

Implementação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento

Luanny Lima Costa¹, Rosalmira dos Santos Leal², Ana Dorcas de Melo Inagaki², Nadyege Pereira Cardoso³, Caíque Jordan Nunes Ribeiro⁴, Ana Cristina Freire Abud².

¹Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

²Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, SE, Brasil.

³Hospital Universitário de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, SE, Brasil.

⁴Departamento de Enfermagem de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, SE, Brasil.

Autor correspondente: Ana Dorcas de Melo Inagaki, Rua Duque de Caxias, 167, Apto 1202; Telefone: (79)999993769; e-mail ana-dorcas@hotmail.com

Objetivo: verificar a implementação das boas práticas na assistência obstétrica realizada em duas maternidades de diferentes complexidades. **Método:** estudo transversal e analítico, realizado em duas maternidades de diferentes complexidades em um estado do Nordeste do Brasil. Um formulário contendo dados sociodemográficos e relacionados às boas práticas foi aplicado às puérperas. Os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre as variáveis categóricas, considerando uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética com parecer número 3.219.913. **Resultados:** participaram do estudo 367 puérperas, em sua maioria não branca, do lar, de baixas renda e escolaridade, provenientes do interior e com companheiro. Em ambas as maternidades houve baixa implementação das boas práticas na assistência obstétrica e persistência de práticas não recomendadas ou recomendadas com cautela. **Conclusão:** a despeito das recomendações da Organização Mundial da Saúde e das ações ministeriais para mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, os resultados deste estudo revelam que as boas práticas têm sido implementadas incipientemente nas maternidades estudadas.

Descritores: Enfermagem obstétrica; Humanização da assistência; Parturição; Obstetrícia.

Implementação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento

Objetivo: verificar a implementação das boas práticas na assistência obstétrica realizada em duas maternidades de diferentes complexidades. **Método:** estudo transversal e analítico, realizado em duas maternidades de diferentes complexidades em um estado do Nordeste do Brasil. Um formulário contendo dados sociodemográficos e relacionados às boas práticas foi aplicado às puérperas. Os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre as variáveis categóricas, considerando uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética com parecer número 3.219.913. **Resultados:** participaram do estudo 367 puérperas, em sua maioria não branca, do lar, de baixas renda e escolaridade, provenientes do interior e com companheiro. Em ambas as maternidades houve baixa implementação das boas práticas na assistência obstétrica e persistência de práticas não recomendadas ou recomendadas com cautela. **Conclusão:** a despeito das recomendações da Organização Mundial da Saúde e das ações ministeriais para mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento, os resultados deste estudo revelam que as boas práticas têm sido implementadas incipientemente nas maternidades estudadas.

Descritores: Enfermagem obstétrica; Humanização da assistência; Parturição; Obstetrícia.

Introdução

As políticas de saúde da mulher eram precárias no Brasil até meados da década de 70, quando surgiu, em 1975, o Programa de Saúde Materno-Infantil, cujo foco era redução da morbimortalidade materno-infantil. Na década de 80, o Ministério da Saúde criou a Área Técnica de Saúde das Mulheres e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), posteriormente, reformulado para a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PNAISM)^(1,2).

A concepção do protagonismo feminino no parto foi iniciada na década de 1990, porém partir de 2011, com a criação da Rede Cegonha, houve maior enfoque do parto como um fenômeno fisiológico, natural e não patológico⁽³⁾. Desde então, acredita-se que a adequada assistência ao parto e nascimento deve considerar que cada parturiente é única.

Nesse contexto, a medicalização do parto tem sido contestada e intervenções desnecessárias têm sido progressivamente reduzidas, visto que o uso excessivo dessas tecnologias durante o parto de risco habitual, sem intercorrências, incrementa os riscos relacionados à assistência e fere os princípios da humanização. Portanto, prestar assistência

humanizada significa compreender as necessidades da parturiente proporcionar equidade na assistência, garantindo acesso às tecnologias leves e duras, respeitando a vontade de cada mulher^(4,5).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 1996, um manual sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento com a seguinte categorização: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (categoria A), práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (categoria B), práticas sem evidências suficientes para apoiar recomendação e que devem ser utilizadas com cautela (categoria C) e práticas frequentemente usadas de modo inadequado (categoria D)⁽⁶⁾.

