



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CURSO DE MEDICINA

FERNANDO GOMES FONSECA

**BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO NORMAL E NASCIMENTO EM UMA  
MATERNIDADE DA REGIÃO TOCANTINA DO MARANHÃO**

IMPERATRIZ  
2019

FERNANDO GOMES FONSECA

**BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO NORMAL E NASCIMENTO EM UMA  
MATERNIDADE DA REGIÃO TOCANTINA DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado  
ao Curso de Medicina da Universidade  
Federal do Maranhão, Campus Imperatriz,  
como parte dos requisitos para a obtenção do  
título de Bacharel em Medicina

**Orientador:** Prof. Dra. Iolanda Graepp  
Fontoura

IMPERATRIZ  
2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a)  
autor(a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Gomes Fonseca, Fernando.

BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO NORMAL E  
NASCIMENTOEM UMA MATERNIDADE DA REGIÃO TOCANTINA DO  
MARANHÃO /

Fernando Gomes Fonseca. - 2019.

20 p.

Orientador(a): Iolanda Graepp Fontoura.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,  
Imperatriz, 2019.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Lusenni Gomes de Oliveira, que foi paciente comigo durante todo o processo de coleta de dados, consolando-me quando eu achava que não conseguiria.

À minha orientadora, Dra. Iolanda Graepp Fontoura, que aceitou meu pedido de orientação no período de férias, mesmo não me conhecendo. Foi de fundamental importância tanto na solicitação dos processos éticos e administrativos que permitiram-me realizar a pesquisa no Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) de Imperatriz-MA quanto na correção e ponderações relacionados ao presente artigo.

Ao Grupo 2 da Turma 4, que insistiram deliberadamente para que eu não desistisse no caminho, aconselhando-me nos momentos de pessimismo. Gostaria de agradecer, especialmente, a minha amiga Letícia Caetano, que foi muito querida e atenciosa.

À Ana Quezia Quintiliano da Silva, coordenadora do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do HRMI, que me orientou quanto aos documentos de legalidade da pesquisa e também norteou todo o meu processo de coleta de dados no HRMI.

À docente Antônia Iracilda e Silva Viana, que foi imprescindível nas autorizações éticas e administrativas, que limitavam meu acesso ao local de estudo.

Ao docente Aramys Silva dos Reis, que se mostrou solícito nas minhas reivindicações, tanto em relação à mudança de orientação quanto à aprovação do meu projeto no Colegiado do Curso de Medicina.

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS**

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

CPN – Centros de Parto Normal

MS – Ministério da Saúde

HRMII – Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

SPPS – Statistical Pacckage for the Social Sciences

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

PVAC – Parto Vaginal Após Cesariana

UBS – Unidade Básica de Saúde

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar as práticas na Atenção e Assistência ao Parto Normal realizadas na maternidade referência da Região Tocantina do Maranhão. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado com 196 mulheres entre 14 e 44 anos, em puerpério mediato, pós parto normal (espontâneo ou induzido) realizado entre 37 a 42 semanas de gestação, através de 40 perguntas em entrevista semiestruturada. Posteriormente, os dados foram analisados por estatística descritiva com auxílio do software IBM SPSS Statistics. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A pesquisa mostrou um alto índice de gravidez na adolescência (<19 anos). Mais da metade das mulheres foram submetidas à amniotomia precoce e a posição do parto foi determinada em mais de 50% dos casos pela equipe obstétrica, sendo a posição litotômica mais prevalente. A manobra de Kristeller, já proscrita, foi realizada em 18,9% dos partos. A taxa de episiotomia foi de 28% e 12,2% das mulheres não foram informadas sobre o procedimento. **Conclusão:** A pesquisa revelou baixa prevalência de posição verticalizada do parto, alto índice de práticas limitadas à situações específicas (amniotomia, episiotomia) e manutenção de práticas prejudiciais (manobra de Kristeller).

**Palavras-Chave:** Boas Práticas, Parto Normal, Assistência.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify as practices in Attention and Assistance to Normal Delivery in the reference mother of the Tocantina Region of Maranhão. **METHODS:** This was a descriptive cross-sectional study, carried out with women between 14 and 44 years of age, in a puerperium-mediated, normal postpartum period between 37 and 42 weeks of gestation, through 40 questions in a semi-structured interview. Later, the data were analyzed using the IBM SPSS Statistics software. The course was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The research showed a high rate of pregnancy in adolescence (<19 years). More than half of puerperal women was submitted to early aminotomy and had its position determined more than 50% of the cases by the obstetric team, being a predominant lithotomic position. Kristeller's maneuver, already outlawed, was performed in 18.9% of deliveries. The episiotomy rate was 28% and 12.2% of the women were not informed about or process. **Conclusion:** Research focused on the vertical position of labor, the high rate of practices limited to specific situations (amniotomy, episiotomy) and the maintenance of detrimental practices (Kristeller's maneuver).

