



Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual

Natália de Abreu Alcântara ¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2891-267X>

Thais Jormanna Pereira Silva ²

 <https://orcid.org/0000-0003-2612-7272>

¹ Programa de Residência Integrada em Saúde Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica. Escola de Saúde Pública do Ceará. Rua Conrado Cabral, 822. Fortaleza, CE, Brasil. CEP: 60.325-440. E-mail: naty_enfermagem@hotmail.com

² Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Resumo

Objetivos: analisar a incidência das práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento de risco habitual em um hospital terciário.

Métodos: estudo transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa. Os dados foram coletados em 314 Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento de mulheres que tiveram seu parto assistido na instituição, no período de julho de 2017 a julho de 2018. O estudo obteve a aprovação do comitê de ética em pesquisa, com o parecer substanciado n° 2.822.707.

Resultados: a maioria das mulheres do estudo encontrava-se na faixa etária de 20 a 34 anos, procedentes do município de Fortaleza-CE, possuíam ensino médio completo e atividade laboral não remunerada. Identificou-se a prevalência de boas práticas: clampeamento do cordão em tempo oportuno (81,5%), contato pele a pele imediato (73,9%), amamentação na sala de parto (74,2%), liberdade de posição e movimento (72,3%), preenchimento do partograma (66,6%), presença de acompanhante (66,2%), oferta de dieta líquida (65%) e métodos não farmacológicos para o alívio da dor (54,8%). Quanto às práticas intervencionistas, identificou-se: venóclise (42,4%), infusão de ocitocina (29%) e amniotomia (11,1%).

Conclusões: ressalta-se avanços na adoção das boas práticas baseadas em evidências científicas, no entanto, persiste o modelo tecnocrático de assistência ao parto, frente ao atendimento de mulheres de risco habitual.

Palavras-chave Assistência perinatal, Parto normal, Tocologia



Introdução

O avanço da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. Entretanto, permitiu a concretização de um modelo de assistência que considera a gravidez, o parto e o nascimento como patologias, expondo as mulheres e bebês a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma cautelosa e apenas em situações de necessidade, e não como práticas rotineiras.¹

A partir da década de 1980 se observa um movimento de transição do modelo de assistência obstétrica. O advento da assistência baseada em evidências científicas emerge como um dos marcos mais importantes na mudança do paradigma assistencial obstétrico brasileiro.²

Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o documento de “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, com base em evidências científicas. Essas práticas foram classificadas em categorias relacionadas à utilidade, à eficácia e ao risco: ao estimular a utilização das práticas comprovadamente úteis em benefício das prejudiciais e/ou ineficazes, que devem ser evitadas; ao recomendar cautela em relação às baseadas em poucas evidências; e ao desencorajar as inapropriadamente utilizadas.³

No Brasil, com o propósito de reorganizar a assistência materno-infantil, a Rede Cegonha visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e assistência humanizada à gravidez, parto e ao puerpério e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Assim, preconiza a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas descritas pela OMS.⁴

Nessa perspectiva, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.¹

Recentemente, a OMS emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções desnecessárias. A adoção dessas recomendações, visa proporcionar às gestantes de risco habitual uma experiência positiva, capaz de reconhecer que cada trabalho de parto é único e que a duração da primeira etapa do processo varia de uma mulher para outra.⁵

Contudo, a realidade de muitas instituições de saúde demonstra resistências a essas recomendações. A humanização dessa assistência à mulher no

processo parturitivo é ainda um desafio que os serviços e profissionais de saúde devem assumir e conquistar.⁶ A adoção do modelo humanizado em instituições de saúde implica não só em mudanças na assistência, mas também na modificação da cultura hospitalar, cujas rotinas assistenciais devem atender às necessidades individuais da mulher e de sua família.⁷

Considerando a crescente busca pelo cuidado humanizado e a adoção de boas práticas, foi proposto o seguinte questionamento: Quais práticas na assistência ao parto e ao nascimento são prevalentes no atendimento às parturientes de risco obstétrico habitual em um Hospital Terciário de Fortaleza-Ceará?

O desafio de transformar o modelo de assistência ao parto e ao nascimento no cenário brasileiro, seguindo as recomendações da OMS e Ministério da Saúde, tem contribuído para o surgimento de diversos estudos e consequente, ascensão da temática. Diante desses achados e da vivência em serviço como residente em Enfermagem Obstétrica, surge o interesse em desenvolver a pesquisa no contexto de um hospital de referência materno-infantil do Estado do Ceará.

