

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E

TECNOLÓGICO - CNPq

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

WYLMA KARLLA MELO DA SILVA

RAQUEL DINIZ SALES CAVALCANTE

RENATA TENÓRIO DE ALMEIDA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO NORMAL DE BAIXO RISCO
EM UMA MATERNIDADE ESCOLA E DE REFERÊNCIA DA CIDADE
DO RECIFE, PERNAMBUCO**

Recife

Outubro, 2017

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E

TECNOLÓGICO - CNPq

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE - FPS

WYLMA KARLLA MELO DA SILVA

RAQUEL DINIZ SALES CAVALCANTE

RENATA TENÓRIO DE ALMEIDA

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO NORMAL DE BAIXO RISCO
EM UMA MATERNIDADE ESCOLA E DE REFERÊNCIA DA CIDADE
DO RECIFE, PERNAMBUCO**

Artigo apresentado na XII Jornada de Iniciação Científica do IMIP como um dos requisitos para finalização do programa de iniciação científica IMIP/CNPq e trabalho de conclusão de curso da graduação em Enfermagem da FPS. Orientador: Prof.^a Maria de Fátima Costa Caminha. Coorientador: Prof.^a Cinthia Martins Menino Diniz.

Recife

Outubro, 2017

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO NORMAL DE BAIXO RISCO EM UMA MATERNIDADE ESCOLA E DE REFERÊNCIA DA CIDADE DO RECIFE, PERNAMBUCO

Wylma Karlla Melo da Silva¹

Raquel Diniz Sales Cavalcante²

Renata Tenório de Almeida³

Cinthia Martins Menino Diniz⁴

Maria de Fátima Costa Caminha⁵

¹⁻³ Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Jean Emile Favre, nº422, Imbiribeira, Recife, PE, Brasil. CEP: 51200-060.

Email: mima_karlla@hotmail.com/ raqueldinizsales@hotmail.com/ renatatenorio12@gmail.com

^{4,5} Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Recife, PE, Brasil.

Resumo

Objetivos: Avaliar a atenção ao parto normal de baixo risco em uma maternidade escola da cidade do Recife. **Métodos:** Estudo corte transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, abordando o perfil sócio demográfico e obstétrico, e ações realizadas na assistência ao parto normal de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde. **Resultados:** Participaram do estudo 180 puérperas, a maioria adultas jovens (70%), com gestação á termo (96%) e realizaram mais de 6 consultas de pré-natal (68,3%). Dentre as boas práticas utilizadas, as mais prevalentes foram, a oferta de líquido por via oral durante o TP e parto (87,2%), respeito à privacidade (96,7%), liberdade de posição (96,1%), contato pele a pele com o bebê (96,7%) e amamentação na 1º hora de vida (65,6%). Porém, o incentivo ao puxo dirigido ainda foi identificado em 66,1%. **Conclusões:** Observa-se uma tendência a incorporação das boas práticas segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Palavras-chave: Parto normal; Trabalho de parto; Medicina baseada em evidências.

Abstract

Objectives: Evaluating the attention given to low risk regular childbirth in a school maternity hospital in the city of Recife. **Methods:** A descriptive study with a transversal cut and

quantitative approach, analyzing the demographic and obstetrician profile and actions performed on the assistance to the regular childbirth according to the recommendations of the World Health Organization. **Results:** 180 parturient women took part in the study, most of them were young adults (70%), they were in the regular time of their gestations (96%) and had been through more than 6 prenatal appointments (68,3%). Among the good practices that were used the most recurrent were the liquid offer through oral ingestion during the labor and childbirth (87,2%), respect to their privacy (96,7%), freedom for labor position (96,1%), skin to skin contact with the baby (96,7%) and breastfeeding on the first hour of life (65,6%). However, the stimulation to the natural pushing process was identified in 66,1%. **Conclusions:** A tendency to the incorporation of the good practices, according to the World Health Organization, can be observed.

Keywords: Regular childbirth; labor; Evidence-based medicine.

