



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



KARLA KELMA ALMEIDA ROCHA

**PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ATENÇÃO ÀS
MULHERES ASSISTIDAS NO CENÁRIO DE PARTO E NASCIMENTO**

SÃO LUÍS/MA

2021

KARLA KELMA ALMEIDA ROCHA

**PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ATENÇÃO ÀS
MULHERES ASSISTIDAS NO CENÁRIO DE PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Dra. Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa

SÃO LUÍS/ MA

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Rocha, Karla Kelma Almeida.

Práticas Baseadas em Evidências Científicas na Atenção às Mulheres Assistidas no Cenário de Parto e Nascimento / Karla Kelma Almeida Rocha. - 2021.

103 p.

Orientador(a): Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal Maranhão, 2021.

1. Enfermagem. 2. Evidência. 3. Humanização da Assistência. 4. Parto Humanizado. 5. Prática Clínica Baseada em Evidências. I. Corrêa, Rita da Graça Carvalhal Frazão. II. Título.

KARLA KELMA ALMEIDA ROCHA

**PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ATENÇÃO ÀS
MULHERES ASSISTIDAS NO CENÁRIO DE PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde, Enfermagem e Cuidado

Linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Coletiva

Aprovada em: ____/____/____

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro – 1º. Membro
Examinadora Externa
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha – 2º. Membro
Examinadora Interna
Universidade Federal do Maranhão

Dedico a Deus, a minha família e aos meus amigos. "E é tão bonito quando a gente sente Que nunca está sozinho por mais que pense estar". (Gonzaguinha)

AGRADECIMENTOS

Eis que a gestação chega ao fim e é hora de nascer e agradecer, gratidão eterna àqueles que me apoiaram, seja na concepção, na gestação ou no parto deste trabalho.

À Deus, pelo conforto sempre me fazendo resiliente frente as dificuldades e necessidades, me guiando e me protegendo no caminho da fé e do bem.

À Universidade Federal do Maranhão, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade de me fazer mestranda e agora mestre, sempre incentivando e apoiando o conhecimento em Enfermagem como ciência.

Ao **Hospital Universitário Materno Infantil-HUUFMA** pela disponibilização do campo para a coleta de dados.

À profa. Dra. **Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa**, minha orientadora, pela orientação prestada, pelo apoio e disponibilidade contribuindo imensamente com seus conhecimentos e experiências.

Às minhas queridas **colegas da Turma 9 do PPGENF**, pela convivência diária e apoio mútuo.

À **Camiliane Ferreira**, estatística, que tanto contribuiu, pela paciência com as minhas eternas dúvidas sobre amostra e estatísticas.

Aos **meus colegas de profissão do HUUFMA**, em especial a Priscilla Dominici pelo apoio nas escalas de trabalho, me permitindo conciliar as atividades do mestrado com as atividades profissionais, minha eterna gratidão.

Aos **meus amados pais**, Enoque de Almeida Rocha e Josabeth Batista Almeida Rocha, e **meus irmãos** Karoline, Kátia, Karen e Jeffersson, por viverem esse sonho junto comigo, minha fortaleza são vocês.

Ao **meu querido esposo**, Allysson Daniel Coelho Nascimento meu porto seguro nos momentos que quis fraquejar, agradeço por entender minhas ausências e pelas palavras de otimismo que fazem eu acreditar que sou capaz sempre.

A **minha família e amigos** minha gratidão pelo apoio e torcida prestados nessa jornada.

Ao **meu amor de quatro patas** Mel, pela parceria e companheirismo, sempre com olhar atento as minhas longas jornadas sentada na frente do computador.

Às **mulheres e seus bebês**, a quem dedico o meu trabalho, pela confiança que nos permitiram conhecer e explorar uma experiência tão particular, como são os seus partos.

“A possibilidade de realizarmos um sonho
é o que torna a vida interessante.”

(Paulo Coelho)

ROCHA, K. K. A. **Práticas baseadas em evidências científicas na atenção às mulheres assistidas no cenário de parto e nascimento**. 2021. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