No intuito de contribuir para a discussão acerca da adoção de práticas baseadas em evidências científicas, durante o parto e nascimento, este estudo objetiva analisar a incidência das práticas obstétricas na assistência às parturientes de risco habitual, em um hospital terciário de Fortaleza.

Métodos

Trata-se de um estudo documental, transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa. Realizado em um hospital de nível terciário localizado na cidade de Fortaleza-Ceará. A instituição é referência no Estado na prestação de serviços de alta complexidade em saúde nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia, Clínica Médica e Cirurgia.

Os dados foram coletados, durante o mês de setembro de 2018, através das Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento de mulheres que tiveram seu trabalho de parto e parto assistidas na instituição, no período de julho de 2017 a julho de 2018.

Para a análise documental, foi utilizado formulário estruturado, com base nas informações do impresso institucional. A seleção das variáveis fundamentou-se no documento de “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, em consonância com o objeto de estudo. As variáveis analisadas

foram: Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (presença de acompanhante, preenchimento do partograma, liberdade de posição de movimento, oferta de dieta líquida, métodos não farmacológicos para alívio da dor, clampamento do cordão em tempo oportuno, contato pele a pele imediato, amamentação na sala de parto); Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (enema, tricotomia, venóclise, infusão de ocitocina, posição de litotomia); Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela (amniotomia, manobra de Kristeller) e Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado (episiotomia).

Para o cálculo de amostragem, foi considerado o número de partos vaginais realizados durante este período, posteriormente, foi definido seu tamanho através de um intervalo de confiança de 95%, um nível de significância de 5% (erro amostral). Obtendo, após realização dos cálculos, uma amostra de 314 fichas. Foram incluídas neste estudo, as fichas de mulheres que tiveram seu parto por via vaginal. Foram excluídas as fichas de mulheres que não se enquadram na classificação de risco obstétrico habitual, que tiveram abortos e natimortos, que não tiveram trabalho de parto e parto assistidos no hospital e fichas com ausência de assinatura do profissional que finalizou o preenchimento. A seleção das fichas foi feita aleatoriamente (Figura 1).

Os dados estatísticos foram organizados e tabulados no *Software IBM SPSS Statistics 20*, através de análises exploratórias das variáveis e estatística descritiva. A escolha da variável (gestações) para discussão do estudo fundamentou-se pela melhor compreensão e adequabilidade de análise quanto à incidência das práticas obstétricas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), sob o parecer consubstanciado nº 2.822.707. Foram realizados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde (CNS).⁸

Resultados

Em relação à caracterização do perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram parto vaginal na instituição, verificou-se que a maioria tinha idade entre 20 e 34 anos, era procedente do município de Fortaleza, com ensino médio completo e que não

exercia atividade laboral remunerada. Em relação aos dados obstétricos, a proporção de mulheres que realizou consultas de pré-natal foi de 98,1%. Em relação à paridade, 56,4% das mulheres já haviam tido um ou mais partos (Tabela 1).

No que se refere às práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, 72,3% das mulheres se movimentaram durante o trabalho de parto. Em relação ao acompanhante, 66,2% das parturientes tiveram a presença de um acompanhante de livre escolha durante o parto. Quanto ao uso de partograma, 66,6% das mulheres tiveram seu trabalho de parto monitorado por este instrumento. Cerca de 65% das mulheres ingeriram líquidos durante o trabalho de parto.

Quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, 54,8% das mulheres utilizaram algum tipo de método não farmacológico durante o trabalho de parto. Dentre eles, os mais utilizados incluíam massagem, cavalinho, exercícios respiratórios e exercícios pélvicos.

Em relação à adoção de boas práticas na atenção ao nascimento de risco habitual, evidenciou-se que a maioria dos recém-nascidos foi submetido ao clampamento do cordão umbilical, após a parada da pulsação ou entre 1 e 3 minutos após o nascimento (81,5%).

Quanto ao aleitamento materno, 74,2% dos bebês mamaram na sala de parto. O contato pele a pele imediato com o bebê foi possibilitado a 73,9% das mulheres (Tabela 2). Como limitação do estudo, destacou-se a impossibilidade de mensurar o tempo de duração de tais práticas, uma vez que, essa informação não constava no impresso institucional.