Introdução

O modelo de atenção ao parto apresenta diferentes características de acordo com a cultura e a sociedade em que a parturiente está inserida. Cada sociedade possui uma maneira peculiar de organizar e moldar a vivência do nascimento¹, e essas características que envolvem questões como à forma de remuneração dos profissionais, forma de estratégias de financiamento do sistema, conflito de interesses, dentre outros, exercendo um papel preponderante na escolha do tipo de parto, tanto pela parturiente quanto pelo profissional que presta atenção ao parto².

No mundo, segundo estudos realizados em países árabes, países da América do Norte, em especial nos Estados Unidos,¹⁻⁵ as intervenções médicas são comumente pautadas no uso de monitoramento eletrônico fetal, analgesia peridural, amniotomia, parto induzido e episiotomia. Nesse grupo dos países com práticas altamente medicalizadas, os Estados Unidos aparecem com taxas de cesariana de aproximadamente 32,8%, fato atribuído à prática defensiva com médicos receosos a processos judiciais pela má prática e a escolha do tipo de parto pela paciente⁵.

No Brasil, a institucionalização do parto é intensificada a partir do século XX. A assistência ao parto normal passa a ser caracterizada pela medicalização, uso inadequado de intervenções no processo fisiológico do trabalho de parto e controle do período gravídico-

puerperal, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materna e perinatal.⁶⁻⁹ Essa crescente hospitalização favoreceu o modelo de parto como evento cirúrgico, centrado na figura hegemônica do médico.¹⁰ Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, no ano de 2014, o percentual de partos cesáreos no Brasil chega a 84% na saúde suplementar. Na rede pública está em cerca de 40%.¹¹ Trabalho realizado em algumas cidades brasileiras tem denunciado a excessiva medicalização para os partos vaginais, como a episiotomia, uso indiscriminado de ocitocina, pouco monitoramento do trabalho de parto contínuo com uso de partograma, aferição da pressão arterial, batimentos cardíacos fetais e tratamento não farmacológico para alívio da dor.¹²

As reflexões a cerca dessa problemática tomam impulso em 1985, após reunião promovida pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS),⁵ e são consideradas recomendações sobre a assistência ao parto normal.¹³ Em 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a atualização dessas recomendações, seguindo critérios estritos da medicina baseada em evidências. Esse documento classificou as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias: A) Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas; B) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; C) Práticas para as quais existem poucas evidências científicas para suportá-las e que devem ser utilizadas com cautela até que novas evidências esclareçam o assunto; e D) Práticas que frequentemente são utilizadas inapropriadamente¹⁴.

Entretanto, mesmo após 29 anos das primeiras recomendações da OMS, onde deve ser aliada a arte com a ciência, visando um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções, o uso rotineiro de práticas já consideradas obsoletas como enema e episiotomia de rotina ainda são utilizadas.⁹

Neste sentido, objetivou-se avaliar a atenção ao parto normal de baixo risco em uma maternidade escola da cidade do Recife, referência para o Nordeste do Brasil, segundo as recomendações da OMS.¹⁴

Métodos

Trata-se de um estudo corte transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, um Hospital Amigo da Criança,¹⁶ que possui um serviço de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) específico para o atendimento de gestantes de risco habitual.

A coleta de dados realizou-se no período de outubro/2015 a junho/2016 através de questionário estruturado, abordando variáveis sociodemográficas, obstétricas, e ações realizadas para a assistência ao parto normal de acordo com as recomendações da OMS¹⁴ para a assistência ao parto de baixo risco. Foram realizadas entrevistas com puérperas submetidas ao parto normal de baixo risco, atendidas na referida maternidade, assim como extraídos dados dos prontuários.

Considerou-se como elegíveis todas as puérperas que pariram por parto normal de baixo risco e que estavam internadas na maternidade do IMIP durante o período de coleta (n=591). Foram excluídas àquelas com condições clínicas desfavoráveis para participação da pesquisa e com ausência de capacidade de entendimento para responder às perguntas (n=411).

A amostra foi por conveniência e não probabilística, onde foram incluídas todas as mulheres atendidas durante o período de coleta de dados (n=180).