RESUMO

O momento do parto é muito significativo na vida da mulher e de seu bebê, sendo permeado de sentidos biológicos e psicológicos. Em prol disso, tem-se a proposta de humanização do parto e nascimento que vem reconhecer a óbvia necessidade de tratar esse momento com práticas baseadas em evidências científicas. O objetivo do estudo foi analisar práticas obstétricas que são desenvolvidas em um centro obstétrico de referência do estado do Maranhão. Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa. Realizado através de questionário e de *checklist* para avaliação das boas práticas no parto e nascimento, envolvendo 150 parturientes de um hospital universitário do município de São Luís – Maranhão/Brasil. A coleta de dados foi realizada de janeiro de 2020 a setembro de 2020. Para a apresentação dos resultados, utilizou-se análise descritiva para a caracterização da amostra e o teste Exato de Fisher para analisar a associação entre as variáveis independentes com a dependente, adotando nível de significância de 5%. A maioria das mulheres tinham entre 20 a 29 anos, de cor parda, com ensino fundamental, com até cinco consultas de pré-natal, primípara, com ao menos um parto normal, com nenhum parto cesáreo e nenhum aborto. As boas práticas do parto e nascimento ofertadas para a maioria das parturientes foram: presença de acompanhante (96,0%), administração de 10UI de ocitocina após o parto (98,7%), verificação dos lóquios materno (96,7%), amamentação na 1ª hora de vida (94,7%), contato pele a pele imediato (90,7%), clampeamento tardio do cordão (81,3%), mensuração do Apgar (100,0%) e administração de vitamina K no RN (100,0%). Houve baixa adesão do uso do partograma (34,0%), a boa prática profilaxia da oftalmia neonatal não foi identificada, a manobra de kristeller prática sem evidências científicas continua ocorrendo, práticas como a episiotomia, a amniotomia e administração de ocitocina no trabalho de parto foram identificadas e não foram justificadas, a maioria dos partos foram assistidos por profissionais médicos. Uma minoria das parturientes se beneficiaram de uma assistência baseada em evidências científicas com uso das boas práticas pesquisadas. As variáveis raça/cor, presença do partograma, ausência de estimulação do trabalho de parto e parto e parto em posição não supina tiveram significância estatística com a assistência baseada em evidências. Conclui-se que foram encontradas práticas baseadas em evidências científicas, mas também foram registradas práticas apoiadas no modelo tecnocrático, sendo requeridas estratégias para promoção de mudanças necessárias no modelo obstétrico, de forma que haja maior adesão do uso das boas práticas como proposta inovadora na assistência obstétrica no contexto do hospital de ensino, que venham superar as práticas conservadoras.

Descritores: Enfermagem. Evidência. Humanização da Assistência. Parto Humanizado. Prática Clínica Baseada em Evidências.

ROCHA, K. K. A. **Scientific evidence-based practices in the care of women assisted in the childbirth and birth scenario.** 2021. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

ABSTRACT

The moment of delivery is very significant in the life of the woman and her baby, being permeated with biological and psychological senses. For this reason, there is a proposal for the humanization of childbirth and birth that comes to recognize the obvious need to treat this moment with practices based on scientific evidence. The aim of the study was to analyze obstetric practices that are developed in a reference obstetric center in the state of Maranhão. Descriptive, exploratory study with a quantitative approach. Conducted through a questionnaire and checklist to evaluate good practices in childbirth and birth, involving 150 parturients from a university hospital in the city of São Luís - Maranhão / Brazil. Data collection was carried out from January 2020 to September 2020. For the presentation of the results, a descriptive analysis was used to characterize the sample and Fisher's Exact test to analyze the association between the independent variables and the dependent, adopting significance level of 5%. Most women were between 20 and 29 years old, brown color, with elementary education, with up to five prenatal consultations, primiparous, with at least one normal delivery, with no cesarean delivery and no abortion. The good practices of childbirth and birth offered for most parturients were: presence of a companion (96.0%), administration of 10 IU oxytocin after delivery (98.7%), verification of the mother's lochia (96.7%), breastfeeding in the first hour of life (94.7%), immediate skin-to-skin contact (90.7%), late cord clamping (81.3%), Apgar measurement (100.0%) and vitamin administration K in RN (100.0%). There was low adherence to the use of the partograph (34.0%), the good practice of prophylaxis of neonatal ophthalmia was not identified, the kristeller maneuver practice without scientific evidence continues to occur, practices such as episiotomy, amniotomy and administration of oxytocin in the work of births were identified and were not justified, most births were attended by medical professionals. A minority of parturient women benefited from assistance based on scientific evidence using good researched practices. The variables race / color, presence of the partogram, absence of stimulation of labor and delivery and delivery in a non-supine position were statistically significant with evidence-based assistance. It is concluded that practices based on scientific evidence were found, but practices supported by the technocratic model were also registered, requiring strategies to promote necessary changes in the obstetric model, so that there is greater adherence to the use of good practices as an innovative proposal in care obstetric in the context of the teaching hospital, which will overcome conservative practices.