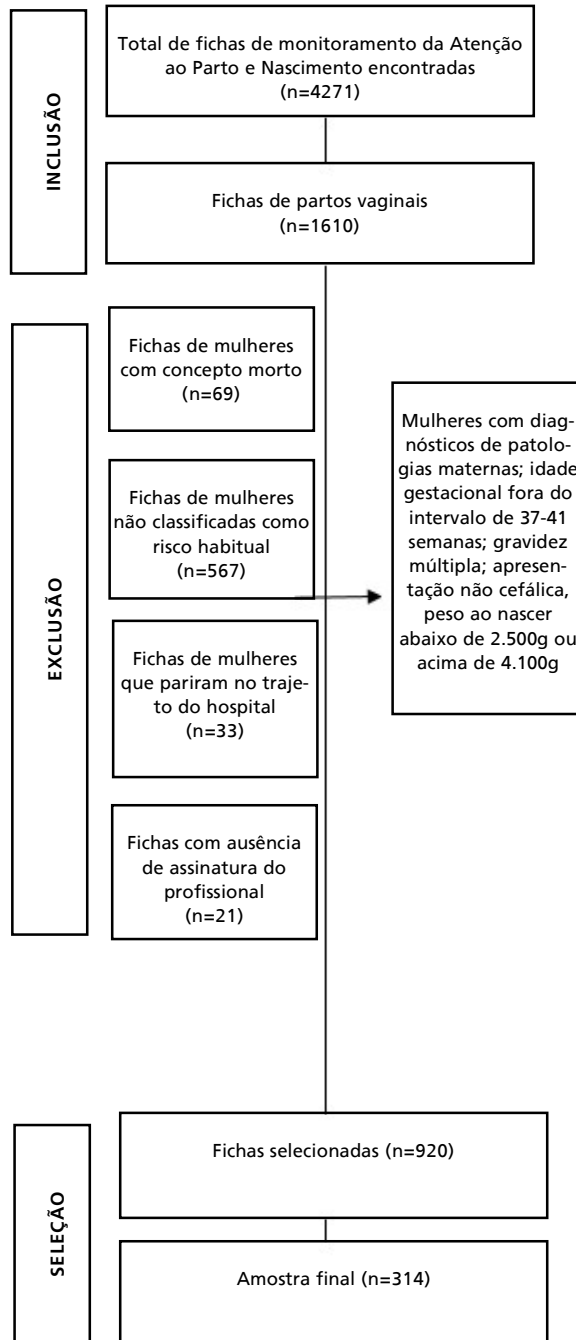
No que concerne às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes realizadas durante o trabalho de parto e parto, verificou-se que em 42,4% das mulheres foi realizada punção venosa periférica (venóclise), em 29% foi utilizada administração de ocitocina durante o trabalho de parto. Cerca de 8,9% das parturientes foram submetidas à tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e 0,3% ao enema (lavagem intestinal). À respeito da posição de parto assumida no momento do parto, 6,7% das mulheres pariram em litotomia.

Em relação às práticas sem evidências suficientes para apoiar sua recomendação, evidenciou-se que em 11,1% das parturientes foi submetida à amniotomia (ruptura artificial do saco amniótico) e 1,9% à manobra de Kristeller (pressão no fundo do útero). Já em relação às práticas frequentemente usadas de modo inadequado, a episiotomia foi realizada em 7% das mulheres do estudo (Tabela 2).

Quanto à incidência de boas práticas durante o

Figura 1

Fluxograma da seleção das fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento.



trabalho de parto e parto de risco habitual em mulheres que vivenciaram a gestação pela primeira vez, evidenciou-se que 52,9% tiveram um acompanhante durante o parto e 51,2% utilizaram algum método não farmacológico para alívio da dor durante o trabalho de parto (Tabela 3). Entretanto, a prática de episiotomia e a manobra de Kristeller foram mais prevalentes nesse grupo, com o percentual de 72,7% e 66,7%, respectivamente (Tabela 4).

Em relação à prevalência de boas práticas em mulheres que já vivenciaram uma ou mais gestações, os resultados das variáveis demonstraram que 56,9% tiveram o progresso do trabalho de parto monitorado por partograma e 54,2% puderam assumir a liberdade de posição e movimento. A ingestão de líquidos durante o trabalho de parto foi melhor descrita em mulheres multigestas (52,4%) (Tabela 3). Quanto às

práticas intervencionistas, o enema (100%), a venoclise (54,9%), a infusão de ocitocina (52,8%) e a amniotomia (54,3%) foram mais prevalentes nesse grupo de mulheres. O percentual da prática de tricotomia foi equivalente nos dois grupos (50%) (Tabela 4).