As variáveis sociodemográficas foram: idade (< 20 anos e ≥ 20 anos), raça/cor autodeclarada (branca, negra, parda e amarela), ensino médio completo (sim ou não), renda familiar (nenhuma renda, ≤ 1 salário mínimo e > 1 salário mínimo), estado civil (solteira, união consensual, separada, casada e viúva), procedência (RMR, outras cidades e outros estados), e profissão/ocupação (sim ou não). Obstétricas: Idade gestacional no momento do parto (37-41 semanas e ≥ 42 semanas), local do parto (PPP ou pré-parto), primiparidade (sim ou não), número de consultas de pré-natal (nenhuma, 1-5 consultas e ≥ 6 consultas), dilatação cervical (4 cm, 5-9 cm e período expulsivo), e estado das membranas amnióticas no momento da admissão (rota ou íntegra).

Para avaliar assistência ao parto normal de baixo risco, foram utilizados os critérios recomendados pela OMS, coletadas através de entrevistas com as pacientes e informações a partir do prontuário. Considerou-se o que foi verbalizado pela puérpera quanto a oferta de líquido e alimentos, oferta de informações/explicações, monitoramento do bem-estar físico e emocional, respeito a privacidade, escolha livre do acompanhante, uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor, liberdade na posição, monitoramento fetal, uso de materiais descartáveis, incentivo a puxos, contato pele a pele com o RN e apoio a amamentação na primeira hora pós-parto, manobra de Kristeller e toque vaginais. As informações utilizadas através do prontuário foram: uso do partograma, amniotomia e o uso de ocitocina.

Os dados foram digitados no programa Excel 2016 em dupla entrada, validados no Epi Info 3.5.2 e analisados no Stata 12.1. As variáveis descritivas foram apresentadas em valores relativos e absolutos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Abordando

Resultados

No período de estudo ocorreram 591 partos por via vaginal de baixo risco, onde desses obtivemos uma amostra de 180 partos. As perdas ocorreram devido à alta hospitalar fora do horário regular do serviço e por horários não disponíveis para a coleta de dados (n=238), por incapacidade de entendimento do participante (n=2), por pacientes menores de idade sem acompanhante no momento da coleta (n=35) e por patologias associadas apesar de serem consideradas baixo risco ou por dados obstétricos que não se incluíam nos critérios de elegibilidade (n=136).

Quanto a caracterização sociodemográfica das puérperas, 70% tinham idade ≥ 20 anos, 66,7% se auto declaravam pardas e 77,2% precediam da Região Metropolitana do Recife (RMR). Menos da metade (47,8%) tinham ensino médio completo, renda familiar de ≤ 1 salário mínimo (46,1%), conviviam em união consensual (44,4%) e a maioria não tinha ocupação (67,2%). Em relação aos dados obstétricos, 96,1% das gestantes tinham a idade gestacional de 37 a 41 semanas, realizaram mais de 6 consultas de pré-natal (68,3%), eram primíparas (45%) e as demais multíparas, e dessas, 14,4% sofreram algum tipo de abortamento. Mais da metade foram admitidas em TP (Trabalho de parto) ativo, com dilatação cervical entre 5-9 cm (70,6%), membranas amnióticas íntegras (69,1%) e cerca de 90% pariram no PPP (Pré-parto, parto e pós-parto) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Características sociodemográficas e obstétricas das puérperas pós-parto normal de baixo risco em uma maternidade escola da cidade do Recife, de acordo com critérios da OSM para às boas práticas clínicas, 2015/2016.

Variáveis	N	%
Idade	180	
< 20 anos		54 (30,0)
≥ 20 anos		126 (70,0)
Raça	180	
Branca		33 (18,3)
Negra		20 (11,1)
Parda		120 (66,7)
Amarela		7 (3,9)
Ensino médio completo	180	
Sim		86 (47,8)
Não		94 (52,2)
Renda familiar	180	