**Key words:** Good practices, Normal birth, Care

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. MÉTODOS.....	9
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
5. REFERÊNCIAS.....	20

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm se observado uma estabilização das taxas de cesariana no país que deve-se, sobretudo, às políticas públicas desenvolvidas com o intuito de fomentar o parto normal, destacar a integralidade do cuidado, o resgate da fisiologia do parto e a atenção humanizada, com enfoque no protagonismo da mulher (APOLINÁRIO D, et al., 2016).

Essas políticas públicas remontam ao ano de 1996, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um guia prático para a atenção ao parto normal, que classificava as práticas obstétricas quanto à utilidade, eficácia e risco, buscando orientar a conduta do profissional. Além disso, advento da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 e a criação da Rede Cegonha em 2011, com a expansão dos Centros de Parto Normal (CPN) foram outras iniciativas (NASCIMENTO JN, 2018).

No âmbito de saúde suplementar, foi criado, em 2015, o programa Parto Adequado, destinado a reduzir o número de partos cirúrgicos. E mais recentemente, em 2017, o Ministério da Saúde (MS) lançou o projeto Apice-On, um projeto que visa melhorar a formação clínica e a gestão do cuidado, por meio de evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos (LEAL MC, 2018).

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal têm o objetivo de assistir as gestantes da melhor maneira possível antes, durante e após o parto, evitando intervenções desnecessárias e complicações advindas de uma má assistência. Existem as práticas que claramente úteis e devem ser estimuladas; as claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; as práticas sem evidências científicas suficientes e que devem ser utilizadas com cautela e aquelas rotineiramente usadas de modo inadequado (BRASIL, 2017).

Logo, é necessário identificar as práticas obstétricas das maternidades para investigar a qualidade da assistência. Caso não haja uma efetividade, é essencial que as equipes que as compõem recebam um aprimoramento e se baseiem unicamente em práticas com evidência científica, evitando o emprego rotineiro daquelas que são limitadas à situações específicas. O objetivo desse estudo, portanto, é identificar e caracterizar as práticas de atenção ao parto normal realizadas no Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz (HRMII), verificando se há a existência ou não de uma política de assistência ao parto normal do Hospital e se a mesma é baseada em evidência científica.

## MÉTODOS

Pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizada em uma maternidade pública de referência da Região Tocantina do Maranhão entre 15 de abril e 15 de maio de 2019. Baseando-se nas taxas mensais de parto vaginal (400/mês) informados pela Unidade Gestora do Hospital Regional Materno Infantil (HRMI) e considerando um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, o tamanho amostral considerado foi de 196 partos vaginais/mês.

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada, conduzido com mulheres entre 15 e 44 anos que tiveram filhos por parto normal (entre 37 e 42 semanas de gestação) no puerpério mediato, nas enfermarias e no alojamento conjunto. As maiores de idade que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as menores de idade participaram da entrevista mediante assinatura pelo responsável legal do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

A entrevista continha 40 perguntas divididas em dois blocos: um bloco com perguntas sobre variáveis maternas (idade, escolaridade, ocupação habitual, situação conjugal, cor/raça), histórico gestacional, gestação atual (número de consultas no pré-natal, profissionais que realizaram os atendimentos no pré-natal, preferência da via de parto no início da gravidez) e o outro com perguntas acerca das práticas obstétricas na Assistência ao Parto Normal: hidratação, protagonismo na posição e no movimento, métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença do acompanhante, progressão do trabalho de parto, contato pele-a-pele, manobras (Kristeller), amniotomia, uso de analgesia, uso de ocitocina e episiotomia.

A exposição e estudo das informações foi feito de forma sistematizada da seguinte forma: os dados foram tabulados com auxílio do software Microsoft Excel versão 2010 e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 por métodos de estatística descritiva (frequência relativa). A análise comparativa dos resultados foi realizada pelo teste do qui-quadrado. Adotou-se o nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade, ou seja  $p < 0,05$ .