Discussão

Os resultados deste estudo subsidiaram analisar a incidência das práticas comprovadamente úteis; prejudiciais e/ou ineficazes que devem ser evitadas; que devem ser recomendadas com cautela em relação às baseadas em poucas evidências e que devem ser desencorajadas durante a assistência ao parto e nascimento de risco habitual. Buscou-se utilizar para análise desse estudo o grupo de mulheres de risco

Tabela 1

Caracterização das parturientes de risco obstétrico habitual atendidas em um hospital terciário de Fortaleza, CE, Brasil, julho 2017 - julho 2018.

Características	N	%
Idade (anos)		
14 - 19	79	25,2
20 - 34	214	68,2
35 - 39	18	5,7
40 ou mais	3	1,0
Procedência		
Fortaleza	251	79,9
Região Metropolitana	42	13,4
Interior	19	6,1
Não informado	2	0,6
Nível de Escolaridade		
Ensino Fundamental	88	28
Ensino Médio incompleto	67	21,3
Ensino Médio completo	121	38,5
Ensino Superior incompleto	11	3,5
Ensino Superior completo	4	1,3
Não informado	23	7,3
Ocupação		
Atividade laboral não remunerada	207	65,9
Atividade laboral remunerada	76	24,2
Não informado	31	9,9
Pré-natal		
Sim	308	98,1
Não	4	1,3
Não informado	2	0,6
Gestações		
Primigesta	137	43,6
Multigesta	177	56,4
Total	314	100,0

Tabela 2

Práticas obstétricas relacionadas à atenção ao parto e nascimento de risco habitual em um Hospital Terciário de Fortaleza, Ceará, julho 2017 - julho 2018.

Variáveis/Categorias	N	%
Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas		
Liberdade de posição e movimento	227	72,3
Presença de acompanhante	208	66,2
Preenchimento de partograma	209	66,6
Oferta de dieta líquida	204	65,0
Uso de Métodos não farmacológicos para alívio da dor*	172	54,8
Massagem	115	66,8
Cavalinho	82	47,6
Exercícios respiratórios	60	34,8
Exercícios pélvicos	46	26,7
Outros	62	36,0
Clampamento do cordão em tempo oportuno	256	81,5
Amamentação na sala de parto	233	74,2
Contato pele a pele	232	73,9
Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes		
Venóclise	133	42,4
Infusão de ocitocina	91	29,0
Tricotomia	28	8,9
Posição de Litotomia	21	6,7
Enema	1	0,3
Categoria C - Práticas sem evidências suficientes		
Amniotomia	35	11,1
Manobra de Kristeller	6	1,9
Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado		
Episiotomia	22	7,0

*A amostra variou devido possibilidade de vários métodos terem sido realizadas em uma parturiente.

Tabela 3

Incidência de práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto de risco habitual, de acordo com as características sociodemográficas, Fortaleza, CE, Brasil, julho 2017 - julho 2018.

	Presença de Acompanhante (%)	Preenchimento de Partograma (%)	Liberdade de Posição e Movimento (%)	Uso de Métodos não farmacológicos para alívio da dor (%)	Oferta de dieta líquida (%)
Idade (anos)					
14 - 19	28,4	24,9	28,2	29,0	26,5
20 - 34	67,3	68,4	65,2	65,7	66,7
35 - 39	3,8	5,7	6,2	4,7	5,9
40 ou mais	0,5	1,0	0,4	0,6	0,9
Procedência					
Fortaleza	80,3	80,9	83,7	79,6	78,4
Região Metropolitana	13,5	14,3	12,3	15,7	16,7
Interior	6,2	4,8	4,0	4,7	4,9
Ocupação					
Atividade laboral não remunerada	67,3	68,4	65,2	59,9	65,2
Atividade laboral remunerada	22,6	21,5	24,7	28,5	25,0
Não informado	10,1	10,1	10,1	11,6	9,8

continua

Tabela 3 conclusão

Incidência de práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto de risco habitual, de acordo com as características sociodemográficas, Fortaleza, CE, Brasil, julho 2017 - julho 2018.