Nenhuma renda		42 (23,3)
≤1 salário mínimo		83 (46,1)
>1 salário mínimo		55 (30,6)
Estado civil	180	
Solteira		53 (29,4)
União Consensual		80 (44,4)
Separada		2 (1,1)
Casada		44 (24,4)
Viúva		1 (0,6)
Procedência	180	
RMR		139 (77,2)
Outras cidades		36 (20,0)
Outros Estados		5 (2,8)
Ocupação	180	
Sim		59 (32,8)
Não		121 (67,2)
Idade gestacional	180	
37 a 41 semana		173 (96,1)
42 semanas ou mais		7 (3,9)
Local do parto	180	
Parto, pré e pós-parto		160 (88,9)
Pré-parto		20 (11,1)
Primiparidade	180	
Sim		81 (45,0)
Não		99 (55,0)
Aborto	180	
Sim		26 (14,4)
Não		154 (85,6)
Número de consultas pré-natal	180	
Nenhuma		5 (2,8)
1 a 5 consultas		52 (28,9)
6 ou mais		123 (68,3)
Dilatação cervical	180	
4 cm		44 (24,4)
5 a 9 cm		127 (70,6)
Período expulsivo		9 (5,0)
Estado das membranas amnióticas	178	
Rota		55 (30,9)
Integra		123 (69,1)

As boas práticas aplicadas mais utilizadas foram: oferta de líquido por via oral durante o TP e parto em (87,2%), respeito a privacidade (96,7%) e direito a acompanhante de livre escolha (95%). O uso do partograma ocorreu em 62,2% dos partos assistidos. Os métodos não invasivos para alívio da dor foram realizados em 81,1% das parturientes. O monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente foi de 98,9%, o uso de materiais descartáveis foi de 99,4% e a liberdade na posição no momento do parto foi registrado por 96,1% das mulheres. Contato pele a pele com o bebê em 96,7% e o de apoio dos prestadores de serviço e a desinfecção de materiais reutilizáveis foi respectivamente, 98,6% e 99,4%. A amamentação na 1ª hora pós-parto em 65,6%. (Tabela 2).

Tabela 2. Características das ações desenvolvidas na assistência de puérperas pós-parto normal de baixo risco em uma maternidade escola da cidade do Recife, de acordo com critérios da OMS para às boas práticas clínicas: Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas, 2015/2016.

Variável	N	%
Ofertou líquido	180	
Sim		157 (87,2)
Ofereceu informações/explicações	180	
Sim		168 (93,3)
Monitoramento do bem-estar físico e emocional	180	
Sim		172 (95,6)
Respeito a privacidade	180	
Sim		174 (96,7)
Escolha do local do parto	180	
Sim		151 (83,9)
Apoio dos prestadores de serviço	180	
Sim		177 (98,3)
Direito a acompanhante de livre escolha	180	
Sim		171 (95,0)
Uso de métodos não farmacológicos e não invasivos para alívio da dor	180	
Sim		146 (81,1)
Monitoramento fetal	180	
Sim		178 (98,9)
Uso de material descartável e desinfecção de materiais reutilizáveis	180	
Sim		179 (99,4)
Uso de luvas	180	
Sim		179 (99,4)
Liberdade na posição	180	
Sim		173 (96,1)
Estímulo a posições não supinas	180	
Sim		173 (96,1)
Uso de partograma	180	
Sim		112 (62,2)
Ocitocina no 3º estágio do parto	180	
Sim		42 (23,3)
Condições estéreis no cordão	180	
Sim		180 (100,0)
Prevenção da hipotermia	180	
Sim		178 (98,9)
Contato pele a pele com o bebê	180	
Sim		174 (96,7)
Apoio a amamentação na 1ª hora pós-parto	180	
Sim		118 (65,6)
Exame da placenta e membranas	180	
Sim		180 (100,0)

Em relação às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, o incentivo ao puxo foi de 66,1%, lavagem e revisão uterina no pós-parto, respectivamente 95,6% e 82,8% dos casos (**Tabela 3**).

Tabela 3. Características das ações desenvolvidas na assistência de puérperas pós-parto normal de baixo risco em uma maternidade escola da cidade do Recife, de acordo com critérios da OMS para às boas práticas clínicas: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, 2015/2016.