A presente pesquisa obedeceu os princípios e recomendações éticas e faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Avaliação da assistência humanizada do parto e nascimento na sala de pré-parto e pós-parto imediato num hospital público de Imperatriz, Maranhão, Brasil”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), sob o Número do Parecer: 940.498 em 25/01/2015, CAAE: 30387214.7.0000.5087.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estado do Maranhão apresentou, em 2016, a maior taxa de fecundidade total (2,12) dentre os estados da Região Nordeste, valor superior à média brasileira, que é de 1,69 (IBGE, 2016). 31,09% dos partos vaginais no Estado foram de mães entre 20-24 anos e 26,96% entre 15-19 anos e as maiores taxas de parto vaginal foram observadas no grupo de mães com grau de instrução entre 8 e 11 anos (62,78%) e no grupo de mulheres autodeclaradas pardas, que foi de 84,91% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No que concerne aos dados socioeconômicos maternos, nossa pesquisa evidenciou que mais de 2/5 das puérperas entrevistadas na Maternidade tinham entre 15 e 19 anos, seguida pela faixa etária entre 20 e 24 anos (27,6%). A maioria da amostra era parda (68,9%), seguida pela autodeclaração étnica preta (14,3%). Mais de 3/4 tinham renda mensal bruta igual ou inferior a um salário mínimo e meio. Em relação ao histórico gestacional, mais de 3/5 das mulheres eram multigestas (61,7%), sendo a paridade de 2 a 3 gestações a mais prevalente (41,3%).

Nossa pesquisa, portanto, demonstrou conformidade entre paridade majoritária e a taxa de fecundidade maranhense. As faixas etárias mais prevalentes coincidiram com as observadas no Estado, mas o alto índice de gravidez na adolescência (<19a) é característico, sendo até mesmo superior à da faixa etária entre 20 e 24 anos, uma das ideais de parturição. As variáveis grau de instrução e etnia também foram correspondentes.

De modo geral, a paridade e a gravidez precoce estão relacionadas ao baixo poder aquisitivo (geralmente dependência financeira) e à baixa escolaridade. O início precoce da vida sexual, a falta de informação sobre os métodos anticoncepcionais somados à inadequação do pré-natal, aos maus hábitos de vida e aos processos comportamentais fazem com que a gestante e o bebê tenham mais riscos, do ponto de vista biomédico (SANTOS NLAC, et al., 2014).

A pesquisa demonstrou que 75,5% das puérperas entrevistadas possuíam renda mensal bruta igual ou inferior a um salário mínimo e meio. A maioria (70,9%) estudou entre 9 e 12 anos, demonstrando, seguida pela escolaridade inferior a 9 anos (23,5%). A minoria (13 anos ou mais) terminou o Ensino Médio e adentrou na Educação Superior. Logo, podemos inferir que baixo poder aquisitivo e baixas escolaridades estão mais relacionados com os altos índices de paridade ou gravidez precoce.

O Plano Nacional de Humanização e a criação da Rede Cegonha foram importantes para o fomento do parto normal, com enfoque na integralidade do cuidado, no resgate da fisiologia e no protagonismo da mulher (APOLINÁRIO D, et al., 2016). Na assistência à mulher gestante é imprescindível informá-la sobre as complicações materno-neonatais do via de parto cesáreo e os benefícios em reservá-la para gestações de alta complexidade (POMPEU KC, et al., 2017). As vantagens em preferir o parto normal ao cesáreo devem ser sempre frisadas, sem superestimar riscos dessa via ou impor medo e insegurança. Assim, a gestante terá autonomia nas suas decisões e não será influenciada ou desestimulada por desinformação. (WEIDLE WG, et al., 2014).

Em relação à via preferida no início da gravidez, a pesquisa demonstrou que a maioria queria parto vaginal principalmente pela recuperação pós-parto e pela experiência de partos positivos anteriores (82,1%). As que preferiam cesariana foram divididas em dois grupos: as que desejavam pois queriam ser submetidas à laqueadura intraparto (10,2%) e as que tinham medo ou não queriam sentir dor (7,7%). Quando perguntadas se alguém tentou convencê-las a fazer cesariana, a maioria disse que não (88,3%). O restante relatou que amigos e família (8,2%) ou profissionais de saúde (3,6%) tentaram convencê-las.

Os dados mostram, portanto, que as vantagens do parto normal são conhecidas pelas puérperas entrevistadas e que ele é preferido ao parto cesáreo. Isso pode ser atribuído à um pré-natal de qualidade, onde há informação e não há superestimação dos riscos da via vaginal, mas também pode ser atribuído à busca ativa do conhecimento. A minoria (47,8%) das puérperas relataram receber informações sobre boas práticas na assistência ao parto normal, 27,6% não foi informada e não leu nada sobre (por exemplo, na Caderneta da Gestante) e um quarto não recebeu essas informações mas leu ou sabia devido a gravidez anterior, o que nos permite comungar com a hipótese de busca ativa do conhecimento, ainda que incipiente.