Apesar dos avanços obtidos na assistência materna, existem relatos de persistência da adoção de práticas que carecem de evidências científicas. Diante do exposto, este estudo objetivou verificar a implementação das boas práticas na assistência obstétrica realizada em duas maternidades de diferentes complexidades em um estado do Nordeste brasileiro.

Método

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal e analítico, com abordagem quantitativa.

Cenário

O estudo foi desenvolvido em duas maternidades da capital de um estado do Nordeste brasileiro, que juntas atendem cerca de 50% dos partos do estado. A primeira maternidade (Maternidade A) é uma unidade pública e estadual de alta complexidade que assiste, prioritariamente, gestantes de alto risco. A segunda maternidade (Maternidade B) é filantrópica e referência para gestantes de risco habitual, com 91% dos leitos destinados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Amostra

A amostra foi não probabilística por conveniência, cujo tamanho amostral foi estimado pela fórmula de Barbetta⁽⁷⁾ para populações finitas, considerando 15.288 partos no ano de 2017 realizados por essas duas instituições, sendo a amostragem de 375 puérperas. Um terço da amostra foi composta por pacientes assistidas na Maternidade A e dois terços na Maternidade B, considerando o total de nascimentos de cada maternidade com um nível de confiança de 95%.

Foram considerados critérios de inclusão: mulheres que permaneceram no pré-parto por, no mínimo, 60 minutos; idade gestacional na ocasião do parto ≥ 37 semanas; encontrarem-se nas primeiras 48h pós-parto. Foram excluídas as participantes que responderam menos de 50% do formulário ou retirar o consentimento.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de 10 de abril a 18 de setembro de 2019 por meio de aplicação de formulário, construído por meio de revisão de literatura. O instrumento foi aplicado em um teste piloto com cinco participantes para sua adequação e padronização da coleta de dados. O formulário foi dividido em duas partes: (1) dados socioeconômicos e demográficos e (2) assistência durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. O preenchimento se deu por entrevista às puérperas, análise da caderneta de pré-natal e do prontuário hospitalar.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) versão 20.0. As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas. Os testes de Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher foram utilizados para verificar a existência de associação entre as variáveis categóricas, sendo admitida uma significância estatística de 5% ($p < 0,05$).

Aspectos éticos

O estudo respeitou às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Parecer 3.219.913, de 25 de março de 2019). Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias e aquelas menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) o TCLE foi assinado por responsável legal.

Resultados

Foi realizada entrevista com 375 puérperas, oito foram excluídas por terem respondido menos de 50% do formulário, restando 367 puérperas participantes do estudo. Quanto à

maternidade de procedência, 117 (32,0%) encontravam-se na Maternidade A e 250 (68,0%) na Maternidade B. As puérperas entrevistadas tinham idade entre 14 a 44 anos, com predominância da faixa etária de 20-34 anos, 263 (71,7%); possuíam companheiro fixo, 325 (88,6%); tinham de 10 a 12 anos de estudo, 196 (53,4%); declararam-se não brancas, 328 (89,4%) e eram procedentes do interior do estado, 234 (63,8%). Dentre as 255 que informaram a renda, 103 (40,4%) foram classificadas economicamente como super baixa renda ou baixa renda. Chama a atenção o fato de 48 (13,1%) terem informado não perceberem nenhuma renda (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das puérperas de acordo com os dados sociodemográficos, estado do Nordeste, Brasil, 2019.

