A média de tempo do trabalho de parto foi de aproximadamente 4 horas e 30 minutos, já o tempo expulsivo foi de aproximadamente 38 minutos. No primeiro minuto após o parto 94% dos recém-nascidos tiveram apgar > 7 e 2,1% < 7. E no quinto minuto 96,1% apresentaram apgar > 7 e nenhum deles < 7. A média do peso dos recém-nascidos foi de aproximadamente 3,260 kg.

Tabela 5 - Características do parto das gestantes do espaço aconchego/ IMIP – 2014/2015

Variáveis	N	%
Laceração		
Nenhuma	164	24,4
1º grau	336	49,8
2º grau	135	20,1
3º grau	6	0,9
Não informado	32	4,8
Apgar 1º min		
< 7	14	2,1
≥ 7	633	94,0
Não informado	26	3,9
Apgar 5º min		
< 7	0	0,0
≥ 7	647	96,1
Não informado	26	3,9
	Média ± DP	
Tempo TP (min)	270,67 ± 185,96	
Tempo expulsivo (min)	37,58 ± 37,31	
Peso	3260,42 ± 400,65	

Fonte: Banco de dados do espaço aconchego/ IMIP

Na tabela 6 que se refere às posições do parto, dividimos em horizontal e vertical, onde a horizontal representa as posições ginecológica e DLE correspondente a 9,2% e a vertical que são semi-sentada, banqueta, cócoras, cavalinho, 4 apoios, joelhos e em pé corresponde à 87,5% das pacientes. Constatando-se que as posições de escolha das pacientes foram semi-sentada, 47,9%, e banqueta, 29,2%.

Tabela 6 - Posições do parto das gestantes do espaço aconchego/ IMIP – 2014/2015

Variáveis	N	%
Posição do parto		
Semi-sentada	322	47,9
Banqueta	196	29,2
DLE	42	6,2
Cócoras	36	5,3
Quatro apoios	29	4,3
Ginecológica	20	3,0
Cavalinho	3	0,4

Joelhos	2	0,3
Em pé	1	0,1
Não informado	22	3,3
Posição do parto		
Horizontal	342	9,2
Vertical	309	87,5
Não informado	22	3,3

Fonte: Banco de dados do espaço aconchego/ IMIP

Discussão

Os dados obstétricos da presente pesquisa coincidem com as informações do estudo realizado na maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro, onde as gestantes, tinham cerca de 24 anos, tendo uma média de 1,4 partos e apresentando em média 6,2 consultas de pré-natal.¹⁷

Considera-se boas práticas de atenção ao parto a presença de acompanhantes, o uso de tecnologias não farmacológicas para alívio da dor e a redução das intervenções obstétricas (ocitocina, amniotomia, kristeller, misoprostol e episiotomia).¹⁴

Foi observado no presente estudo que o direito ao acompanhante previsto em lei, foi utilizado pela maioria das pacientes. Em contradição ao estudo realizado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, onde o direito ao acompanhante foi negado tanto nos serviços públicos quanto nos privados, tornando o parto solitário, inseguro e doloroso.¹¹

O uso de tecnologias não farmacológicas favorece a redução da morbimortalidade materna, porém o excesso das mesmas pode ser avaliado como intervenção, cada técnica deve ser utilizada respeitando a fase do trabalho de parto em que a mulher se encontra e sua aceitação.¹⁵ Entre as tecnologias avaliadas a mais utilizada foi a respiração, que quando realizada de maneira firme e cuidadosa, proporciona calma e tranquilidade à pessoa. A concentração no ritmo respiratório auxilia a mulher a centrar sua atenção em algo e essa medida pode ser adotada de forma ativa.¹⁶ Além da respiração, a deambulação e o banho morno estão entre os métodos

mais utilizados. O que corrobora com o estudo realizado pela Universidade Federal de Santa Maria, onde as tecnologias mais incidentes foram respiração e relaxamento muscular, reforçando o caráter natural e fisiológico do parto sem medidas intervencionistas.²⁰