Segundo a pesquisa, 14,3% das puérperas tiveram parto cesariana anterior. Vale ressaltar que histórico de cesariana não contraindica parto normal e as mulheres devem ser orientadas a ter um Parto Vaginal Após Cesariana (PVAC), independente do intervalo interpartal. A literatura mostra que o risco de rotura uterina (complicação mais temida nesses casos) é inferior a 1% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

**Tabela 1 - Características obstétricas**

	N	%
<b>Paridade</b>		
Acima de 3 gestações	40	20,4
De 2 a 3 gestações	81	41,3
Meu primeiro parto	75	38,3
<b>Já fez cesariana?</b>		
Não	168	85,7
Sim, pois não dilate	21	10,7
Sim, por outro motivo	7	3,6
<b>Teve algum aborto?</b>		
Não	158	80,6
Sim	38	19,4
<b>Teve emergência na gravidez?</b>		
Infecção urinária	13	6,6
Não teve	145	74,0
Outro	1	,5
Perda de líquido, sangramento	27	13,8
Pressão alta	10	5,1
<b>Já teve doença diagnosticada?</b>		
Anemia anterior a gravidez	24	12,2
Doença crônica (pressão alta ou diabetes)	5	2,6

Não tive	156	79,6
Outro	11	5,6
<b>Frequência do pré-natal</b>		
Algumas (3-5 consultas)	8	4,1
Todas (6 ou + consultas)	188	95,9
<b>Local do pré-natal</b>		
Hospital Público especializado	20	10,2
Particular	1	,5
Unidade Básica	175	89,3
<b>Profissionais que acompanharam o pré-natal</b>		
Enfermeiro	89	49,4
Médico	20	11,1
Ambos	71	39,4
<b>Recebeu informações sobre boas práticas?</b>		
Não, mas já sabia ou leu sobre	49	25,0
Não, nem leu sobre	54	27,6
Sim, todas as informações	82	41,8
Uma ou mais informações	11	5,6
<b>No começo da gravidez queria ter parto normal?</b>		
Não, pois queria ligar as trompas	20	10,2
Não, por medo ou não querer sentir dor	15	7,7
Sim, pela recuperação ou medo cesariana ou partos anteriores	161	82,1
<b>Alguém tentou te convencer a fazer cesariana?</b>		
Ninguém	173	88,3
Sim, alguém da minha família ou amigos	16	8,2
Sim, algum profissional da saúde	7	3,6

**Fonte: Dados da Pesquisa, 2019**

As consultas de pré-natal devem ser intercaladas entre médicos e enfermeiros e recomenda-se a realização de, no mínimo, seis consultas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2017). A maioria das puérperas realizaram seus pré-natais na rede pública, especialmente na Unidade Básica de Saúde (UBS) (89,3%) e realizou, no mínimo, 6 consultas (95,9%), assim como as recomendações. A maioria foi acompanhada exclusivamente pelo profissional enfermeiro (49,4%), seguida pela assistência compartilhada (médico e enfermeiro), que foi de 39,4%.

Buscou-se estabelecer uma relação de poder aquisitivo e escolaridade com profissionais que atenderam durante o pré-natal e constatou-se que no grupo com renda mensal inferior ou igual 1,5 salário e no grupo com escolaridade entre 9 e 12 anos, a assistência compartilhada foi mais prevalente e nas classes com maior poder aquisitivo e maior escolaridade a assistência exclusiva do médico (provavelmente mulheres que recorreram ao privado ou ao serviço especializado devido à gestação de risco).

**Tabela 2 - Distribuição da assistência ao parto normal segundo as características sociodemográficas e o profissional que atende durante o pré-natal.**

	Enfermeiro		Médico		Ambos		Total n (%)	p-valor*
	N	%	N	%	N	%		
<b>Renda mensal</b>								0,005
Entre 1,5 - 3 salários	13	14,6%	9	45,0%	23	32,4%	45 (25)	
≤1,5 salário	76	85,4%	11	55,0%	46	64,8%	133 (73,9)	
Não possuo renda	0	0,0%	0	0,0%	2	2,8%	2 (1,1)	
<b>Escolaridade</b>								0,035
< 9 anos	28	31,5%	4	20,0%	14	19,7%	46 (25,6)	
13 anos ou mais	1	1,1%	3	15,0%	7	9,9%	11 (6,1)	
Entre 9 e 12 anos	60	67,4%	13	65,0%	50	70,4%	123 (68,3)	

**Fonte: Dados da Pesquisa, 2019**

Em relação às boas práticas, a ausculta intermitente com estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler é recomendada em todos os locais de parto antes, durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos um minuto a cada meia hora no intuito de avaliar o bem-estar fetal (BRASIL, 2017). De fato, na pesquisa o sonar Doppler foi realizado em todas as mulheres. Mulheres que tem uma velocidade de dilatação do colo menor que 1cm por hora durante a fase ativa e mulheres cujo colo não dilatou cinco centímetros, não devem ser submetidas a intervenções médicas precoces (WHO, 2018).

