

## ARTIGO ORIGINAL

## RETRATO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

Ana Dorcas de Melo Inagaki<sup>1</sup>, Nadyege Pereira Cardoso<sup>2</sup>, Renata Julie Porto Leite Lopes<sup>3</sup>, Caíque Jordan Nunes Ribeiro<sup>4</sup>, Luana Meneses Feitosa<sup>5</sup>, Sheila Soares Oliveira<sup>6</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** identificar as práticas obstétricas adotadas durante a assistência ao parto e nascimento. **Método:** estudo transversal, analítico, realizado em uma maternidade pública em Aracaju - Sergipe, no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, com 373 puérperas com idade gestacional  $\geq 37$  semanas, que permaneciam no mínimo 30 minutos em pré-parto. Foram utilizados os testes qui-quadrado e exato de Fisher.

**Resultados:** as práticas obstétricas de nível "A" ofertadas foram: banho morno 109 (29,2%), massagem 62 (16,6%), bola suíça 50 (13,4%), deambulação 223 (59,8%), contato pele a pele 250 (66,7%) e a presença de acompanhante 89 (23,9%). Foram realizadas práticas nível "B e D" como ocitocina 236 (63,3%), aminiotomia 171 (45,8%), episiotomia 51 (19,8%) e Kristeller 129 (34,6%).

**Conclusão:** este estudo revela a necessidade de adequação da ambiência e implementação irrestrita das boas práticas para garantir assistência segura ao parto e nascimento, assim como contribuir na formação dos novos profissionais.


**DESCRITORES:** Assistência à saúde; Parto humanizado; Prática profissional; Enfermagem materno-infantil; Enfermagem obstétrica.


### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Inagaki ADM, Cardoso NP, Lopes RJPL, Ribeiro CJN, Feitosa LM, Oliveira SS. Retrato das práticas obstétricas em uma maternidade pública. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.56121>.





Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).


<sup>1</sup>Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. 

<sup>2</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. 

<sup>3</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Preceptora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais. Aracaju, SE, Brasil. 

<sup>4</sup>Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Enfermeiro do Instituto Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. 

<sup>5</sup>Discente de Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. 

<sup>6</sup>Discente de Enfermagem. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. 

## PICTURE OF MIDWIFERY PRACTICES AT A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL

### ABSTRACT

*Objective: identify the midwifery practices adopted during delivery and birth care.*

*Method: cross-sectional, analytic study, undertaken at a public maternity in Aracaju - Sergipe, between November 2015 and February 2016, involving 373 postpartum women with gestational age  $\geq$  37 weeks, who experienced at least 30 minutes of prepartum. The chi-squared and Fisher's exact test were applied.*

*Results: the following level A midwifery practices were offered: lukewarm bath 109 (29.2%), massage 62 (16.6%), Swiss ball 50 (13.4%), walking 223 (59.8%), skin-to-skin contact 250 (66.7%) and the presence of a companion 89 (23.9%). Level B and D practices were executed, such as oxytocin 236 (63.3%), amniotomy 171 (45.8%), episiotomy 51 (19.8%) and Kristeller's 129 (34.6%).*

*Conclusion: this study reveals the need to adapt the ambience and implement the best practices unrestrictedly in order to guarantee safe delivery and birth care and to contribute to the training of new professionals.*

**DESCRIPTORS:** Healthcare; Humanized birth; Professional practice; Maternal-infant nursing; Obstetric nursing.

## RETRATO DE LAS PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA

### RESUMEN:

*Objetivo: identificar las prácticas obstétricas adoptadas durante la atención al parto y nacimiento.*

*Método: estudio trasversal, analítico, desarrollado en una maternidad pública en Aracaju - Sergipe, en el período de noviembre de 2015 a febrero de 2016, con 373 puérperas con edad gestacional  $\geq$  37 semanas, que permanecían al menos 30 minutos en preparto. Fueron utilizadas las pruebas ji-cuadrado y exacta de Fisher.*

*Resultados: las prácticas obstétricas de nivel "A" ofertadas fueron: baño tibio 109 (29,2%), masaje 62 (16,6%), bola suiza 50 (13,4%), deambulaci3n 223 (59,8%), contacto piel a piel 250 (66,7%) y la presencia de acompa1ante 89 (23,9%). Fueron aplicadas prácticas nivel "B y D" como oxitocina 236 (63,3%), amniotomía 171 (45,8%), episiotomía 51 (19,8%) y Kristeller 129 (34,6%).*