Variável	N	N (%)
Uso rotineiro de enema	180	
Sim		1 (0,6)
Uso de tricotomia	180	
Sim		1 (0,6)
Uso de infusão intravenosa	180	
Sim		3 (1,7)
Uso de cateter venoso profilático	180	
Sim		1 (0,6)
Uso rotineiro da posição supina	180	
Sim		2 (1,1)
Exame retal	180	
Sim		0 (0,0)
Pelvimetria por raio X	180	
Sim		0 (0,0)
Administração de ocitocina em qualquer momento antes do parto	180	
Sim		21 (11,7)
Uso da posição de litotomia	180	
Sim		0 (0,0)
Esforços por puxos prolongados e dirigidos no 2º estágio do parto (180	
Sim		119 (66,1)
Massagens ou distensão do períneo no 2º estágio do parto	180	
Sim		13 (7,2)
Uso de comprimidos de ergometrina no 3º estágio do parto	180	
Sim		2 (1,1)
Uso de ergometrina parenteral no 3º estágio do parto	180	
Sim		4 (2,2)
Lavagem uterina pós-parto	180	
Sim		172 (95,6)
Revisão uterina pós-parto	180	
Sim		149 (82,8)

Sobre as práticas com poucas evidências científicas e que devem ser usadas com cautela, observou-se que a incidência quanto ao uso de aminiotomia precoce, pressão no fundo do útero durante o TP e a realização do clampeamento precoce do cordão umbilical foi respectivamente de 15,6%, 4,4% e 9,4%. (**Tabela 4**)

Tabela 4. Características das ações desenvolvidas na assistência de puérperas pós-parto normal de baixo risco em uma maternidade escola da cidade do Recife, de acordo com critérios da OMS para às boas práticas clínicas: Práticas com poucas evidencias científicas e que devem ser usadas com cautela, 2015/2016.

Variável	N	N(%)
Métodos não farmacológicos	180	
Sim		147 (81,1)
Amniotomia precoce no 1º estágio do parto	180	
Sim		28 (15,6)
Pressão no fundo do útero durante trabalho de parto	180	
Sim		8 (4,4)
Manobras proteção do períneo e manejo do polo cefálico	180	
Sim		1 (0,6)
Manipulação ativa do feto	180	
Sim		0 (0,0)
Uso rotineiro de ocitocina	180	
Sim		18 (10,0)
Tração controlada do cordão	180	
Sim		1 (0,6)
Combinação da ocitocina/tração cordão no 3º estágio do parto	180	
Sim		0 (0,0)
Clampeamento precoce do cordão	180	
Sim		17 (9,4)
Estimulação do mamilo no 3º estágio do parto	180	
Sim		5 (2,8)

Na descrição das práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, em menos da metade das parturientes houve controle da dor com analgesia peridural (18,9%) e relatos de exames vaginais repetidos por mais de um prestador de serviço (5,6%). (**Tabela 5**)

Tabela 5. Características das ações desenvolvidas na assistência de puérperas pós-parto normal de baixo risco em uma maternidade escola da cidade do Recife, de acordo com critérios da OMS para às boas práticas clínicas: Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, 2015/2016.

Variável	N	N(%)
Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto	180	
Sim		8 (4,4)
Controle da dor por agentes sistêmicos	180	
Sim		0 (0,0)
Controle da dor por analgesia peridural	180	
Sim		34 (18,9)
Monitoramento eletrônico fetal	180	
Sim		2 (1,1)
Uso de máscaras e aventais estéreis durante assistência ao trabalho de parto	180	
Sim		32 (17,8)
Exames vaginais repetidos especialmente por mais de um prestador de serviço	180	
Sim		10 (5,6)

Discussão

A prática obstétrica tem sofrido mudanças significativas nos últimos 20-30 anos, vários procedimentos hospitalares têm sido questionados pela carência de evidências científicas que os suportem, a existência de evidências que os contraindiquem e por trazerem desconforto à mulher. Os ambientes de parturição estão tornando-se cada vez mais aconchegantes e com rotinas mais flexíveis, permitindo que a mulher e sua família possam participar e expressar livremente suas expectativas e preferências,¹⁵ corroborando com os resultados desse estudo, levando-se em consideração o uso das boas práticas na categoria A (Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas) foram amplamente utilizadas e na categoria B (Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas) é notório um declínio do seu uso, exceto as práticas como os esforços por puxos prolongados e dirigidos, lavagem e revisão uterina.