O uso de cardiocografia na progressão do trabalho de parto é uma conduta individual de cada profissional. Recomenda-se seu uso em todas as gestações de mulheres saudáveis com parto induzido, não-complicadas (pelo menos uma vez). (SANTO S, 2016). Já o exame de toque vaginal, embora não tenha intervalo determinado na literatura, recomenda-se que seja feito em intervalos de quatro horas na primeira fase ativa do trabalho de parto para prevenir infecções maternas no período periparto (WHO, 2016).

Quanto à cardiocografia, a maioria referiu não ter sido feita (42,3%), seguido de 27,6% que relatou o uso em alguns momentos durante o trabalho de parto. Isso pode ser explicado pela maior prevalência de mulheres já em trabalho de parto no momento da internação (53,1%) do que de mulheres que tiveram parto induzido (32,1%). O intervalo entre os toques posteriores ao da admissão foi em sua maioria superior à 3 horas (37,2%), mas toques de hora em hora também tiveram porcentagem significativa (31,6%).

**Tabela 3 – Boas práticas na assistência ao parto normal**

	N	%
<b>O que te fez ir ao hospital?</b>		
Bolsa estourou/Contrações/Perda de líquido	167	85,2
Não sentia nada	22	11,2
Passando mal ou sangrando	7	3,6
<b>Atendimento foi rápido?</b>		
Não	1	0,5

Sim	195	99,5
<b>Fizeram o exame do toque quando você chegou?</b>		
Não foi realizado	2	1,0
Realizado, mas sem dilatação	26	13,3
Sim, 5cm ou mais	64	32,6
Sim, inferior a 5cm	104	53,1
<b>Ouviram o coração do bebê?</b>		
Sim	196	100,0
<b>Momento da internação</b>		
Indução	63	32,1
Já em trabalho de parto	104	53,1
Não estava em trabalho de parto	28	14,3
Outro	1	0,5
<b>Durante o trabalho de parto ofereceram líquidos?</b>		
Não	29	14,8
Sim	167	85,2
<b>A sua bolsa:</b>		
Já chegou rompida ou rompeu-se sozinha	95	48,5
Teve que ser rompida	101	51,5
<b>Você ficou fora da cama e andou durante o trabalho de parto?</b>		
Não, não conseguia ou não queria	20	10,2
Não, pois não foi orientada	4	2,0
Sim	172	87,8
<b>Usou alguma medida pra aliviar um pouco a dor?</b>		
Não, pois não foi orientada	4	2,0
Não, pois não quis	74	37,8
Sim	118	60,2
<b>Foi feito cardiotocografia?</b>		
Não	83	42,3
Sim, algumas vezes	54	27,6
Sim, ao internar	35	17,9
Sim, várias vezes	24	12,2
<b>Em relação aos toques durante o trabalho de parto:</b>		
Entre 1 hora e 3 horas	27	13,8
Hora em hora	62	31,6
Mais que 3 horas	73	37,2
Outro	34	17,4
<b>Alguém te acompanhou na sala de pré-parto?</b>		

Não era permitido por algum motivo	5	2,5
Não quis	6	3,1
Sim	185	94,4
<b>Presença do acompanhante:</b>		
Apenas no pós-parto, na enfermaria	12	6,1
Apenas no pré-parto e pós-parto	99	50,5
Todo o trabalho de parto, parto e pós-parto	85	43,4
<b>O que você achou do seu acompanhante?</b>		
Ajudou muito	176	89,8
Não ajudou nem atrapalhou	9	4,6
Não teve	11	5,6

**Fonte: Dados da pesquisa, 2019**

Durante a evolução do parto, as mulheres devem ser encorajadas quanto à movimentação e a adoção de posições confortáveis. Ou seja, restrição de posição não é benéfica. A litotomia prejudica a dinâmica do parto pois não facilita o relaxamento do músculo perineal e restringe a oxigenação fetal. Além disso, é desconfortável e limita o protagonismo da mulher (SAUAIA A e SERRA M, 2016). A oferta hídrica e alimentar deve ser individualizada pois depende das condições maternas. No geral, em gestantes de baixo risco, a dieta leve é recomendada e é recomendado ingesta de líquidos isotônicos ao invés de somente água (MELO LPT, et al., 2017). A instituição de métodos não farmacológicos deve ser preferida à medicalização pois são mais satisfatórios diminuindo a sensação dolorosa com menos intervenções (DIAS EG, et al., 2018).