*Conclusi3n: este estudio revela la necesidad de adecuaci3n del entorno e implementaci3n irrestricta de las buenas prácticas para garantizar atenci3n segura al parto y nacimiento, y tambi3n contribuir a la formaci3n de los nuevos profesionales.*

**DESCRIPTORES:** Atenci3n de salud; Parto humanizado; Prácticas profesionales; Enfermería materno-infantil; Enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

O parto é um momento no qual a mulher experimenta desconforto e dor, ao tempo em que representa socialmente a chegada do novo membro na família. Desta forma, a humanização da assistência ao parto centrada na mulher e família tem sido uma preocupação da equipe assistencial, devendo ser respeitado o protagonismo da parturiente e suas características biopsicossociais<sup>(1)</sup>.

A hospitalização do parto, após a segunda guerra mundial, transformou-o em condição patológica centrada no médico e tecnologias, em detrimento ao protagonismo da mulher<sup>(2)</sup>. Visando corrigir esta tendência, ações governamentais têm estimulado a humanização da assistência ao parto. No final da década de 90, o Ministério da Saúde lançou como estratégia a criação dos Centros de Parto Normal (CPN)<sup>(3)</sup>. Para tal, considerou-se as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (1996)<sup>(4)</sup> que classificou as práticas obstétricas em níveis de recomendação de "A, B, C, D". Sendo o nível "A" aquelas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, como aporte calórico, deambulação e métodos não farmacológicos de alívio da dor e nível "D" aquelas frequentemente usadas de modo inadequado, como restrição hídrica/alimentar e uso rotineiro da episiotomia. Estas práticas foram reafirmadas em 2018<sup>(5)</sup>.

Simultaneamente, financiou cursos de formação de enfermeiras obstétricas em quase todas as unidades da federação, realizados pelas universidades federais, além de enviar docentes dessas universidades para treinamento nas casas de parto do Japão, ocasião na qual foi criado o primeiro CPN, em 1998, denominado "Casa de Parto de Sapopemba" em São Paulo<sup>(6)</sup>.

Em 2011, com a perspectiva de potencializar essa mudança, foi instituída a Rede Cegonha<sup>(3)</sup> e, mais uma vez, passou-se a investir na formação de enfermeiras obstétricas. A partir de 2012, o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação implantaram os cursos de aprimoramento, especialização com 300 vagas e Residência em Enfermagem Obstétrica (REO) com 134 vagas, abrangendo 15 estados brasileiros.

Nesta ocasião, a Universidade Federal de Sergipe criou a primeira turma de residência em 2013 ofertando quatro vagas e em 2014 ampliou para seis vagas ao ano. Neste mesmo ano, iniciou o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica Rede Cegonha, coordenado pela Universidade Federal de Minas Gerais, com 15 vagas.

A REO ocorre na maternidade em estudo, motivo pelo qual surgiu interesse pela temática. Esta pesquisa apresenta dados que favorecem o planejamento estratégico para a implantação do novo modelo de assistência, centrado em práticas humanizadas. Logo, objetivou-se identificar as práticas obstétricas adotadas durante a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento em uma maternidade pública.

## MÉTODO

Estudo transversal, analítico, quantitativo, realizado no período de novembro de 2015 a fevereiro de 2016, em uma maternidade localizada no município de Aracaju, Sergipe.

Trata-se de uma unidade de alta complexidade que atende exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS), funciona 24 horas com porta aberta, e o centro obstétrico, unidade de escolha para realização desse trabalho, é dividido em pré-parto coletivo, salas de parto e cirurgia cesariana e sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).

A população foi composta por mulheres assistidas nesta maternidade. O tamanho amostral estimado foi de 373 puérperas, considerando que são realizados cerca de 5.700 partos ao ano e aceitando o erro amostral de 5%<sup>(7)</sup>. Foram incluídas puérperas de qualquer idade, que permaneceram por, no mínimo, 30 minutos no pré-parto; com idade

gestacional igual ou superior a 37 semanas; que se encontravam nas primeiras 48h pós-parto, independentemente da via de parto. Os critérios de exclusão foram: mulheres admitidas em período expulsivo e cesariana eletiva.

Os dados foram coletados por análise documental e entrevista com as puérperas no alojamento conjunto, nas primeiras 48 horas pós-parto. Para entrevista, foi utilizado formulário de questões fechadas, preenchidas pelos pesquisadores, contemplando variáveis de caracterização sociodemográfica e gineco-obstétricas da amostra, além das práticas ofertadas de assistência ao parto na maternidade. Para análise documental, analisou-se o prontuário da mãe e recém-nascido e o cartão da gestante. Para determinação da classe social, foi utilizada a classificação do Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD<sup>(8)</sup>.