Por outro lado, estudo realizado por Andrade *et al.*,¹⁶ cuja coleta de dados ocorreu em 2014, para avaliar os fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em 603 puérperas, encontrou uma frequência de violência de 86,57%, com a realização de esforços de puxo em 65,0% das mulheres. Sendo assim, apesar do estudo atual ter encontrado frequência da utilização das boas práticas, o incentivo ao puxo foi amplamente utilizado, e inclusive praticamente inalterado, quando comparado com o estudo de Andrade *et al.*, necessitando de uma análise mais precisa que identifique o porquê da utilização deste método, nesta proporção. Estudo realizado por Amorim *et al.*,¹⁷ concluem que os puxos precoces diminuem a duração do período expulsivo, mas aumentam os riscos de partos instrumentados e de lesões do assoalho pélvico. Não existem evidências que comprovem se o puxo dirigido ou orientado em mulheres sem anestesia peridural, devendo-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do TP em mulheres sem analgesia.¹⁵

Embora a manobra de Kristeller tenha sido realizada em 4,4% dos casos, seu uso pode ser justificado, apenas, em situações como sofrimento fetal, falta de progresso do parto e exaustão materna, pois a manobra oferece riscos potenciais que devem ser considerados.¹⁸ Com isso, os relatos destas puérperas denunciam a conservação de uma prática com poucas evidências científicas que comprovem sua eficácia.

Quanto as boas práticas durante o TP, o respeito à presença de acompanhante de livre escolha, o respeito à privacidade, a ingestão de algum tipo de líquido, atingiram uma frequência superior a 80%, porém 12,8% das parturientes foram submetidas a restrição hídrica. Segundo estudo de Leal *et al.*,¹⁹ não existem evidências científicas que apoiem a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para as mulheres com baixo risco de complicações.

O direito a acompanhante de livre escolha, está estabelecido na Lei nº 11.108/05, fato este que pode ter contribuído para o número elevado de parturientes com acompanhantes (90%), o que aliado com a disposição da área física, possibilitam a permanência das pacientes em enfermarias individualizadas, e podem ter refletido diretamente na manutenção da privacidade. Esses dados vão de encontro com o estudo de pesquisa nacional Nascer no Brasil²⁰ em 2014, pois, apenas as mulheres com maior renda e escolaridade, de cor branca, pagando pela assistência, e que tiveram uma cesariana, foi garantido o direito ao acompanhante.

A maternidade em estudo oferece uma gama de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, dentre elas as mais utilizadas, segundo as parturientes foram: utilização de bola suíça, massagens de conforto, aromaterapia, balanço pélvico para parto “cavalinho” e banho de aspersão, contribuindo para que mais de 80% das parturientes tivessem usufruindo de duas ou mais dessas práticas durante o trabalho de parto, o que possivelmente retratam os esforços dos profissionais em modificar a forma de assistir as parturientes. Em contraponto, estudo realizado por Almeida *et al.*²¹ indicou que pouco mais da metade utilizaram alguma prática.

Embora em um estudo de revisão integrativa²² demonstre que a utilização dos métodos não farmacológicos e não invasivos para alívio da dor, esteja em ascensão por trazerem uma experiência positiva, com diminuição no tempo do TP, sensação de bem-estar e aumento no alívio da dor, ainda é bastante comum identificar que esse processo permanece vinculado ao modelo biomédico e intervencionista, talvez devido ao documento da OMS, onde esta prática apesar do seu uso benéfico comprovado encontra-se na categoria C (Práticas com poucas evidências científicas e que devem ser usadas com cautelas), necessitando de uma atualização das recomendações da OMS.

Outro dado importante foi que, 95% das parturientes tiveram liberdade na posição com estímulo à posição não supinada, corroborando com pesquisa realizada em Fortaleza,²³ onde essa prática foi estimulada em 74,51% das participantes.

Revisões sistemáticas, da Biblioteca Cochrane²⁴ com 25 estudos, concluíram que há evidências importantes de que a deambulação e as posições verticais na fase de dilatação reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, à necessidade de analgesia epidural, e isso parece não estar associado ao aumento dos efeitos negativos sobre mães e bebês. É recomendado que, se possível, as mulheres sejam encorajadas e apoiadas para deambular e usar as posições verticais de sua escolha, pois isso pode melhorar o progresso do trabalho de parto e levar a melhores resultados materno-fetais.