A deambulação (sob orientação) foi realizada por 87,8% das puérperas. A pesquisa não envolveu perguntas sobre dieta, mas foram oferecidos líquidos (principalmente água) para 85,2% delas, que garante o estabelecimento de uma boa prática. Os métodos não farmacológicos foram utilizados por 60,2% das mulheres e eles não foram discriminados na pesquisa pois a Maternidade não dispunha de outros métodos além do chuveiro.

A administração de ocitocina é uma intervenção muito utilizada na estimulação de distocias. Contudo, essa medicação, particularmente em superdoses, causa efeitos negativos para a mãe e para o bebê, como taquissístolia uterina e comprometimento da frequência cardíaca fetal. Por isso, não se recomenda seu uso precocemente (HIDALGO-LOPEZOSA P, et al., 2016). Outra intervenção, reservada para atraso do progresso de trabalho de parto é a amniotomia, em caso de membranas íntegras, e também não deve ser indicada prontamente (BRASIL, 2017). A analgesia por opioides cruza a placenta e pode causar depressão respiratória fetal e sintomas eméticos na mulher; por isso deve ser feita com cautela (AMARAL HR, et al., 2015).

Em relação à indução, o uso de ocitocina foi constatado em 29,1% dos partos e o de misoprostol vaginal em 23%. Desse modo, algumas receberam somente um tipo de indução, enquanto outras receberam os dois, pois essas taxas são inferiores à taxa de indução geral (32,1%). A amniotomia foi realizada em mais da metade (51,5%) das puérperas, que receberam ou não indução. Não podemos afirmar estatisticamente que a indução foi utilizada

precocemente ou que não era necessária, visto que não temos informações sobre o tempo decorrido para o início da indução e os motivos para indução.

Contudo, os valores de amniotomia foram significativos pois representaram mais da metade da amostra. Ou seja, essa prática foi realizada tanto e/m mulheres que induziram quanto em mulheres que não induziram. Apenas 8,7% das mulheres receberam algum método farmacológico para aliviar a dor, mas a pesquisa não contemplou a classe, posologia ou apresentação desse. Cabe ressaltar que a não instituição farmacológica para alívio da dor não é sinal de má assistência, pois essa variável depende da preferência da mulher e a pesquisa não focou no nível de conhecimento das mulheres sobre analgesia.

**Tabela 4 – Métodos farmacológicos de indução e alívio da dor**

	N	%
<b>Fez uso de algum medicamento junto com o soro para aumentar as contrações (ocitocina)?</b>		
Não	139	70,9
Sim	57	29,1
<b>Foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto (misoprostol)?</b>		
Não	151	77,0
Sim, apenas um	11	5,6
Sim, mais de um	34	17,4
<b>Deram algum remédio pra aliviar um pouco a dor?</b>		
Não	179	91,3
Sim	17	8,7

**Fonte: Dados da pesquisa, 2019**

Várias maternidades brasileiras não aceitam ou aceitam parcialmente a presença do acompanhante. Entre os fatores que contribuem para essa resistência estão a não aceitação por parte dos profissionais e a inadequação da estrutura dos serviços frente à essa realidade. A Lei 11.108/2005, porém, garante às parturientes o direito de tê-lo durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (TELES LMR, et al., 2017). Alguns estudos constataram que há uma maior satisfação global com o evento por parte das que têm a presença do acompanhante, que relatam reafirmação das suas necessidades e uma influência positiva sobre o comportamento dos profissionais de saúde durante o atendimento (BOHREN MA, et al., 2019; KABAKIAN-KHASHOLIAN T e PORTELA A, 2017).

A maioria (94,4%) das mulheres entrevistadas tiveram acompanhantes e 89,6% disseram que a presença do acompanhante ajudou muito, deixando-as menos nervosas e mais confiantes. Contudo, 43,4% dos acompanhantes se fizeram presentes em todas as etapas. A maior limitação foi a presença do acompanhante no centro obstétrico, em 50,5% dos partos.

O parto vaginal na posição vertical está associado com trabalhos de parto mais curtos, maior capacidade de lidar com a dor e uma frequência menor de complicações decorrentes de parto obstruído, como lesões perineais, hemorragia pós-parto e anomalias da frequência cardíaca fetal, quando comparada com a posição de decúbito litotômica (DESSAUVE D, et al, 2016; LOUWEN F, et al., 2017; TILDEN EL, et al., 2016). As posições verticalizadas (agachada, sentada, suspensa ou em pé) podem aliviar a dor e ajudar no mecanismo do parto (DESSAUVE *et al.*, 2016; FERREIRA-COUTO CM e FERNANDES-CARNEIRO MN, 2017).

