



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	%
Paridade		
Acima de 3 gestações	40	20,4
De 2 a 3 gestações	81	41,3
Meu primeiro parto	75	38,3
Já fez cesariana?		
Não	168	85,7
Sim, pois não dilate	21	10,7
Sim, por outro motivo	7	3,6
Teve algum aborto?		
Não	158	80,6
Sim	38	19,4
Teve emergência na gravidez?		
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
Já teve doença diagnosticada?		
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
Frequência do pré-natal		
Algumas (3-5 consultas)	8	4,1
Todas (6 ou + consultas)	188	95,9
Local do pré-natal		
Hospital Público especializado	20	10,2
Particular	1	,5
Unidade Básica	175	89,3
Profissionais que acompanharam o pré-natal		
Enfermeiro	89	49,4
Médico	20	11,1
Ambos	71	39,4
Recebeu informações sobre boas práticas?		
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
No começo da gravidez queria ter parto normal?		
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
Alguém tentou te convencer a fazer cesariana?		
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	%		
Renda mensal								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)	
Escolaridade								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	%
O que te fez ir ao hospital?		
Bolsa estourou/Contrações/Perda de líquido	167	85,2
Não sentia nada	22	11,2
Passando mal ou sangrando	7	3,6
Atendimento foi rápido?		
Não	1	0,5

Sim	195	99,5
Fizeram o exame do toque quando você chegou?		
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
Ouviram o coração do bebê?		
Sim	196	100,0
Momento da internação		
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
Durante o trabalho de parto ofereceram líquidos?		
Não	29	14,8
Sim	167	85,2
A sua bolsa:		
Já chegou rompida ou rompeu-se sozinha	95	48,5
Teve que ser rompida	101	51,5
Você ficou fora da cama e andou durante o trabalho de parto?		
Não, não conseguia ou não queria	20	10,2
Não, pois não foi orientada	4	2,0
Sim	172	87,8
Usou alguma medida pra aliviar um pouco a dor?		
Não, pois não foi orientada	4	2,0
Não, pois não quis	74	37,8
Sim	118	60,2
Foi feito cardiotocografia?		
Não	83	42,3
Sim, algumas vezes	54	27,6
Sim, ao internar	35	17,9
Sim, várias vezes	24	12,2
Em relação aos toques durante o trabalho de parto:		
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
Alguém te acompanhou na sala de pré-parto?		

Não era permitido por algum motivo	5	2,5
Não quis	6	3,1
Sim	185	94,4
Presença do acompanhante:		
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
O que você achou do seu acompanhante?		
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	%
Fez uso de algum medicamento junto com o soro para aumentar as contrações (ocitocina)?		
Não	139	70,9
Sim	57	29,1
Foi colocado algum remédio em sua vagina para induzir/acelerar o parto (misoprostol)?		
Não	151	77,0
Sim, apenas um	11	5,6
Sim, mais de um	34	17,4
Deram algum remédio pra aliviar um pouco a dor?		
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	%
--	---	---

Qual posição você teve o bebê?		
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
Sobre a posição do parto:		
Determinada pela equipe	105	53,6
Escolha	91	46,4
Durante o parto, alguém fez força na sua barriga para ajudar o bebê a sair?		
Não	159	81,1
Sim	37	18,9
Em relação ao períneo/vulva/vagina?		
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
Foi feita anestesia no local?		
Não	118	60,2
Sim, antes do corte	47	24,0
Sim, antes dos pontos	31	15,8
Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê, você:		
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
Você amamentou na primeira hora de vida?		
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.