Foi realizada análise exploratória dos dados por estatística simples. As variáveis foram expressas em medidas de tendência central, frequências absoluta e relativa. O programa Epi Info™ 7 foi utilizado para análise inferencial. Testes como 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% ( $p < 0,05$ ).

A pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFS com parecer nº 1.288.982. Todas as participantes e/ou responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

As mulheres entrevistadas tinham idade média de 26 anos, sendo 86 (23,1%) adolescentes e 236 (63,3%) com idade entre 20 a 35 anos. Declararam-se como pardas 229 (61,4%); com companheiro fixo 319 (85,5%); com baixa escolaridade 210 (56,3%); eram extremamente pobre, pobre ou vulnerável 240 (64,3%); não exerciam atividade remunerada, 249 (66,8%), e entre estas, 215 (86,3%) também não recebiam auxílio governamental. E 236 (63,3%) eram procedentes de outros municípios sergipanos.

Em relação ao pré-natal, 369 (98,9%) das puérperas afirmaram ter realizado acompanhamento pré-natal, sendo que 321 (86,1%) o fizeram em unidades públicas, 237 (64,5%) iniciaram precocemente e 270 (73,2%) realizaram no mínimo seis consultas. Somente 87 (27,8%) participaram de grupo para gestantes, foi oferecida a possibilidade de visitar a maternidade de referência para 85 (27,8%), 214 (57,3%) referiram peregrinação, dentre estas, 117 (54,7%) utilizaram transporte próprio e 25 (11,7%) afirmaram ter passado por duas ou mais maternidades (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das puérperas de acordo com a faixa etária e os dados da última gestação. Aracaju, SE, Brasil, 2016 (continua)

Variável	<17		17-19		20-35		>35		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Financiamento do pré-natal										
Sus	28	93,3	49	87,5	202	85,6	42	82,4	321	86,1
Privado	-	-	1	1,8	6	2,5	1	2	8	2,1
Sus + privado	2	6,7	5	8,9	27	11,4	6	11,8	40	10,7
Não realizou	-	-	1	1,8	1	0,4	2	3,9	4	1,1

Idade gestacional de início do pré-natal n= 369										
1º trimestre	21	70	29	52,7	152	64,7	35	71,4	237	64,2
2º trimestre	7	23,3	21	38,2	72	30,6	12	24,5	112	30,4
3º trimestre	1	3,3	5	9,1	11	4,7	2	4,1	19	5,1
Sem registro	1	3,3	-	-	-	-	-	-	1	0,3
Número de consultas pré-natais n= 369										
< 6	8	26,7	21	38,2	62	26,4	8	16,3	99	26,8
≥ 6	22	73,3	34	61,8	173	73,6	41	83,7	270	73,2
Participou de grupo para gestante n= 369										
Sim	5	16,7	10	18,2	61	26	11	22,4	87	23,6
Não	25	83,3	45	81,8	174	74	38	77,6	282	76,4
Visita à maternidade n=369										
Sim	9	30	15	27,3	50	21,3	11	22,4	85	23
Não	21	70	40	72,7	185	78,7	38	77,6	284	77
Peregrinação										
Sim	16	53,3	36	64,3	141	59,7	21	41,2	214	57,4
Não	14	46,7	20	35,7	95	40,3	30	58,8	159	42,6
Tipo de transporte utilizado pelas pacientes que peregrinaram										
Por conta própria	10	62,5	19	52,8	80	56,7	8	38,1	117	54,7
Institucional	6	37,5	17	47,2	61	43,3	13	61,9	97	45,3

FONTE: Dados dos formulários da pesquisa.

Das 373 puérperas, 115 (30,8%) foram submetidas à cirurgia cesariana. Dentre as 258 (69,2%) que tiveram parto vaginal, 45 (17,4%) foram assistidas por enfermeiras obstétricas/residentes de enfermagem obstétrica e 213 (82,6%) foram assistidas por médicos obstetras/residentes de ginecologia e obstetrícia.