Variável	Maternidade A		Maternidade B		Total	
	n	%	n	%	N	%
Faixa etária						
Até 19	27	23,0	49	19,6	76	20,7
20-34	78	66,7	185	74,0	263	71,7
≥ 35	12	10,3	16	6,4	28	7,6
Cor da pele						
Branca	14	12,0	25	10,0	39	10,6
Não branca	103	88,0	225	90,0	328	89,4
Escolaridade						
≤ 5 anos	11	9,4	19	7,6	30	8,2
6 a 9 anos	33	28,2	70	28,0	103	28,0
10 a 12 anos	57	48,7	139	55,6	196	53,4
>12 anos	16	13,7	22	8,8	38	10,4
Situação conjugal						
Com companheiro	104	88,9	221	88,4	325	88,6
Sem companheiro	13	11,1	29	11,6	42	11,4
Renda						
Super baixa renda	16	13,7	14	5,6	30	8,2
Baixa Renda	34	29,0	39	15,6	73	19,9
Média renda	41	35,0	60	24,0	101	27,5
Alta renda	2	1,7	1	0,4	3	0,8
Sem renda	1	0,9	47	18,8	48	13,1

Não informou	23	19,7	89	35,6	112	30,5
Procedência						
Capital do estado	29	24,8	94	37,6	123	33,5
Demais municípios	88	75,2	156	62,4	244	66,5

A avaliação da implementação das boas práticas na assistência ao trabalho de parto pode ser visualizada na Tabela 2. A garantia do aporte calórico, direito ao acompanhante e à privacidade, uso de ocitocina durante o período de dilatação e a realização de amniotomia estiveram significativamente associados à assistência na Maternidade B. A ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) foi significativamente mais frequente na Maternidade A. Métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como a liberdade de posição, o uso da bola suíça, a massagem e a musicoterapia, não foram utilizados como recomendado para assistência humanizada.

Tabela 2. Distribuição das puérperas de acordo com as práticas obstétricas adotadas durante a assistência ao trabalho de parto, estado do Nordeste, Brasil, 2019.

Variáveis	Maternidade A		Maternidade B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aporte calórico						p<0,01
Sim	17	14,5	94	37,6	111	30,2
Não	100	85,5	156	62,4	256	69,8
Acompanhante						p<0,01
Sim	92	78,6	222	88,8	314	85,6
Não	25	21,4	28	11,2	53	14,4
Massagem						p=0,04
Sim	16	13,7	18	7,2	34	9,3
Não	101	86,3	232	92,8	333	90,7
Bola Suíça						p=0,05
Sim	5	4,3	26	10,4	31	8,4
Não	112	95,7	224	89,6	336	91,6
Música						p=0,04
Sim	10	8,5	9	3,6	19	5,2

Não	107	91,5	241	96,4	348	94,8
Liberdade de movimentação no trabalho de parto						p=0,07
Sim	45	38,5	121	48,4	166	45,2
Não	72	61,5	129	51,6	201	54,8
Privacidade						p<0,01
Sim	88	75,2	246	98,4	334	91,0
Não	29	24,8	4	1,6	33	9,0
Ausulta adequada BCF						p<0,01
Sim	109	93,2	186	74,4	295	80,4
Não	8	6,8	64	25,6	72	19,6
Acesso venoso						p=0,04
Sim	112	95,7	224	89,6	336	91,6
Não	5	4,3	26	10,4	31	8,4
Usou ocitocina no período de dilatação						p<0,01
Sim	44	37,6	132	52,8	176	47,9
Não	73	62,4	118	47,2	191	52,1
Amniotomia						p=0,03
Sim	26	22,2	84	33,6	110	30,0
Não	91	77,8	166	66,4	257	70,0

A Tabela 3 apresenta a avaliação das práticas obstétricas adotadas durante o parto e período de Greenberg. Nas duas maternidades foi baixa a proporção de profissionais que se identificaram às parturientes. Ademais, a assistência ao parto e nascimento foi realizada, na sua maioria, por profissional médico e em posição não verticalizada, atingindo a totalidade dos partos na Maternidade B. Ainda foi alta a proporção de realização da episiotomia sem o consentimento das parturientes, 13 (35,1%), na Maternidade B.