De acordo com a pesquisa nascer no Brasil o parto vaginal ocorre quase sempre com excesso de intervenções.¹² No espaço aconchego/PPP observou-se a tentativa de redução das intervenções por parte dos enfermeiros obstetras, em nenhuma das pacientes foi feita a manobra de Kristeller, o que é adequado, visto que estudos não conseguiram demonstrar os benefícios desta prática, tendo uma forte recomendação de evitá-la como uso rotineiro.¹⁴

Em relação à episiotomia, apenas uma gestante sofreu essa intervenção, o que é satisfatório, sabendo-se que esta técnica além de provocar maior perda sangüínea, não previne posteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo em alguns casos aumentá-los. Comparando com estudo realizado com 1.129 parturientes submetidas ao parto normal em duas maternidades públicas na cidade de Goiânia, Goiás, no período de junho de 2009 a maio de 2010, 636 (57,55%) do total de pacientes sofreram episiotomia, sendo que em relação às primíparas 325 (83,7%) receberam essa intervenção.²¹ Mulheres que realizaram episiotomia de rotina apresentaram piora na função sexual em relação àquelas que não foram submetidas ao procedimento, portanto, não há evidência que o uso rotineiro de episiotomia tenha efeito benéfico.¹⁹

No que se refere ao uso do misoprostol, foi analisada que apenas duas pacientes sofreram este tipo de intervenção. Pesquisas mostram que o misoprostol é mais efetivo para desencadear o parto de forma espontânea, resultando em menor necessidade de ocitocina, pois estimula o miométrio e modifica a estrutura do colágeno com

consequente esvaecimento cervical. No entanto pode levar a efeitos adversos como a hiperestimulação uterina, hipertonia e taquissistolia, podendo evoluir para ruptura uterina.¹⁹ Tendo em vista que as pacientes do PPP, devem ser admitidas em franco trabalho de parto, o uso do mistrostol não foi prática comum nesse estudo.

Quanto ao grau de laceração, identificamos que 74,2% das parturientes mantiveram a integridade perineal, ou apresentaram lacerações de 1º grau. Em estudo realizado entre julho de 2013 e julho de 2014 sobre as intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul 56,6% das pacientes apresentam laceração de 1º grau ou nenhuma.²²

No presente estudo a grande maioria dos bebês apresentou boa vitalidade ao nascer. No primeiro minuto após o parto 94% dos recém-nascidos tiveram apgar > 7 e no quinto minuto 96,1% apresentaram apgar > 7. Comparando com estudo realizado em uma maternidade de Santa Maria – Rio Grande do Sul 87,7% dos RNs tiveram Apgar maior que sete no primeiro minuto de vida e 96,7% apresentaram índice maior que sete no quinto minuto.²²

Estudos relatam que há evidências escritas de que as posições verticais contribuem largamente para a diminuição da duração do TP e não parecem estar associadas ao aumento do intervencionismo ou efeitos negativos para o bem-estar materno ou do RN.²³ No presente estudo cerca de 87,5% das gestantes optaram pelas posições verticais onde se sentiram mais confortáveis tendo uma média de duração do trabalho de parto de aproximadamente 4:51h e 37min de período expulsivo.

A assistência prestada pelas enfermeiras obstetras no local da pesquisa, é realizada pelas enfermeiras plantonistas, residentes e acadêmicas de enfermagem em

horário integral, contando com a equipe médica obstétrica apenas para as intercorrências. Este modelo de assistência possibilita o enfermeiro traçar um plano de assistência individualizada permitindo a participação da paciente e família na decisão das condutas estabelecidas.

A estruturação do setor com protocolo de assistência e equipe atualizada, viabiliza a prestação de cuidados de forma mais adequada, obedecendo o conceito de medicina baseada em evidências.

Conclusão

As características encontradas demonstram que a assistência prestada no PPP do IMIP, enquadram-se dentro das recomendações básicas da Rede Cegonha. A pesquisa evidência que os enfermeiros do local do estudo estão comprometidos com a humanização das práticas de atenção ao parto.

A presença do acompanhante trouxe mais segurança à parturiente e resgata o envolvimento familiar no nascimento de um novo integrante da família. O uso das tecnologias não farmacológicas favoreceu a participação ativa da mulher no parto e o controle da dor durante o trabalho de parto. A formação humanística proporcionou escolha do método com foco no bem-estar da paciente

As pacientes internadas sofreram poucas intervenções e entende-se que as utilizadas foram oportunamente indicadas uma vez que as práticas sugerem tentativas de evitar ou reverter complicações.