Os médicos, 207 (63,1%), não se identificaram na ocasião do parto. Em contrapartida, 32 (71,1%) enfermeiros apresentaram-se para a parturiente ( $p < 0,0001$ ). Quanto ao aporte calórico oferecido, 45 (12,1%), referiram que foi ofertado líquido por via oral ou alimentos sólidos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das puérperas de acordo com o profissional que realizou o parto e a aplicação de práticas obstétricas. Aracaju, SE, Brasil, 2016 (continua)

Variável	Profissional que realizou o parto				Total		p
	Enfermeira (o)		Médico (a)		n	%	
	n	%	N	%			
Profissional se apresentou?							
Sim	32	71,1	121	36,9	153	41	<0,0001
Não	13	28,9	207	63,1	220	59	

Foi permitido você beber ou comer durante o trabalho de parto?							0,3
Sim	8	17,8	37	11,3	45	12,1	
Não	37	82,2	291	88,7	328	87,9	
Foi garantida sua privacidade durante o TP ou parto?							0,4
Sim	40	88,9	271	82,6	311	83,4	
Não	5	11,1	57	17,4	62	16,6	
Foi preenchido o partograma durante a assistência ao TP?							0,5
Totalmente	3	6,7	36	11	39	10,5	
Parcialmente	23	51,1	49	14,9	72	19,3	
Não	19	42,2	243	74,1	262	70,2	
Foi realizado contato pele a pele imediato?							0,000
Sim	41	91,1	208	63,4	249	66,8	
Não	4	8,9	120	36,6	124	33,2	
O clampeamento do cordão foi							
Oportuno	37	82,2	28	8,5	65	17,4	
Imediato	2	4,4	7	2,1	9	2,4	
Sem registro	6	13,3	293	89,3	299	80,2	
Foi realizado amniotomia?							0,2
Sim	25	55,6	146	44,5	171	45,8	
Não	20	44,4	182	55,5	202	54,2	
Foi utilizado ocitocina no período de dilatação?							0,2
Sim	33	73,3	203	61,9	236	63,3	
Não	12	26,7	125	38,1	137	36,7	
A paciente utilizou acesso venoso periférico no trabalho de parto?							0,8
Sim	42	93,3	306	93,3	348	93,3	
Não	3	6,7	22	6,7	25	6,7	
Foi realizado episiotomia (Somente para pacientes de partos vaginais)							0,5
Sim	11	24,4	40	18,8	51	19,8	
Não	34	75,6	154	72,3	188	72,9	
Sem registro	-	-	19	8,9	19	7,4	
Se houve episiotomia, foi informada que seria feito o procedimento? n=51							0,9
Sim	6	54,5	25	62,5	31	60,8	
Não	5	45,5	15	37,5	20	39,2	
Foi realizado Kristeller?							0,5
Sim	13	28,9	116	35,4	129	34,6	
Não	32	71,1	212	64,6	244	65,4	

FONTE: Dados dos formulários da pesquisa.

As puérperas afirmaram que foi garantida privacidade no centro obstétrico, 311 (83,4%). No que tange ao preenchimento do partograma, observou-se que este instrumento não foi rotineiramente utilizado, tendo sido preenchido por três (6,7%) enfermeiros e 36 (11%) médicos.

Não foi possível avaliar a associação da realização do clampeamento oportuno do cordão umbilical com a categoria profissional que realizou o parto, haja vista que esta informação não constava no prontuário.

Foi realizada amniotomia em 171 (45,8%) mulheres, 236 (63,3%) fizeram uso de ocitocina sintética e um número ainda maior de mulheres, 348 (93,3%), utilizou acesso venoso periférico.

Não houve associação entre a ocorrência de episiotomia e o profissional que prestou assistência ( $p=0,5$ ). As 51 mulheres que sofreram episiotomia, relataram que os profissionais não informaram que iriam realizar o procedimento. A manobra de Kristeller foi realizada em 129 (34,6%) puérperas.

Para 284 (76,1%) mulheres, não foi permitido acompanhante em nenhum momento do trabalho de parto e parto (Tabela 3). Em relação aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, pode-se observar que foram ofertadas tecnologias como banho morno 36 (80%), massagem 28 (62,2%), bola suíça 23 (51,1%) e deambulação 42 (93,3%), nos partos realizados por enfermeiras obstétricas ( $p<0,0001$ ).