A manobra de Kristeller foi utilizada em quase um quarto dos partos avaliados da Maternidade A. O contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida foi mais frequente na Maternidade B. No período de Greenberg, o registro de avaliação do exame físico ocorreu para 59 (50,4%) e 85 (34,0%) puérperas nas maternidades A e B, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das puérperas de acordo com as práticas obstétricas adotadas durante a assistência ao parto e período de Greenberg, estado do Nordeste, Brasil, 2019.

Variáveis	Maternidade A		Maternidade B		Total	
	n	%	n	%	N	%
Identificação Profissional (n=367)						p=0,67
Sim	44	37,6	100	40,0	144	39,2
Não	73	62,4	150	60,0	223	60,8
Profissional que realizou o parto (n=230)						p<0,01
Enfermeiro	14	21,5	-	-	14	6,1
Médico	51	78,5	165	100	216	93,9
Posição de parto (n=230)						p=0,08
Verticalizada	2	3,1	-	-	2	0,9
Não Verticalizada	63	96,9	165	100	228	99,1
Teve episiotomia (n=230)						p=0,15
Sim	9	13,8	37	22,4	46	20,0
Não	56	86,2	128	77,6	184	80,0
Anuência episiotomia (n=46)						p<0,01
Sim	9	100,0	24	64,9	33	71,7
Não	-	-	13	35,1	13	28,3
Kristeller (n=230)						p=0,06
Sim	16	24,6	24	14,5	40	17,4
Não	49	75,4	141	85,5	190	82,6
Contato pele a pele (n=367)						
Sim	59	50,4	163	65,2	222	60,5
Não	58	49,6	87	34,8	145	39,5
Clampeamento do cordão (n=367)						p=1,0
Precoce	17	14,5	-	-	17	4,6
Oportuno	19	16,2	1	0,4	20	5,5
Sem registro	81	69,3	249	99,6	330	89,9
Ocitocina pós parto (n=367)						p=0,06
IM	64	54,7	153	61,2	217	59,1
EV	51	43,6	76	30,4	127	34,6

Sem registro	2	1,7	21	8,4	23	6,3
Colocado no peito na primeira hora de vida (n=367)						p=0,05
Sim	76	65,0	187	74,8	263	71,7
Não	41	35,0	63	25,2	104	28,3
Exame físico/Sinais vitais na 1ª hora pós-parto (n=367)						p<0,01
Sim	59	50,4	85	34,0	144	39,2
Não	58	49,6	165	66,0	223	60,8

Discussão

A assistência humanizada ao parto e nascimento deve ser baseada nas melhores práticas e evidências científicas. No entanto, os resultados desse estudo revelaram que as boas práticas na assistência obstétrica não têm sido adotadas nas maternidades estudadas, em detrimento da permanência da adoção de práticas proscritas.

A grande proporção de participantes adolescentes é preocupante, uma vez que a gravidez precoce está associada a maior risco para o binômio mãe-feto. Do ponto de vista obstétrico, a gravidez na adolescência pode acarretar maiores incidências de diabetes gestacional, síndrome hipertensiva, complicações no parto; enquanto para o recém-nascido, confere maiores taxas de baixo peso, parto pré-termo e, como consequência, um aumento da mortalidade materno-infantil ⁽⁸⁾. De acordo com o DATASUS ⁽⁹⁾, em 2017, a taxa de gravidez na adolescência no Brasil foi de 16,5% e, o estado avaliado apresentava taxa superior à média nacional (19,7%).