Keywords: Nursing. Evidence. Humanization of Assistance. Humanized birth. Evidence-Based Clinical Practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Categoria A – Boas práticas que devem ser estimuladas.....	33
Figura 1 – Distribuição da criação do escore 0 a 5 para construção do desfecho Assistência baseada em evidências científicas.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos aspectos sociodemográficos de parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil. 2020.....	46
Tabela 2 – Caracterização dos aspectos obstétricos de parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil. 2020.....	47
Tabela 3 – Caracterização das boas práticas com parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil. 2020.....	49
Tabela 4 – Caracterização das medidas não farmacológicas de alívio da dor em parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil. 2020.....	52
Tabela 5 – Pontuação do Escore de Bologna para construção do desfecho Assistência baseada em evidências científicas. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.....	53
Tabela 6 – Associação das variáveis sociodemográficas e obstétricas segundo a variável desfecho Assistência baseada em evidências científicas. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.....	54
Tabela 7 – Associação das variáveis boas práticas segundo a variável desfecho Assistência baseada em evidências científicas. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.....	55

LISTA DE SIGLAS

CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EB	- Escore de Bologna
HPP	- Hemorragia Pós-Parto
HUUFMA	- Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
HUMI	- Hospital Universitário Materno Infantil
LVPS	- Lista de Verificação para Partos Seguros
MM	- Mortalidade Materna
MS	- Ministério da Saúde
ODM	- Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
P.A	- Pressão Arterial
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PBE	- Prática Baseada em Evidências
REHuNA	- Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
RMM	- Razão de Mortalidade Materna
RN	- Recém-Nascido
SIM	- Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	- Sistema Único de Saúde
TP	- Trabalho de Parto
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Justificativa.....	18
2 OBJETIVOS.....	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1 A Medicalização do Parto.....	21
3.2 Práticas Baseadas em Evidências em Obstetrícia.....	29
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	38
4.1 Tipo de Estudo.....	38
4.2 Cenário do Estudo.....	38
4.3 População.....	39
4.4 Amostra.....	39
4.4.1 Tamanho da Amostra.....	40
4.5 Variáveis do Estudo.....	40
4.5.1 Variáveis Independente.....	40
4.5.1.1 <i>Variáveis dos Aspectos Sociodemográficos.....</i>	<i>41</i>
4.5.1.2 <i>Variáveis dos Aspectos Obstétricos.....</i>	<i>41</i>
4.5.1.3 <i>Variáveis das Boas Práticas na Assistência ao Parto e Nascimento.....</i>	<i>41</i>
4.5.1.4 <i>Variáveis das Medidas não Farmacológicas de Alívio da Dor.....</i>	<i>42</i>
4.5.2 Variável Dependente.....	42
4.6 Instrumentos de Coleta de Dados.....	43
4.7 Coleta de Dados.....	44
4.8 Análise de Dados.....	44
4.9 Aspectos Éticos.....	45
5 RESULTADOS.....	46
6 DISCUSSÃO.....	57
7 CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICES.....	90
ANEXOS.....	94

1 INTRODUÇÃO

Na história da saúde pública, a atenção materno-infantil tem sido considerada uma área prioritária, principalmente no que se refere aos cuidados com a mulher durante a gestação, a fim de manter um ciclo gravídico e puerperal com menor risco possível para o trinômio mãe-filho-família (FIRMO *et al.*, 2015).

O momento do parto é muito significativo na vida da mulher e de seu bebê, sendo permeado de sentidos biológicos e psicológicos, constitui-se em momento crítico por ser visto como passagem permeada de sentimento de irreversibilidade, geradora de ansiedade, insegurança e de falta de controle (SALES; MAGALHÃES, 2018). Em prol disso, tem-se a proposta de humanização do parto e nascimento que vem reconhecer a autonomia da mulher enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar esse momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e bem-estar da mãe e do recém-nascido (RN) (PEREIRA, R.M. *et al.*, 2018).

Porém, no panorama internacional e nacional no cenário atual, o modelo predominante de atenção ao parto e nascimento caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções (amniotomia de rotina, posição litotômica e infusão intravenosa de ocitocina) e pelo cerceamento dos direitos da parturiente (restrição à presença de acompanhante) em todos os períodos clínicos do parto. Esses problemas são prevenidos e reduzidos mediante a adoção das melhores evidências científicas disponíveis na assistência obstétrica (JORDAN, *et al.*, 2019).

No Brasil, as evidências epidemiológicas demonstram que o país vive um cenário epidêmico de cesarianas desnecessárias e indesejadas, em que as cesarianas tornaram-se a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde, no sistema público de saúde, a taxa é consideravelmente menor de 40%, mas, mesmo assim, é elevada, se considerarmos a recomendação de 15%, que a Organização Mundial de Saúde preconiza (BRASIL, 2018).