Tabela 3 – Distribuição das puérperas por profissional que realizou o parto e a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor. Aracaju, SE, Brasil, 2016 (continua)

Variável	Profissional que realizou o parto				Total		p
	Enfermeira(o)		Médica(o)		n	%	
	n	%	n	%			
Teve acompanhante em algum momento do TP ou parto?							0,09
Sim	6	13,3	83	25,3	89	23,9	
Não	39	86,7	245	74,7	284	76,1	
Não teve acompanhante n=284							
Por opção	11	28,2	47	19,2	58	20,4	
Não sabia	7	17,9	28	11,4	35	12,3	
Não permitiram	21	53,8	170	69,4	191	67,3	
Ofertado banho morno durante o trabalho de parto?							<0,0001
Sim	36	80	73	22,3	109	29,2	
Não	9	20	255	77,7	264	70,8	
Ofertada massagem durante o trabalho de parto?							<0,0001
Sim	28	62,2	34	10,4	62	16,6	
Não	17	37,8	294	89,6	311	83,4	
Ofertado o uso da bola suíça durante o trabalho de parto?							<0,0001
Sim	23	51,1	28	8,5	50	13,4	
Não	22	48,9	300	91,5	323	86,6	

Colocada música durante o trabalho de parto ou parto?							0,8
Sim	-	0	5	1,5	5	1,3	
Não	45	100	323	98,5	368	98,7	
Permitida sua livre movimentação durante o trabalho de parto?							<0,0001
Sim	42	93,3	181	55,2	223	59,8	
Não	3	6,7	147	44,8	150	40,2	
Posição do parto (somente parto vaginal) n=258							0,9
Litotômica	44	97,8	211	99,1	255	98,8	
Não litotômica	1	2,2	2	0,9	3	1,2	

FONTE: Dados dos formulários da pesquisa.

Em relação ao tipo de parto realizado e assistência ao nascituro (Tabela 4), o contato pele a pele ocorreu em 217 (83,8%) partos vaginais ( $p=0,0001$ ). Tanto nos partos vaginais quanto nas cirurgias cesarianas, os recém-nascidos 354 (94,4%) nasceram com Apgar maior que sete e foi ofertado o seio na primeira hora de vida 314 (83,7%).

Tabela 4 – Distribuição dos recém-nascidos filhos de acordo com o tipo de parto realizado e a assistência ao nascituro. Aracaju, SE, Brasil, 2016

Variável	Parto Vaginal		Cirurgia Cesariana		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Contato pele a pele							<0,0001
Sim	217	83,8	33	28,4	250	66,7	
Não	42	16,2	83	71,6	125	33,3	
Oferta do seio materno							0,03
Sim	224	86,5	90	77,6	314	83,7	
Não	35	13,5	26	22,4	61	16,3	
Apgar 1º minuto							0,007
0 -4	1	0,4	4	3,4	5	1,3	
5-6	8	3,1	8	6,9	16	4,3	
7-10	250	96,5	104	89,7	354	94,4	

FONTE: Dados dos formulários da pesquisa.

## DISCUSSÃO

O paradigma da assistência ao parto tem mudado e o protagonismo feminino no ciclo gravídico puerperal é considerado atualmente um dos eixos fundamentais da humanização. No entanto, esse movimento não tem ocorrido de maneira homogênea nos diversos serviços do país, havendo déficit assistencial do pré-natal ao parto<sup>(3)</sup>.



Como caracterização da amostra, houve prevalência de mulheres não brancas, com baixa renda e escolaridade, o que está relacionado ao menor acesso oportuno aos serviços de saúde e maior risco de mortalidade materna<sup>(9)</sup>. Outro fator preocupante foi a alta prevalência de gestação na adolescência, revelando que há falhas no planejamento reprodutivo, haja vista o não planejamento dessas gestações.

Para a garantia da assistência humanizada, as práticas obstétricas que devem ser estimuladas, tais como aporte calórico, ambiência adequada, monitoramento do bem estar materno fetal, deambulação e métodos não farmacológicos de alívio da dor tiveram as diretrizes reafirmadas em 2018<sup>(5)</sup>.

Ao avaliarmos a ocorrência das boas práticas, observou-se que, apesar de preconizada, a oferta de aporte calórico foi pouco frequente, visto que existe resistência dos profissionais em prescrever a dieta alegando ambiência de alto risco e necessidade de possível anestesia no parto. Entretanto, não existem evidências suficientes para recomendação do jejum em gestantes com ou sem risco obstétrico<sup>(10)</sup>.

Outra prática recomendada é o preenchimento do partograma, todavia foi negligenciado na amostra estudada corroborando diversos estudos em todo o Brasil<sup>(11-12)</sup>. O preenchimento do partograma constitui-se um indicador de qualidade da assistência, permite que o cuidador permaneça ao lado da parturiente no processo de parturição e possibilita a tomada de decisões em momentos oportunos<sup>(13)</sup>.