Em relação à situação conjugal a maioria das mulheres tinha companheiro fixo, corroborando o achado encontrado em outro estudo, no qual 70,9 % afirmava ser casada ou ter relacionamento estável ⁽¹⁰⁾. Quanto à escolaridade, a maioria das entrevistadas possuía entre 10 e 12 anos de estudo, o que corresponde ao ensino médio. No entanto, grande proporção das adolescentes não estava no ensino médio, apresentando uma defasagem idade-série. Esta realidade se repete em outros estados do Nordeste, conforme demonstrado em um estudo no qual 48,0% das mulheres possuía somente o ensino fundamental menor ⁽¹¹⁾.

A cor de pele não branca foi predominante entre as participantes. Esse achado já era esperado devido à miscigenação ocorrida no Brasil. Enquanto, nos Estados Unidos existia total repúdio ao envolvimento inter-racial, no Brasil apesar do racismo estrutural, leis de segregação racial nunca existiram ⁽¹²⁾.

A classe econômica das mulheres foi categorizada de acordo com os dados da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE), sendo a maioria classificada como super baixa renda (R\$81,00

per capita) ou baixa renda (até R\$291,00 *per capita*). Preocupante o fato de que algumas referiram não perceber nenhuma renda. Esse achado pode estar relacionado à baixa escolaridade.

No tocante à procedência, grande parte das puérperas residiam em outros municípios do estado, que não a capital. Uma vez que a Maternidade A é referência para gestantes de alto risco obstétrico de todo o estado, esse achado era esperado. Tendo em vista que a Maternidade B é referência para gestantes com risco habitual e residentes na capital, a alta proporção de puérperas advindas de outros municípios não deveria ocorrer. Esse resultado pode ser explicado porque as maternidades dos demais municípios, frequentemente, sofrem interrupção no atendimento.

Quanto à assistência ao parto, foi observado que práticas recomendadas ainda apresentam baixa adesão nas maternidades em estudo. A garantia do aporte calórico via oral, a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e a realização do parto em posição verticalizada ainda são incipientemente implementadas. Tecnologias leves para alívio da dor, como massagem e musicoterapia foram pouco utilizadas em ambas as maternidades. O uso desses métodos integra processo de humanização da assistência ao parto, pois além da redução da dor, promovem o conforto, o relaxamento e o bem-estar das parturientes ⁽¹³⁾.

Apesar de ser referência para gestações de alto risco, a Maternidade A apresentou maior frequência da adoção dessas práticas. Por se tratar de tecnologias seguras e de baixo custo, há necessidade de criação de protocolos institucionais para sua adoção e maior conscientização entre os profissionais que prestam assistência às parturientes. A exemplo do uso da música de livre escolha durante o trabalho de parto, que tem boa aceitação entre as mulheres, fortalece o seu protagonismo e prescinde da necessidade de treinamento para sua aplicação ⁽¹⁴⁾.

Adicionalmente, a oferta da bola suíça apresentou-se injustificadamente baixa em ambas as maternidades, tendo em vista que tal recurso está disponível nas instituições. Estudo realizado no Sudeste revelou que a inexperiência dos profissionais foi o principal motivo para a não utilização dessa tecnologia ⁽¹⁵⁾.

Em relação ao aporte calórico, a maioria das mulheres em trabalho de parto não o receberam, o que mostra que a restrição alimentar é uma prática comum. O Ministério da Saúde do Brasil destaca a necessidade de manter a hidratação e o aporte calórico, uma vez que essa prática não está associada à maior incidência de complicações ⁽¹⁾.

Dentre as práticas recomendadas, aquelas que apresentaram maior adesão pelos profissionais de ambas as maternidades foram o direito à presença do acompanhante, a privacidade e a liberdade de movimentação durante o trabalho de parto. Na Maternidade A o

direito ao acompanhante foi menos frequente, devido ao fato de o pré-parto ser coletivo, sem divisórias, superlotado na maior parte do tempo e localizado dentro do centro obstétrico.

No que tange à privacidade, a maioria das mulheres relatou ter sido garantida especialmente na Maternidade B. Todavia, mesmo na Maternidade A, com pré-parto coletivo, foi alta a proporção de puérperas que consideraram ter a privacidade garantida. Estudos referem que a ambiência adequada é essencial para a plena garantia do direito ao acompanhante e à privacidade^(16, 17).