	Presença de Acompanhante (%)	Preenchimento de Partograma (%)	Liberdade de Posição e Movimento (%)	Uso de Métodos não farmacológicos para alívio da dor (%)	Oferta de dieta líquida (%)
Escolaridade					
Ensino Fundamental	23,1	26,8	27,3	23,3	27,9
Ensino Médio completo	41,8	38,3	39,2	40,7	40,2
Ensino Médio incompleto	22,6	23,9	23,4	22,1	19,6
Ensino Superior completo	1,0	1,4	0,4	0,6	1,5
Ensino Superior incompleto	4,3	2,4	3,5	5,2	3,4
Não informado	7,2	7,2	6,2	8,1	7,4
Gestações					
Primigesta	52,9	43,1	45,8	51,2	47,6
Multigesta	47,1	56,9	54,2	48,8	52,4
Total	66,2	66,6	72,3	54,8	65,0

Tabela 4

Incidência de práticas claramente prejudiciais, inadequadas e/ou sem evidências científicas durante o trabalho de parto e parto de risco habitual, de acordo com as características sociodemográficas, Fortaleza, CE, Brasil, julho 2017 - julho 2018.

	Enema (%)	Tricotomia (%)	Venóclise (%)	Amniotomia (%)	Manobra de Kristeller (%)	Infusão de ocitocina (%)	Episiotomia (%)
Idade (anos)							
14 - 19	-	42,8	22,6	25,7	-	22,0	27,3
20 - 34	100,0	53,6	69,9	68,5	100,0	71,4	72,7
35 - 39	-	3,6	6,8	2,9	-	6,6	-
40 ou mais	-	-	0,7	2,9	-	-	-
Procedência							
Fortaleza	100,0	71,4	81,2	85,7	100,0	82,4	86,4
Região Metropolitana	-	17,9	14,3	11,4	-	13,2	4,5
Interior	-	10,7	4,5	2,9	-	4,4	9,1
Ocupação							
Atividade laboral não remunerada							
remunerada	100,0	89,3	64,7	74,3	66,7	67,0	68,2
Atividade laboral remunerada							
remunerada	-	7,1	27,0	17,1	33,3	23,1	27,3
Não informado	-	3,6	8,3	8,6	-	9,9	4,5
Escolaridade							
Ensino Fundamental	-	28,6	23,3	22,9	16,7	22,0	4,6
Ensino Médio completo	100,0	35,7	41,4	37,1	66,6	45,0	63,6
Ensino Médio incompleto	-	28,6	20,3	22,9	16,7	20,9	31,8
Ensino Superior completo	-	3,6	1,5	2,9	-	2,2	-
Ensino Superior incompleto	-	3,6	6,0	5,7	-	3,3	-
Não informado	-	-	7,5	8,5	-	6,6	-
Gestações							
Primigesta	-	50,0	45,1	45,7	66,7	47,2	72,7
Multigesta	100,0	50,0	54,9	54,3	33,3	52,8	13,6
Total	0,3	8,9	42,4	11,1	1,9	29,0	7,0

obstétrico habitual, visando excluir qualquer situação que pudesse justificar a utilização de práticas intervencionistas durante o processo parturitivo.

A Pesquisa Nascer no Brasil, um inquérito nacional acerca do modo de parir e nascer no país, demonstrou o excesso de intervenções desnecessárias em mulheres de risco habitual e a baixa incorporação das práticas recomendadas para a atenção ao parto e nascimento nos serviços hospitalares incluídos no estudo.⁹

No impresso institucional, a presença do acompanhante era descrita em dois momentos: acompanhante no pré-parto e acompanhante no parto. Somente essa última foi analisada no estudo, que evidenciou maior prevalência de acompanhantes durante o parto de primigestas.

Estudo constatou que o apoio contínuo proporcionado pelo acompanhante durante o processo parturitivo, caracteriza-se como fator atenuante ao favorecer a redução de intervenções e práticas danosas em um momento em que o binômio mãe e bebê encontram-se susceptíveis às rotinas hospitalares e às decisões dos profissionais.¹⁰

Ressalta-se, ainda, que para assegurar a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, é necessário que ocorra a fiscalização dos órgãos responsáveis nas instituições de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou à saúde suplementar, bem como mudanças na formação dos profissionais para a assistência ao parto.¹⁰

Nesse contexto, este direito foi assegurado pela Lei nº 11.108/2005, garantindo as parturientes à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério em serviços de saúde, no âmbito do SUS.¹¹ Sabe-se que existem limitações que ainda impedem a plena adesão desta prática, como questões profissionais, estruturais ou financeiras. É necessário que as instituições de saúde se adequem e ofereçam estrutura capaz de acomodar os acompanhantes, garantindo e respeitando esse direito da mulher.¹²

Quanto ao monitoramento da progressão do trabalho de parto por meio do partograma, observou-se que a maior parcela da assistência foi prestada através desse instrumento, principalmente, no grupo de mulheres que vivenciaram uma ou mais gestações. Contudo, não foi possível avaliar se o preenchimento do partograma ocorreu de maneira correta e/ou completa, visto que, essa informação não constava na Ficha de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento. Assim, a utilização dessa representação gráfica do trabalho de parto possibilita acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropri-

adas para a correção de desvios da normalidade, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.¹³