Nesta pesquisa evidenciou-se que os profissionais não se apresentaram adequadamente às pacientes, deixando de informa-lhes nome e categoria profissional. Entre aqueles que se apresentaram, houve maior proporção de enfermeiros, entretanto chama atenção o fato de que, mesmo entre eles, cerca de 30% deixou de se apresentar. Ressalta-se que a política de humanização preconiza que toda pessoa tem o direito de saber nome e função de quem está lhe prestando assistência<sup>(4)</sup>.

É importante destacar que as puérperas afirmaram que foi garantida privacidade. Isso pode ser justificado por haver desconhecimento sobre o real significado de privacidade, levando-as a crer que esse direito lhes foi garantido. Contudo, não pode ser observada privacidade na maternidade estuda, visto que possui pré-parto coletivo, sem divisórias entre leitos, geralmente com superlotação e pacientes dispostas nos corredores. Tais características inviabilizam a preservação do corpo feminino, gerando mais tensão no processo parturitivo<sup>(14)</sup>.

Apesar da precariedade estrutural, somado à superlotação, os enfermeiros ofereceram tecnologias não farmacológicas de alívio da dor como preconizado na literatura<sup>(5)</sup>. Estudo mostrou que em partos assistidos por enfermeiras obstétricas ocorrem menos intervenções desnecessárias, visto que utilizam tecnologias não invasivas com boas práticas relacionadas à humanização<sup>(15)</sup>. A deambulação também foi estimulada. Evidências científicas revelam que não se justifica a permanência das mulheres em posição dorsal e enfatizam o estímulo à movimentação e à posição verticalizada<sup>(16)</sup>.

Todavia, a posição litotômica foi adotada para a maioria dos partos vaginais. A ausência dos equipamentos adequados foi um dificultador para garantia da liberdade de escolha da posição do parto. Em contrapartida estudo realizado em Pernambuco demonstrou que 78,9% dos partos foram assistidos em posição não-litotômica. Tal fato foi facilitado devido à maternidade possuir recursos como banqueta, cavalinho, cama PPP e cadeira de parto que favorecem a escolha da mulher quanto à posição que deseja parir<sup>(1)</sup>.

Outro dado importante é que o contato pele a pele foi realizado predominantemente nos partos assistidos por enfermeiros. Quando a vitalidade do recém-nascido está garantida, é fundamental que o contato pele a pele ocorra para fortalecer o vínculo afetivo. Por se tratar de um momento em que mãe e filho estão se conhecendo, faz-se necessário que a equipe estimule e permita que este vínculo aconteça, contribuindo para a transição da parentalidade<sup>(17)</sup>.

O aleitamento materno na primeira hora pós-parto aconteceu na maior parte dos casos. Ressalta-se que a maternidade está em processo para certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Tal iniciativa preconiza o aleitamento materno ainda na primeira hora de vida, tendo sido criada com objetivo de diminuir a morbimortalidade materna e neonatal e aumentar as taxas de aleitamento materno<sup>(18)</sup>.

Apesar da frequência de episiotomia encontrada estar de acordo com as diretrizes ao parto normal humanizado<sup>(4)</sup>, estando abaixo da média nacional<sup>(19)</sup>, os profissionais não solicitaram autorização para realizá-la. Além disso, não houve associação entre episiotomia e categoria profissional que assistiu o parto. Achado discordante do estudo realizado em Recife, o qual encontrou menor prevalência de episiotomia quando o parto era assistido por enfermeiros<sup>(20)</sup>. É preocupante o fato de os profissionais não solicitarem autorização da parturiente para realizá-la, o que fere a autonomia e desrespeita o protagonismo da mulher. Ressalta-se que se apresentar e pedir anuência para a realização de procedimentos fazem parte das boas práticas<sup>(15)</sup>.

Além disso, práticas não recomendadas e situações que aumentam o risco ainda estão presentes na assistência a essa clientela, tais como a peregrinação para acesso à maternidade apesar de terem realizado o pré-natal na rede básica de saúde, o que demonstra o descumprimento da recomendação vigente de vinculação da gestante à referência<sup>(3)</sup>. Alguns autores acreditam que a peregrinação pode estar relacionada ao déficit de leitos obstétricos nos estados brasileiros<sup>(21)</sup>. Em Sergipe, maternidades do interior do estado não atendem à demanda existente, sobrecarregando as maternidades da capital.