A manobra de Kristeller é um exemplo de prática prejudicial que consiste em uma pressão com as mãos, braços, cotovelos, na parte superior do útero, ao longo das contrações, visando a expulsão do nascituro em direção a pelve. É um ato cheio de violência e não respeita a dinâmica do parto. Portanto, não deve ser empregada pela equipe obstétrica (SAUAIA e SERRA, 2016)

Contudo, na pesquisa observou-se que somente 4,6% das entrevistadas tiveram o bebê em posições verticalizadas, sendo a posição litotômica a mais prevalente. Além disso, a posição foi determinada pela equipe em 53,6% dos partos. Pode-se inferir, então, que a posição verticalizada não vem sendo difundida pelas equipes obstétricas. A manobra de Kristeller foi identificada em 18,9% dos partos. Nesse sentido, cabe uma atualização da equipe obstétrica quanto à proscrição dessa manobra.

Em se tratando de lacerações, existe uma ampliação cirúrgica do períneo com a finalidade de diminuir o trauma tecidual do canal vaginal e evitar lesões cefálicas devido à pressão exercida na região, chamada episiotomia (DESSAUVE D, et al., 2016; JUNIOR MDC e JÚNIOR RP, 2016; SAGI DAIN L e SAGI S, 2015). Porém, nos últimos anos, ela vem sendo empregada rotineiramente, favorecendo inúmeras complicações como extensão da lesão perineal, infecções, alterações na sensibilidade e disfunções sexuais (MUHLEMAN MA, et al., 2017; SANTOS e SANTOS, 2016).

Um relatório britânico, através de uma análise de partos vaginais ocorridos entre 2000-2012 constatou que o uso de episiotomia (sem uso de instrumentais) diminuiu durante o período do estudo de 19% para 15%. Além disso, atualmente, não há evidência científica suficiente que defina em que situações o médico deve recorrer à episiotomia, mas existem recomendações para que seu uso seja seletivo, ou seja, não realizar o procedimento deve ser encarado como primeira opção (GUROL-URGANCI I, et al., 2013).

Nos partos analisados, 15,8% das mulheres referiram ter passado por episiotomia, que consentiram após terem sido informadas sobre o procedimento. Porém 12,2% passaram pelo procedimento e não foram sequer informadas. 18,4% tiveram laceração mínima com sutura, sem uso de episiotomia, pois nesses casos considerou-se não realizar o procedimento precocemente. Porém os níveis de episiotomia relatados são superiores à taxa de episiotomia do relatório britânico, evidenciando que mais procedimentos poderiam ser evitados, embora não saibamos os motivos que levaram o médico a isso.

**Tabela 5. Características do parto**

	N	%
--	---	---

<b>Qual posição você teve o bebê?</b>		
De lado	1	0,5
Deitada de barriga pra cima e pernas levantadas	186	94,9
Quatro apoios/Cócoras	6	3,1
Sentada/Reclinada	3	1,5
<b>Sobre a posição do parto:</b>		
Determinada pela equipe	105	53,6
Escolha	91	46,4
<b>Durante o parto, alguém fez força na sua barriga para ajudar o bebê a sair?</b>		
Não	159	81,1
Sim	37	18,9
<b>Em relação ao períneo/vulva/vagina?</b>		
Não rompeu nem levou pontos	103	52,6
Não sei se contaram, mas levei pontos	2	1,0
Passou pelo corte e não foi informada	24	12,2
Passou pelo corte mas foi informada e consentido	31	15,8
Rompeu sozinho e levou pontos	36	18,4
<b>Foi feita anestesia no local?</b>		
Não	118	60,2
Sim, antes do corte	47	24,0
Sim, antes dos pontos	31	15,8
<b>Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê, você:</b>		
Apenas vi o bebê	12	6,1
Fiquei com o bebê no colo	183	93,4
Não tive contato com o bebê e nem vi	1	0,5
<b>Você amamentou na primeira hora de vida?</b>		
Não	11	5,6
Sim	185	94,4