No que concerne à liberdade de posição e movimento, o impresso institucional possibilitou identificar uma incidência maior de mulheres multigestas, que deambularam no primeiro estágio do trabalho de parto. Estudo aponta que a adoção de posições verticalizadas e movimentação da parturiente durante a primeira fase do trabalho de parto, reduz a sua duração e parece não estar associada com o aumento da intervenção ou efeitos negativos sobre o bem-estar das mães e bebês.⁹

Revisão sistemática sobre a liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto, evidenciou que o incentivo à deambulação e à alternância de posições verticais tem sido indicado como vantajoso para a mulher e para o feto. Visto que, a ação física e fisiológica associada à posição vertical, comparativamente com a posição de litotomia dorsal, confere efeitos benéficos, especificamente na progressão do trabalho de parto, na diminuição da dor e na qualidade das contrações uterinas e na circulação materno-fetal.¹⁴

Isso reforça a necessidade de orientar as parturientes quanto à livre escolha da posição no parto e aos benefícios para melhores resultados obstétricos. As mulheres precisam ter acesso à informação correta sobre as diversas posições que poderão adotar no momento do parto, e não apenas cumprir normas e rotinas já estabelecidas pela instituição. Permitir que a posição litotômica faça parte de uma rotina hospitalar rígida e imutável contraria a humanização do cuidado.¹² Nesse sentido, a instituição do estudo fornece, através da residência multiprofissional e uniprofissional em enfermagem obstétrica, ações educativas para profissionais e rodas de conversas para gestantes internadas, visando à humanização do cuidado.

Ademais, os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto estiveram presentes na metade das fichas analisadas, com maior prevalência encontrada no grupo de mulheres primigestas. Os métodos devem ser oferecidos às parturientes, desde sua admissão na unidade, para uma melhor condução do trabalho de parto e melhores resultados perinatais. Sua utilização é benéfica, na medida em que oferece alternativas e medidas de conforto, melhorando a assistência ao parto.¹²

Considerando esses aspectos, proporcionar à mulher condições de tolerância à dor e ao desconforto é uma das mais importantes práticas do profissional na assistência obstétrica durante o trabalho de

parto. Isso reforça a preocupação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência em oferecer conforto e apoio às parturientes no enfrentamento da dor.²

Quanto à prática de oferta de dieta líquida durante o trabalho de parto, evidenciou prevalência no grupo de mulheres multigestas. Estudo revela que a prática de restringir a ingestão oral durante o trabalho de parto deve-se ao risco de pneumonite por aspiração de conteúdo estomacal, que pode ocorrer como complicação de uma eventual anestesia geral. No entanto, este risco é muito baixo e essa restrição pode levar à desidratação, cetose e prolongamento do trabalho de parto, principalmente em mulheres com gestação de baixo risco.¹⁵

Neste sentido, uma pesquisa qualitativa analisou as vivências alimentares da mulher durante o parto, e identificou que o manejo alimentar foi abordado de forma superficial, prevalecendo o jejum na assistência às parturientes e ao mesmo tempo, as mulheres valorizavam a alimentação nesse momento, relacionando-a com o bom desenvolvimento do parto.¹⁶

A adoção de boas práticas na atenção ao nascimento baseia-se no respeito à adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino. Desse modo, evidenciou-se que a maioria dos recém-nascidos foi submetido ao clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno ou após a parada da pulsação. Estudo destaca que recém-nascidos que tiveram clampeamento oportuno do cordão umbilical ao menos um minuto após o nascimento possuem nível de ferritina superior ao dos que tiveram clampeamento imediato do cordão, reduzindo o risco de desenvolver anemia na primeira infância. Entretanto, existem discussões que associam o aparecimento de policitemia e icterícia ao fato do recém-nascido receber mais sangue, aumentando o risco de excesso de glóbulos vermelhos.¹⁷

Outra prática demonstradamente útil e recomendada é o contato pele a pele ao nascer, mais da metade dos recém-nascidos foram colocados em contato direto com a pele da mãe. O contato pele a pele precoce apresenta-se como uma prática segura, barata e de benefícios comprovados no curto e no longo prazos, para as mães e as crianças, justificando sua implementação nos Hospitais Amigo da Criança (HAC).¹⁸