Quanto à ausculta cardíaca fetal intermitente neste estudo, por conhecer a realidade dos serviços, optou-se em considerar a monitorização da vitalidade fetal adequada, quando identificamos, ao menos, um registro da ausculta dos BCF a cada duas horas. Na Maternidade A foi observada maior frequência desses registros. Já na maternidade B, para um quarto das pacientes não foi evidenciado esse registro. Esse achado é grave e demonstra que a vitalidade fetal não tem sido adequadamente monitorada, o que poderia implicar em desfechos neonatais negativos. A recomendação para o monitoramento da vitalidade fetal é realizar a ausculta antes, durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única⁽¹⁸⁾.

Outras práticas recomendadas como o direito da paciente em saber quem é o profissional que lhe assiste e autorizar ou não a realização da episiotomia foram pouco observadas. Apesar da Política Nacional de Humanização do SUS⁽¹⁹⁾ afirmar que todo paciente tem direito a saber o nome do profissional que lhe presta assistência, nas instituições pesquisadas, observou-se que poucos profissionais se identificaram para as pacientes. Estudo demonstra que as pacientes consideram um bom atendimento quando existe uma boa comunicação e acolhimento da equipe⁽²⁰⁾. Uma comunicação efetiva durante o trabalho de parto permite o estabelecimento do vínculo entre a equipe e a parturiente, fortalecendo o seu protagonismo⁽²¹⁾.

Apesar da prática de realização da episiotomia ter sido observada na Maternidade A, estudos demonstram que essa prática vem sendo diminuída progressivamente. Uma pesquisa realizada em 2015 e em 2016 nessa mesma maternidade trouxe taxas de episiotomia de 28,8% e 19,8%, respectivamente^(22,23). A episiotomia é uma prática adotada para reduzir o tempo do expulsivo e diminuir o trauma perineal. No entanto, a sua execução pode aumentar as perdas hemáticas e as chances de laceração, por ser considerada uma laceração de segundo grau, o que retarda a recuperação da puérpera⁽²⁴⁾.

Ainda, é preocupante que na Maternidade B mais de um terço das mulheres submetidas a esse procedimento referiu não ter sido solicitada a anuência, ferindo a sua autonomia e participação na tomada de decisão no cuidado. Configura-se violência obstétrica a prática de

intervenções que são impostas à mulher podendo causar danos físicos e/ou psicológicos, praticada por qualquer profissional ⁽²⁵⁾.

Em um estudo sobre violência obstétrica, foi possível observar que a maioria estava associada à posição horizontal na ocasião do parto, realização da episiotomia e da manobra de Kristeller, além da separação do binômio imediatamente após o nascimento ⁽²⁶⁾. Neste estudo, quase um quarto das pacientes assistidas na Maternidade A foram submetidas à manobra de Kristeller. Estudo demonstrou que a manobra de Kristeller está associada ao aumento das taxas de laceração, ruptura uterina e dispareunia, além de trazer consequências ao recém-nascido ⁽²⁷⁾.

Foi possível observar que o uso do acesso venoso periférico nas parturientes foi frequente em ambas as maternidades. Quase metade das gestantes utilizou ocitocina sintética durante o período de dilatação. Embora a ocitocina sintética possa ser utilizada para corrigir falha de progressão durante o trabalho de parto, ela pode causar sérios danos ao binômio, tornando-se necessária a monitorização adequada da dinâmica uterina e da vitalidade fetal ⁽²⁸⁾.

Em cerca de um terço foi realizada a amniotomia. Quase a totalidade dos partos foi realizada por médico e em posição não verticalizada. Esses dados revelam que as intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto ainda são elevadas e a assistência pautada no modelo intervencionista e medicalocêntrico ⁽²⁹⁾.