**Fonte: Dados da Pesquisa, 2019**

O contato pele a pele com a mãe para prevenir hipotermia e o incentivo à amamentação nos primeiros minutos de vida devem ser encorajados (BRASIL, 2017; NIERMEYER S, 2015). Na pesquisa, 93,4% das mulheres ficaram com o bebê no colo antes dos primeiros cuidados. Posteriormente, os bebês foram levados para os primeiros cuidados e 94,4% das puérperas entrevistadas amamentaram logo na primeira hora de vida. Portanto, a instituição de boas práticas após o parto foram consoantes com a literatura, o que demonstrou preocupação dos profissionais com o vínculo mãe-bebê.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através dessa pesquisa pode-se concluir que os partos vaginais do Hospital Regional Materno Infantil de Imperatriz-MA apresentaram resultados pouco significativos quanto à adoção de boas práticas na Assistência. A pesquisa revelou baixa prevalência de posição verticalizada do parto, alto índice de práticas limitadas à situações específicas (amniotomia, episiotomia) e manutenção de práticas prejudiciais (manobra de Kristeller). Nesse intuito, é de suma importância que a Maternidade desenvolva cursos e capacitações com as equipes para o cumprimento de práticas baseadas em evidência ou através da efetivação de uma Política de Assistência ao Parto Normal e Nascimento, que respeite, zele e informe a gestante.

## REFERÊNCIAS

1. AMARAL HR et al. Repercussões maternas e fetais da analgesia obstétrica: uma revisão integrativa. *Avances en Enfermería*, 33(2), 282-294, Mar. 2015.
2. APOLINÁRIO D, et al. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene*. 2016 jan-fev; 17(1):20-8.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. 1º ed. Brasília/DF, 2017.
4. BOHREN MA, et al. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019.
5. DESSAUVE D, et al. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, v. 208, p. 46–54, 2016.
6. DIAS EG, et al. Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Enferm. Foco* 2018; 9 (2): 35-39.
7. FERREIRA-COUTO CM, FERNANDES-CARNEIRO MN. Prevención del trauma perineal: una revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*, v. 16, n. 3, p. 552–563, 2017.
8. GUROL-URGANCI I, et al. Third- and fourth-degree perineal tears among primiparous women in England between 2000 and 2012: time trends and risk factors. 2013 Nov;120(12):1516-25.
9. HIDALGO-LOPEZOSA P et al. Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016; 24:e2744.
10. IBGE. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. Tabela 3727. Taxa de fecundidade total. SIDRA, 2016.
11. JUNIOR MDC, JÚNIOR RP. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v.38, n.6, p.301–307, 2016.
12. KABAKIAN-KHASHOLIAN T, PORTELA A. Companion of choice at birth: factors affecting implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:265.
13. LEAL MC. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(5):e00063818.
14. LOUWEN F, et al. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 136, n. 2, p. 151–161, 2017.
15. MELO LPT, et al. Práticas de profissionais de saúde na assistência ao parto e nascimento. *Rev Rene*. 2017 jan-fev; 18(1):59-67.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias, março de 2016.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC, 2017.
18. MUHLEMAN MA, et al. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks and benefits of an episiotomy. *Clinical Anatomy*, v.30, n.3, p.362–372, 2017.

19. NASCIMENTO JN, et al. Assistência à Mulher no Pré-natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. *Revist. Port.: Saúde e Sociedade*. 2018;3(1):694-709.
20. NIERMEYER S. A physiologic approach to cord clamping : Clinical issues. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, v.1, n.1, p.1–13, 2015.
21. POMPEU KC, et al. Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2017;7e:1142.
22. SAGI DAIN L, SAGI S. The Role of Episiotomy in Prevention and Management of Shoulder Dystocia: A Systematic Review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, v. 70, n. 5, p. 354–362, 2015.
23. SANTO S. Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Acta Obstet Ginecol Port, Coimbra*, v.10, n.1, p. 8-11, mar. 2016.
24. SANTOS NLAC et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. 2014, v. 19, n. 03.
25. SANTOS R, SANTOS R. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. *Estação Científica (UNIFAP)*, v.6, n.2, p.43–52, 2016.
26. SAUAIA A, SERRA M. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco a pain beyond childbirth: obstetrical violence in focus. *Revista de Direitos Humanos e Efetividade, Brasília*, v. 2, n. 1, p. 128 – 147, Jan/Jun. 2016.
27. TELES LMR, et al. Efficacy of an educational manual for childbirth companions: pilot study of a randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 26, e2996, 2017.
28. TILDEN EL, et al. The Effect of Childbirth Self- Efficacy on Perinatal Outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, v. 45, n. 4, p. 465–480, 2016.
29. WEIDLE WG, et al. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução? *Cad. Saúde Colet.*, 2014, Rio de Janeiro, 22 (1): 46-53.
30. WHO. As recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento de infecções maternas no período periparto, 2016.
31. WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018.