O aleitamento materno na sala de parto foi realizado em mais da metade dos recém-nascidos. A prática do aleitamento materno precoce, dentro da primeira hora após o nascimento, protege o recém-nascido de adquirir infecções e reduz a mortalidade neonatal, faz parte das boas práticas de atenção ao

nascimento e deve ser estimulada. Além da redução dos índices de mortalidade infantil, são diversos os benefícios que o aleitamento traz para o bebê, entre eles, a facilidade em eliminar o mecônio, protege o trato gastrointestinal contra infecções, promove o apego e diminui o risco de icterícia.¹²

Como limitação encontrada no presente estudo, destacou-se a ausência de registros completos nas Fichas de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento, referentes às práticas de contato pele a pele e amamentação na sala de parto, com percentil de 14% e 9,2%, respectivamente. Além disso, destacou-se a impossibilidade de mensurar o tempo de duração de tais práticas, uma vez que, essa informação não constava na ficha.

É importante ressaltar, que o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, era o responsável pelo preenchimento dessas fichas. Muitas vezes, esse preenchimento era realizado por profissionais não envolvidos diretamente na assistência ao parto. Assim, faz-se necessário, uma sensibilização dos profissionais quanto ao correto registro das práticas, tendo em vista que a subnotificação limita a apuração dos dados reais.

Achados relacionados às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes durante o trabalho de parto, evidenciou que o enema foi prevalente em mulheres que já pariram anteriormente. A prática de tricotomia foi equivalente entre as mulheres primigestas e multigestas. O enema e a tricotomia não devem ser realizados de forma rotineira durante o TP, são intervenções não benéficas e podem ser incômodas.¹

Quanto à infusão intravenosa de fluidos (venoclise), o estudo demonstrou maior incidência dessa prática em mulheres multigestas. Inquérito nacional identificou uma taxa de venoclise de 73,8% para mulheres de risco habitual e de 76,7% para as de alto risco.⁹ Revisão sistemática da Cochrane concluiu que não existem evidências suficientemente fortes para recomendar a administração rotineira de fluidos intravenosos durante o trabalho de parto, além de limitar a mobilidade da parturiente, desconforto materno, medo e dor e sentimentos negativos gerais.¹⁹

Entre as práticas que devem ser utilizadas com cautela no primeiro estágio do trabalho de parto, até que mais pesquisas esclareçam a questão, verificou-se que a amniotomia foi mais prevalente em mulheres multigestas. A Diretriz Nacional de assistência ao parto normal recomenda que a amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.¹

A pesquisa Nascer em Belo Horizonte evidenciou a prática de amniotomia precoce em 67,1% das mulheres que entraram em trabalho de parto, internadas com membranas íntegras. Ademais, a aceleração do trabalho de parto, seja com amniotomia e/ou ocitocina, desempenha importante papel na "cascata de intervenções" e na redução da taxa de parto espontâneo.²

A incidência da manobra de Kristeller foi descrita, principalmente, em mulheres primigestas. Usada comumente em situações como sofrimento fetal, falta de progresso do parto e exaustão materna, trata-se de uma manobra obstétrica executada durante o parto que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a expulsão do bebê, no período expulsivo do parto.²⁰ Essa prática sem evidência científica para apoiar sua recomendação, pode ser considerada uma violação à integridade corporal da mulher, uma vez que, além da exposição aos riscos, causa desconforto e dor durante sua execução.²

Neste estudo, a utilização de ocitocina intraparto foi mais frequente em mulheres multigestas. Estudo realizado no sul da Espanha, descreveu os efeitos da estimulação do parto com ocitocina e que sua utilização pode ser prejudicial tanto para a mãe como para o recém-nascido, uma vez que o seu uso está relacionado com um aumento, em primíparas e multiparas, nas taxas de cesarianas, uso de analgesia peridural e febre materna intraparto.²¹

Em contrapartida, a incidência da taxa de episiotomia foi prevalente em mulheres primigestas. Revisão sistemática da Cochrane avaliou os efeitos da episiotomia seletiva *versus* episiotomia de rotina no parto vaginal, demonstrou que a evidência atual não apoia o argumento de fazer episiotomia de rotina para evitar o trauma perineal grave. Logo, não foi encontrado nenhum benefício da episiotomia de rotina para o bebê ou para a mãe.²²