No que concerne ao clampeamento oportuno do cordão umbilical, recomenda-se um intervalo de, pelo menos, 30-60 segundos após o nascimento. Esta prática aumenta os níveis de hemoglobina do recém-nascido e promove incremento da reserva de ferro ⁽³⁰⁾. Em nosso estudo, não foi possível avaliar devido à falta de registro.

A administração da ocitocina intramuscular após o parto foi realizada em mais de 50% das puérperas após o desprendimento do recém-nascido e antes do clampeamento do cordão umbilical, respeitando o que é preconizado ⁽¹⁾.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria ⁽³¹⁾, todo recém-nascido que esteja respirando e apresente tônus deve ser colocado em contato pele a pele com a mãe e, após o clampeamento do cordão umbilical, deve permanecer com a mãe. Na amostra estudada todos os recém-nascidos que foram colocados em contato pele a pele imediatamente após o nascimento, resultaram de parto vaginal. Este dado demonstra a necessidade do preparo das equipes assistenciais a fim de implementar um conjunto de ações que favoreça o contato pele a pele, incluindo os conceitos de nascimento por cesariana. Corroboramos a afirmativa de que os recém-nascidos por cesariana não devem ser privados do contato pele a pele e de todas as vantagens advindas desse contato. Rotinas hospitalares devem ser revistas para que os cuidados

aos recém-nascidos vigorosos sejam postergados, de modo a garantir o contato pele a pele por, pelo menos, uma hora. ^(32,33).

No quarto período do parto, ou de Greenberg, que corresponde de 1 a 4 horas após o parto, a puérpera apresenta riscos decorrentes da hipotonia ou atonia uterina, podendo levá-la à hemorragia e à morte. A vigilância e avaliação constantes nesse período são necessárias a fim de garantir um pós-parto seguro ⁽³⁴⁾. De acordo com o Ministério da Saúde (2017) ⁽³⁵⁾, entre outros cuidados, é necessário realizar exame físico incluindo sinais vitais, condições do útero e da loquiação. Neste estudo observou-se baixa frequência de registro do exame físico nesse período, especialmente na Maternidade B.

Diante do exposto evidencia-se que as práticas de aporte calórico, presença do acompanhante, uso de bola suíça, liberdade de movimentação durante o trabalho de parto, privacidade, identificação do profissional, uso de ocitocina IM no terceiro estágio do parto foram mais frequentemente implementadas na Maternidade B. Já a realização da massagem, utilização de música para alívio da dor, ausculta intermitente do BCF, parto verticalizado e realizado por enfermeiro, anuência para episiotomia foram mais frequentes na Maternidade A. Todavia, todos os achados foram inferiores ao recomendado pela política de humanização da assistência ao parto.

Práticas recomendadas com cautela e não recomendadas, como uso de ocitocina no período de dilatação, realização de amniotomia, episiotomia, acesso venoso e realização da manobra de Kristeller ainda foram frequentes. Sendo assim, nossos achados corroboram a afirmativa de que é baixa a implementação das boas práticas obstétricas tanto em pacientes de baixo quanto de alto risco ⁽²⁹⁾.

Como limitações tivemos a impossibilidade de avaliar a adoção de algumas boas práticas, tais como: avaliação do banho morno como tecnologia para alívio da dor, visto que no período da coleta de dados não existiam chuveiros elétricos nas duas maternidades; tempo para o clampeamento por falta de registro nos prontuários e a não avaliação dos motivos pelos quais os profissionais da assistência não a utilizaram as tecnologias leves para alívio da dor.