Outras práticas como amniotomia, o uso de ocitocina e a utilização de acesso venoso periférico devem ser eliminadas na assistência ao parto, entretanto foram ações frequentemente utilizadas, com taxas superiores às aceitas na literatura<sup>(22)</sup>. Estas práticas são resquícios da formação obstétrica dos anos 80, quando era recomendado amniotomia e ocitocina para todas as parturientes<sup>(23)</sup>. Salienta-se que o uso indiscriminado de ocitocina associado à realização de amniotomia são ações predisponentes para sofrimento fetal agudo e aumento das taxas de cirurgias cesarianas, apesar disso, ocorrem em 70% das maternidades brasileiras<sup>(24)</sup>.

Apesar de proscrita na obstetrícia e não poder ser estimulada na atenção ao parto humanizado, na amostra estudada foi realizada a manobra de Kristeller, caracterizando uma prática de violência contra a mulher<sup>(25)</sup>.

As participantes não tiveram assegurado o direito ao acompanhante de livre escolha. Este dado reflete uma violação aos direitos da mulher e caracteriza violência institucional, além de causar frustração, visto que muitas mulheres planejam a participação de uma pessoa para dar o apoio no trabalho de parto e parto<sup>(26)</sup>.

A não permissão da entrada do acompanhante de livre escolha justifica-se pela superlotação e constante falta de roupa privativa, além disso, o pré-parto coletivo, situado dentro do centro cirúrgico, impede o acompanhante do sexo masculino. Apesar da lei do acompanhante existir desde 2005, pesquisa realizada nas maternidades de Santa Catarina em 2011 mostrou que também não foi permitido a entrada de acompanhante por falta de ambiência adequada<sup>(27-28)</sup>.

Ainda que em ambiente desfavorável, como situações de superlotação, faz-se necessário que os profissionais sejam sensibilizados, adotem o modelo holístico, com uso apropriado das práticas obstétricas possibilitando à mulher atuar como protagonista e entendam o parto como uma experiência humana e não um evento meramente biológico<sup>(21,24)</sup>. A OMS<sup>(4)</sup> inclui o envolvimento das mulheres na tomada de decisão a fim de garantir uma assistência obstétrica humanizada.

Este estudo teve como principal limitação ser realizado ainda durante o internamento da puérpera, o que muitas vezes as levam a não fazerem as queixas por medo de sofrer interferências no tratamento. Mediante os resultados apresentados, espera-se contribuir para melhoria da qualidade obstétrica às usuárias do SUS.

## CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que, apesar da dedicação e compromisso dos profissionais, a maternidade em estudo realiza parcialmente as boas práticas obstétricas, sendo a assistência centrada em intervenções, especialmente, devido à deficiência de recursos físicos como ambiência adequada e equipamentos, assim como insuficiência de dimensionamento de pessoal, como as enfermeiras obstétricas.

Nossos achados corroboram aqueles encontrados em outras regiões do Brasil e reafirmam a necessidade de maior comprometimento dos gestores públicos com construção de CPNs a fim de garantir suficiência de leitos obstétricos e dimensionamento adequado de pessoal para promoção das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.

Este estudo revela a necessidade de adequação da ambiência e implementação irrestrita das boas práticas para garantir assistência segura ao parto e nascimento e contribuir para a formação adequada dos novos profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Alves AC, Matos JO, Silva SSF, Souza VC, Holanda GN. Parto humanizado e gestão pública: estudo de caso do isea – Campina Grande – PB. Pensamento e Realidade. [Internet]. 2015 [acesso em 10 nov 2016]; 30(2). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/view/22862>.
2. Gois ACF, Inagaki ADM, Ribeiro CJN. Implementação da prática humanizada no alívio da dor durante o trabalho de parto. Rev. Enf. Obstétrica [Internet]. 2016 [acesso em 10 jan 2017]; 3. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/52/35>.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, [Internet]. 24 jun 2011. [acesso em 17 mar 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html).
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. [Internet]. Genebra: OMS; 1996. [acesso em 17 mar 2016]. Disponível em: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>.
5. World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em 17 mar 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=50BEEAEAEA613C9B2819228F1BE93360?sequence=1>.
6. Sepúlveda MAC. A casa de parto de Sapopemba. [Internet]. 1998 [acesso em 12 abr 2016]. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sapopemba.html>.
7. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). [Internet]. 2013 [acesso em 22 mar 2016]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf>.
9. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 26 mar 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf).
10. Ozkan SA, Kadioglu M, Rathfisch G. Restricting Oral Fluid and Food Intake during Labour: a qualitative analysis of women's views. [Internet]. 2017 [acesso em 01 maio 2017]; 10(1). Disponível em:

[http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27\\_aydin\\_original\\_10\\_1.pdf](http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27_aydin_original_10_1.pdf).