A realização de episiotomia, de forma rotineira e indiscriminada, em toda e qualquer parturiente não é benéfica. No entanto, a falha na indicação do procedimento, quando houver situação clínica em que é evidente a sua necessidade, é igualmente prejudicial.²³ Embora, há anos os dados disponíveis na literatura revelem que esse procedimento não cumpre os objetivos que justificariam sua realização de forma rotineira, ainda hoje a episiotomia permanece sendo usada de forma abusiva em muitas instituições de saúde.²

Primeiramente, o estudo limita-se pela subnotificação das práticas registradas nas Ficha de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento, que dificulta o delineamento mais fidedigno da reali-

dade local. Ressalta-se, ainda, a inexistência de informações importantes no impresso institucional: partograma preenchido de maneira completa; tempo de contato pele a pele e amamentação na sala de parto; motivos que levaram à venóclise, infusão de ocitocina, amniotomia, manobra de Kristeller ou episiotomia.

Outra limitação do estudo é a impossibilidade de identificar possíveis explicações para algumas relações, como: Por que mulheres multigestas tiveram frequência maior de venóclise, infusão de ocitocina e amniotomia? Por que mulheres primigestas passaram mais pela episiotomia? Com isso, sugere-se a realização de novos estudos que possam aplicar métodos e investigar tais relações.

As práticas demonstradamente úteis e devem ser estimuladas na assistência ao parto e nascimento foram asseguradas à maioria das parturientes de risco obstétrico habitual. Embora tenham sido reveladas práticas prejudiciais baseadas no modelo tecnocrático, houve prevalência de práticas obstétricas que apoiam e se adequam ao modelo humanizado, na perspectiva da assistência baseada em evidência científica.

É importante ressaltar que a assistência obstétrica baseada em evidências inclui uma série de boas práticas que evitam uma assistência iatrogênica ou violenta no parto. Nesse contexto, as boas práticas voltadas ao cuidado materno e infantil requerem um grau maior de treinamento e atualização, por meio da educação continuada. De forma essencial, a autonomia da parturiente deve ser respeitada, visando a adequada humanização da assistência ao parto e nascimento.

Portanto, faz-se necessário disseminar as boas práticas nas instituições voltadas à assistência materno infantil. Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar uma atenção pautada em práticas baseadas em evidências, visando contribuir com a melhoria da atenção obstétrica.

Contribuição dos autores

Alcântara NA contribuiu com a concepção do projeto, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Silva TJP contribuiu com a revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília, DF; 2017. 51 p.
2. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery*. 2016; 20 (2): 324-31.
3. OMS (Organização Mundial da Saúde). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Tradução da Organização Pan-americana de Saúde-OPAS. Geneva; 1996. 53p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, DF, 27 jun 2011. Seção1: 109.
5. WHO (World Health Organization). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. ISBN 978-92-4-155021-5.
6. Melo LPT, Doudou HD, Rodrigues ARM, Silveira MAM, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento. *Rev Rene*. 2017; 18(1): 59-67.
7. Santos AHL dos, Nicácio MC, Pereira ALF, Oliveira TCM de, Progianti JM. Práticas de assistência ao parto normal: formação na modalidade de residência. *Rev Enferm UFPE*. 2017; 11 (1): 1-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde (CNS). Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial União*. Brasília, DF; 2012.
9. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Suppl.): S17-S32.
10. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52: 1.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, DF, 8 abr. 2005. Seção 1, Página 1.
12. Andrade LFB, Rodrigues QP, Silva RCV. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. *Rev Enferm UERJ*. 2017; 25: e26442.
13. Brasil. Ministério da Saúde. FEBRASGO. ABENFO. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília, DF, 2001 [acesso 20 nov 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf.
14. Ferrão ACC, Zagão MOB. Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *RIASE online*. 2017; 3 (1): 886-900.
15. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2017; 129: 473.
16. Pinto LMTR, Trezza MCSE, Santos AAP, Melo GC, Silva JMO, Oliveira LLF. O manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher. *Rev Enferm UERJ*. 2017; 25: e14205.
17. Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10 (1): 173-79.
18. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25 (2): 281-90.
19. Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochr Database Syst Rev*. 2013; 6: CD007715.
20. Barros TCX de, Castro TM de, Rodrigues DP, Moreira PGS, Soares ES, Viana APS. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE*. 2018; 12 (2): 554-8.
21. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev Latino-Am Enf*. 2016; 24: e2744.
22. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochr Database Syst Rev*. 2017; 2: CD000081.
23. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016; 38 (6): 301-7.

Recebido em 18 de Agosto de 2019

Versão final apresentada em 8 de Novembro de 2020

Aprovado em 17 de Maio de 2021