Notamos uma resistência quanto ao uso do partograma, visto que, muitos apresentavam preenchimento incompleto e quando esses eram preenchidos, na grande maioria, eram por

enfermeiros obstetras e residentes, dados semelhantes ao estudo realizado no Estado de Alagoas²⁵ e no Rio Grande do Norte²⁶ revelando que 42% e 100%, respectivamente, dos partogramas não foram preenchidos.

Sendo o partograma uma ferramenta importantíssima para avaliar a evolução do trabalho de parto e conseqüentemente avaliar a qualidade da assistência ao parto normal, em julho deste ano entrou em vigor a Resolução Normativa nº 368 criada pelo Ministério da Saúde e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS),²⁷ que exige o uso deste instrumento pelos obstetras, visando estimular o parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias.

No tocante à prática de incentivo ao contato pele a pele e amamentação na 1º hora do pós-parto, o nosso estudo revelou que em mais de 95% dos casos esse procedimento foi realizado e o apoio a amamentação na 1º hora pós-parto não foi tão eficaz em 65%, o que pode ser justificados por alguns fatores, como atraso no resultado do teste anti-HIV, corroborando com estudo de Oliveira *et al.*²⁸ onde cerca de 80%, tiveram postergadas a amamentação, devido ao fato da liberação resultado depois do parto.

A prática de incentivo ao contato precoce pele a pele e a amamentação na 1º hora do pós-parto, revelam-se como dados que se incorpore com as recomendações do Ministério da Saúde (MS), que preconiza o contato pele a pele, imediatamente após o parto, com a finalidade de prevenir a hipotermia no recém-nascido (RN) e favorecer o vínculo entre ele e a mãe. Dessa forma, o RN ativo deverá ser colocado em contato direto sobre o abdômen ou tórax materno e protegido por um cobertor seco e aquecido, devendo-se postergar os procedimentos de rotina a fim de que se prolongue esse contato, além de estendê-lo ao máximo durante o internamento. Tal fato favorece que os profissionais aproveitem o momento para estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães que contraindiquem tal prática, como foi evidenciado no estudo de Santos *et al.*²⁹.

O uso de ocitocina e a prática da amniotomia foram práticas ainda utilizadas na assistência ao TP. Estudo de Andrade *et al.*¹⁶ demonstra que a elevada frequência de uso de ocitocina pode ter relação com o grande número de lacerações do períneo e que mulheres socioeconomicamente desfavorecidas apresentaram maior utilização de procedimentos dolorosos, e naquelas com o menor nível de escolaridade foi comum uso de ocitocina e amniotomia. Neste estudo os índices na amniotomia foi em torno de 15,6% e a administração de ocitocina foi de 11,7%, dados abaixo de um estudo de abrangência nacional¹⁹ com valores respectivamente de 33,3% e 36,4%. Estudo transversal que teve como fonte de dados a pesquisa *Nascer em Belo Horizonte*¹⁸ demonstra que o índice de amniotomia foi de 67,1% e ocitocina de 41,7%.

Algumas limitações devem ser aqui colocadas. A primeira, o tamanho da amostra, onde apenas 30% da população de puérperas atendidas na Instituição durante o período do estudo foi avaliada, o que pode ter interferido nos resultados. O segundo foi a possibilidade de falta de entendimento das entrevistadas ao responderem alguns questionamentos, como a realização de revisão uterina e lavagem uterina no pós-parto.

Sendo assim, apesar das limitações elencadas, o estudo demonstra uma tendência a incorporação das boas práticas segundo as recomendações da OMS, visto que uma gama de práticas demonstradamente úteis foram utilizadas na assistência à parturiente, porém algumas práticas prejudiciais ou ineficazes ainda continuam sendo utilizadas. Os resultados desse estudo poderão contribuir para reflexão e discussão, entre profissionais envolvidos na assistência ao parto e gestores, em busca de estratégias para melhorar a assistência a essas mulheres.

Referências

1. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(1):185-94.
2. James, Milena Temer. Assistência ao parto em um Centro de Parto Normal: narrativas das puérperas (2010);143p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo.
3. Khalil K, Cherine M, Elnoury A, Sholkamy H, Breebaart M, Hassanein N. Labor augmentation in an Egyptian teaching hospital. *Int J GynaecolObstet.* 2004; 85(1):74-80.
4. Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a creceptual framework. *BMC Pregnancyandchildbirth* 2013, 13:205.
5. Organizações Pan-Americana de Saúde (OPAS). Além da sobrevivência: Praticas integrada de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e saúde de mães e crianças. Washington, 2007. Disponível em: <http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/.../alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf >. Acesso em: 22 jul.2014.
6. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, Vieira DA, Silva KS, Dias MAB. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de

atenção no SUS no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27 (9): 1789-1800.