A qualidade da assistência prestada reflete no índice do apgar que é importante indicador de morbimortalidade no reduzido grau de laceração, na baixa incidência de episiotomia e outras intervenções desnecessárias. A maioria das gestantes assumiu posição verticalizada durante o parto. As posições adotadas foram sugeridas, possibilitando livre escolha da mulher.

O presente estudo possibilita maior visibilidade à atuação dos enfermeiros obstétricos no manejo do trabalho de parto. Houve dificuldades no estudo devido ao não preenchimento das informações de algumas gestantes no formulário. Sugerimos informatização na base de dados para evitar a perda de informações e inclusão de dados como o clampeamento tardio do cordão umbilical, incentivo do contato pele a pele com o recém-nascido e o aleitamento no pós-parto imediato. Ainda que a assistência prestada ao parto seja criteriosa, é indispensável à continuidade do processo de educação em saúde, além da busca contínua pela excelência na assistência prestada.

Referências

1. Costa AM; Bahia L; Conte D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres do Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p.13-24, dez. 2007.
2. Neto, ETS. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. *Saúde Sociedade*, v.17, n. 2, p.107-119, 2008.
3. Almeida CM. O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica. In: Congresso Nacional da Rede Unida – 20 anos de parcerias na saúde e na educação, 6, 2005. Belo Horizonte. Anais. VI Congresso da Rede Unida, Belo Horizonte: Rede Unida, 2005. p. 25-32.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.
5. Dias MAB; Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, 2006.
6. Giovanni M. Rede cegonha: da concepção à implantação. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/>>. Acesso em: 05/06/15.
7. Brasil. Portaria Nº 4.279, DE 30 de Dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acessado em 05 junho 2015.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011g.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011e. Seção 1.
11. Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup: S8-S10, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

12. Nascer Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 sup: S8-S10, 2014. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>. Acessado em: 12 junho 2015.
13. Machado FA et al. Humanização do parto e do nascimento. 2003. <http://www.portalthumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=17>.
14. Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 susp: 517-547, 2014.
15. Souza J. P. Pileggi-Castro C. Importância da prevenção quaternária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 susp. 511-513, 2014.
16. Reberte LM, Hoga LAK. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; 14(2):186-92.
17. Domingues RMSM et al. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S52-S62, 2004.
18. Oliveira SMJV, Miquilini EC, Frequência e critérios para indicar a episiotomia. RevEscEnfermUSPn 2005; 39(3):288-95.
19. Santos SA, et al. Na indução do parto com o feto vivo, qual a melhor terapêutica: Misoprostol ou ocitocina?. Sempesq 16 (2014).
20. Silva EF, Strapasson MR, Fisher ACS. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. Rev. Enferm. UFMS [online]. 2011 [acesso 2013 Jan 12]; 1(2). Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2526>
21. Salge AKM, Lôbo SF, Siqueira KM, Silva RCR, Guimarães JV. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):779-85. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a05.htm>.
22. dos Reis, Thamiza da Rosa, et al. "Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio." Revista Gaúcha de Enfermagem 36: 94-101.
23. Leite, D.M. Efeitos da deambulação e das posições verticais na evolução do primeiro período de trabalho de parto, na mulher primípara, Ed. Porto 2014.
24. Davim, Rejane Marie Barbosa, Gilson de Vasconcelos Torres, and Janmilli da Costa Dantas. "Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto." Revista da Escola de Enfermagem da USP 43.2 (2009): 438-445.
25. Zveiter, Marcelle, Jane Márcia Progianti, and Octavio Muniz da Costa Vargens. "O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica." Pulsional Rev Psicanál 182.18 (2005): 86-92.

Apêndice

TERMO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Recife, 07 de agosto de 2015

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde

Projeto Intitulado:

**PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO NO ESPAÇO
ACONCHEGO/ IMIP**

Senhor Coordenador,

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Projeto em epígrafe, com a seguinte justificativa:

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva com uso da base de dados pré-existentes no espaço aconchego/IMIP.

Colocamo-nos para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Recife, 07/08/2015

Atenciosamente,