Conclusão

Apesar das recomendações para assistência humanizada ao parto terem sido publicadas pela OMS desde 1996 e de todas as ações ministeriais para a mudança do modelo de assistência obstétrica, especialmente a partir de 2011 com a implantação da rede cegonha, nossos achados evidenciaram que sua implementação nas maternidades estudadas ainda é incipiente.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Universidade Estadual do Ceará. Ministério da Saúde. 2014.
2. Cassiano ACM, Carlucci EMS, Gomes CF, Bennemann RM. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Revista do Serviço Público. 2014 abr/jun.
3. Figueiroa MN, Menezes MLN, Monteiro EMLM, Aquino JM, Mendes NOG, Silva PVT. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. Escola Anna Nery. 2017;21(4).
4. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência e saúde coletiva, 2005;(3).
5. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL, Silva JPG, Nascimento NM. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2016 set.
6. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
7. Barbetta, P. A. Estatística aplicada às ciências sociais. Editora da UFSC. 2010.
8. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca, ESBV, Azevedo LMR, Evangelista CB. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Einstein. 2015. Out/dez;(4).
9. Ministério da saúde [Internet]. DATASUS. Informações de Saúde. Prevalência de gestantes adolescentes, 2017.
10. Silva MCRG, Silva LSR, Souza JO, Frota MCQA, Carneiro JKR, Oliveira MAS. Perfil Epidemiológico-Obstétrico E Sociodemográfico - De Gestantes Atendidas em um centro de saúde da família. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2019;(14).
11. Barbosa EM, Oliveira ASS, Galiza DDF, Barros VL, Aguiar VF, Marques MB. Perfil sociodemográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. Revista Rene. 2017;18(2).
12. Brito LDC. O crime da miscigenação: a mistura de raças no Brasil escravista e a ameaça à pureza racial nos estados Unidos pós-abolição. Revista Brasileira de História. 2016;36(72).
13. Vieira BC, Backes MTS, Costa LD, Fernandes VMB, Dias HHZR, Backes DS. Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. Revista Brasileira de Enfermagem. 2019 dez.

14. Aguiar YMNF. Prática integrativa e complementar, a utilização da musicoterapia no trabalho de parto: uma revisão integrativa de bibliografias. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. 2019 out.
15. Silva ENADL, Lucena RR. A prática de exercício físico na gestação. *UNAERP*. 2011;(4).
16. Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva, RDCV. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. *Revista Enfermagem UERJ*. 2017;25.
17. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Caderno Saúde Pública*, 2017.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
20. Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Wilhelm LA, Bortoli CFC, Ressel LB. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros. *Biblioteca Lascasas*. 2016.
21. Dodou HD, Souza AAS, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Caderno de Saúde Coletiva*. 2017.
22. Inagaki ADM, Silva BA, Andrade T, Ribeiro CJN, Abud ANF. Frequência e fatores associados à realização de episiotomia em uma maternidade estadual de alto risco. *Revista de enfermagem UFPE*. 2017.
23. Inagaki ADM, Cardoso NP, Lopes RJPL, Ribeiro CJN, Feitosa LM, Oliveira SS. Retrato das práticas obstétricas em uma maternidade pública. *Cogitare enfermagem*. 2019.
24. Amorim MMR, Porto AMF, Souza ASR. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*. 2010;(11):583 – 591.
25. Zanardo GLDP. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*. 2017.
26. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência saúde coletiva*. 2019;(8).
27. Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *Journal of obstetrics and gynaecology research*. 2014;40(4).
28. Sousa, A.N.M et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*. 2016; 20(2).

29. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Caderno Saúde Pública*, 2014;(1).
30. Mascola M.A., Porter T.F., Chao T.T.M. Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*. 2017 jan.
31. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo. 2016 jan.
32. Ministério da Saúde. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: Principais Questões sobre Contato Pele a Pele ao Nascer. Brasília; 2019 out. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-contato-pele-a-pele-ao-nascer/>>
33. Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: Práticas Integradas de Atenção ao Parto, benéficas para a nutrição e a saúde das mães e crianças. Brasília. 2013; (1).
34. Leifer, G. Enfermagem Obstétrica: A referência em enfermagem obstétrica para promover a saúde e o bem-estar do pré-natal ao pós-parto. Elsevier, 2013
35. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Ministério da Saúde. 2017;(1).