7. Santos LM, Perreira SSC, Carvalho ESS, Paiva MS, Santos VEP, Santana RCB. Care in the birth process according the view of the puerpera. *R. pesq.: cuid. fundam*. 2012; 4(3):2655-66.
8. Valedão, Juliane Zanovelli Domingues. Resgatando a história e rompendo preconceito do parto normal (2012);107p. Dissertação (Mestrado) -Pontificada Universidade Católica de Goiás, coordenação de Pós-Graduação Stricto Sensu, Mestrado em ciências Ambientais
9. Ministério da Saúde (BR), Cadernos Humaniza SUS, Humanização do parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
10. Bussadori, Jamile Claro de Castro. Ações da equipe de enfermagem gravídico puerperal e as competências para a atenção qualificada ao parto.153p.30 cm. Tese de doutorado, Esc. de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2009.
11. Agência Nacional de saúde suplementar. ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar. Disponível em:<<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar>> Acesso em 08 jan. 2015.
12. Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Nascer no Brasil. 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em 13 Abr. 2015.
13. Rocha JA, Novais PB. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial de Saúde para parto normal. *FEMINA*. 2010; 38(3): 119-126.
14. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1997; 24(2):121-3.
15. Ministério da Saúde, Relatório de recomendações, Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Conitec, 2016. Disponível em:<http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf> Acesso em: 22 jun. 2016.

16. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2016; 16 (1): 29-37.
17. Amorim MMR, Porto AMF, Souza ASR. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA.* 2010; 38(11).
18. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansly S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20(2):324-331
19. LEAL MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública.* 2014; 30(1): S17-S32.
20. DINIZ CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JÁ, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(1):S140-S153.
21. Almeida JM, Acosta LG, Pinhal MG. Conhecimento das puérperas com relação aos métodos não farmacológicos de alívio da dor do parto. *Reme : Rev. Min. Enferm.* 2015; 19(3): 711-718.
22. Silva DAO, Ramos MG, Jordão VRV, Silva RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. *RevenfermUFPE.* 2013; 7(esp):4161-70.
23. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dodt RCM, Moura DJM. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. *Rev enferm UFPE.* 2016; 10(2):593-9.
24. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2013.
25. Barros LA, Veríssimo RCSS. Uso do partograma em maternidades escola de Alagoas. *Rev Rene,* Fortaleza, 2011, 12(3):555-60.
26. Silva FFA, Silva RAR, Santos FAPS, Rego AP. Atendimento prestado a parturiente em um hospital universitário. *J. res.: fundam. care.* 2014; 6(1):282-292.

27. Febrasgo. Partograma passa a ser obrigatório a partir de 5 julho. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=10302>> Acesso em 11 ago. 2016.
28. Oliveira MIC, Silva KS, Junior SCG, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. *Rev. Saúde Pública* 2010;44(1):60-9.
29. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev. bras. enferm.* 2014; 67(2):202-207.

**Declaração do orientador para a validação do Trabalho de Conclusão do Curso
(TCC)**

Declaro para os devidos fins que as estudantes: Wylma Karlla Melo da Silva, Renata Tenório de Almeida e Raquel Diniz Sales Cavalcante participaram da realização do trabalho de TCC, Avaliação da atenção ao parto normal de baixo risco em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife, Pernambuco; realizado durante o período de setembro/2015 à setembro/2016. O referido trabalho foi apresentado no VI Congresso Científico do IMIP / XII Jornada de Iniciação Científica do IMIP / VII Congresso Estudantil da FPS. Informo que esta versão que está sendo entregue pelo estudante trata-se da versão final do TCC depois de realizadas as correções solicitadas pela banca de avaliação.

Maria de Fátima Costa Cordeiro

Orientador (a) do trabalho

Recife, 26 de outubro de 2017.