11. Barros LA, Veríssimo RCSS. Uso de partograma em maternidades escola de Alagoas. Revista Rene. [Internet]. 2011 [acesso em 02 maio 2016]; 12(3). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4284/3301>.
12. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2011 [acesso em 02 maio 2016]; 33(10). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011001000005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032011001000005&script=sci_abstract&tlng=pt).
13. Vasconcelos KL, Martins CA, Mattos DV, Tyrell MAR, Bezerra ALQ, Porto J. Partograma: instrumento para segurança na assistência obstétrica. Rev enferm UFPE. [Internet]. 2013 [acesso em 05 maio 2016]; 7(2). Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3717>.
14. Guida NFB, Lima GPV, Pereira ALF. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. REME rev. min. enferm. [Internet]. 2013 [acesso em 01 maio 2016]; 17(3). Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130039>.
15. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. Femina. [Internet]. 2010 [acesso em 10 jun 2016]; 38(10). Disponível em: [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/artigo\\_femina\\_assistencia\\_ao\\_parto\\_parte\\_I.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf).
16. Menezes MGB, Dias DFS. A humanização do cuidado no pré-parto e parto. SynThesis Revista Digital Fapam. [Internet]. 2012 [acesso em 15 maio 2016]; 3(3). Disponível em: <http://fapam.web797.kinghost.net/revista/volume3/4%20Marisa%20Daniella%20-%2024%20A%2036.pdf>.
17. Fucks IS, Soares MC, Kerber NPC, Meincke SMK, Escobal APL, Bordignon SS. A sala de parto: o contato pele a pele e as ações para o estímulo ao vínculo entre mãe-bebê. Av. enferm. [Internet]. 2015 [acesso em 15 maio 2017]; 33(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.47371>.
18. Lopes SS, Laignier MR, Primo CC, Leite FMC. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: avaliação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Rev. paul. Pediatr. [Internet]. 2013 [acesso em 06 jun 2016]; 31(4). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n4/pt\\_0103-0582-rpp-31-04-00488.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n4/pt_0103-0582-rpp-31-04-00488.pdf).
19. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. de Saúde Pública. [Internet]. 2014 [acesso em 03 maio 2016]; 30(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
20. Braga GC, Clementino STP, dLuz PFN, Scovuzzi A, Noronha Neto C, Amorim MMR. Risk factors for episiotomy: a case-control study. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2014 [acesso em 01 maio 2016]; 60(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.05.015>.
21. Leal MC, Theme-Filha MM, Moura EC, Cecatti JG, Santos LMP. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil. Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant. [Internet]. 2015 [acesso em 29 abr 2016]; 15(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292015000100008>.
22. Cecatti JG. Crenças e credices sobre as atuais intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2014 [acesso em 03 maio 2016]; 30(Suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XCO01S114>.
23. Montenegro CAB, Rezende J. Obstetrícia Fundamental. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987.
24. Sodr e TM, Bonadil IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participa o no parto de gestantes residentes em londrina-paraná. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2010 [acesso em 26 abr 2016]; 19(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300006>.
25. Gomes PRF, Kunzler IM. Violência obstétrica e rela oes de poder no parto. Salão do Conhecimento:

UNIJUÍ. [Internet]. 2015 [acesso em 11 jun 2016]. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/viewFile/5086/4267>.

26. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JÁ, Dias MAB, Schneck CA, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2014 [acesso em 11 maio 2016]; 30(Suppl 1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00127013>.

27. Brasil. Lei n.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, [Internet]. 7 abr. 2005 [acesso em 13 maio 2017]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm).

28. Bruggmann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. Esc Anna Nery. [Internet]. 2013 [acesso em 13 maio 2017]; 17(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300005>.

Recebido: 31/10/2017

Finalizado: 11/02/2019

**Autor Correspondente:**

Ana Dorcas de Melo Inagaki

Universidade Federal de Sergipe

R. Duque de Caxias, 167 - 49015-320 – Aracaju, SE, Brasil

E-mail: ana-dorcas@hotmail.com

**Contribuição dos autores:**

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - ADMI, NPC, RJPLL, CJNR, LMF, SSO

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - ADMI, NPC, RJPLL, CJNR, LMF, SSO

---