Segundo LOPES *et al.* (2015), as cesáreas sem indicação contribuem para o acréscimo da morbimortalidade materna e infantil, ferindo a integridade e bem-estar físico da mulher e do RN, sendo assim se faz necessários agentes capacitados e

receptivos para mudança deste cenário em favor da efetivação do que se objetiva com os programas e estratégias de humanização do parto e nascimento.

Dessa forma, a diminuição da mortalidade materna relacionada ao nascimento vem sendo uma prioridade na saúde global: esteve entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), finalizados em 2015, e está entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), também visando à redução do número de mortes maternas evitáveis, até 2030. Entre os objetivos selecionados, tem-se a redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, o que significa uma redução de pelo menos dois terços da RMM global atual (SOUZA, 2015).

O Brasil conseguiu reduzir em 8,4% entre 2017 e 2018 a RMM, um dos principais indicadores de qualidade de atenção à saúde das mulheres no período reprodutivo. Em 2018, a RMM no país foi de 59,1 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto no ano anterior era de 64,5, ainda assim, o país está acima das metas firmadas com a ONU que é de 30 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos até 2030, conforme os ODS, precisando intensificar ações de cuidado da mulher (BRASIL, 2020).

Ainda no Brasil, de 1996 a 2018, foram registrados 38.919 óbitos maternos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), sendo que aproximadamente 67% decorreram de causas obstétricas diretas, ou seja, complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções desnecessárias, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (BRASIL, 2020).

Em 2018, a região Nordeste e o estado do Maranhão apresentaram uma RMM de 62,7 e 69,1 respectivamente. Estudos têm apontado que as deficiências na assistência do pré-natal e as falhas na condução das gestantes durante parto e puerpério são as principais fragilidades do sistema de saúde que contribuem para manutenção das taxas elevadas de mortalidade (RUAS et al., 2020; SÃO LUÍS, 2020).

Com o surgimento de novas evidências científicas, a prática obstétrica tem sofrido mudanças significativas nos últimos 20-30 anos, com uma maior ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento. Assim, vários procedimentos hospitalares têm sido questionados pela carência de evidências científicas que os suportem, bem como, a existência de evidências que os contraindiquem e por trazerem desconforto à mulher (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, os ambientes onde o nascimento tem lugar têm sofrido modificações, tornando-se mais aconchegantes e com rotinas mais flexíveis, permitindo que a mulher e sua família possam participar e expressar livremente suas expectativas e preferências.

Surgem também, como opção, modalidades de assistência em ambientes não hospitalares, como o parto domiciliar e em centros de nascimento dentro ou fora dos hospitais. Questiona-se o predomínio do profissional médico na assistência, com o fortalecimento da atuação das enfermeiras obstétricas e obstetriteses como elementos importantes no processo assistencial.

Nesse sentido em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto e nascimento, com o intuito de estabelecer práticas baseadas em evidências e seguras para a assistência obstétrica. As categorias de classificação são práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e práticas frequentemente usadas de modo inadequado, essas recomendações permanecem atuais e são reafirmadas em estudos mais recentes (OMS, 1996).

Convergingo para a consolidação das boas práticas, o Ministério da Saúde (MS) deu seguimento na classificação desenvolvida em 1996 pela OMS, implantou no ano 2000 um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Essa estratégia tem como desígnio o resgate da atenção obstétrica qualificada, integrada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, com o envolvimento dos estados e municípios (BRASIL, 2000).

Em junho de 2011, o Governo Brasileiro instituiu, por meio da portaria MS/GM nº 1.459/2011 a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde), visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. No componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha figura como ação a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas.

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no país desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2011a).

Os objetivos da Rede Cegonha visam fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco entre outros na atenção ao parto e ao nascimento, organização da rede de atenção à saúde materna e infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e na redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (LOPES *et al.*, 2019).

E ainda, para fortalecer as estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados para as mulheres e RN no momento do parto e nascimento, foram publicadas no ano de 2017 a atualização da Lista de Verificação para Partos Seguros (LVPS) e as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal que tratam-se de instrumentos contendo uma lista organizada de práticas de parto essenciais e recomendações baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, visando qualificar o modo de nascer (BRASIL, 2017; OMS, 2017).

Mesmo diante de todo o rol de frentes defensoras em que políticas e programas evidenciam o parto seguro baseados em evidências, ainda prevalece um cenário em que segundo a OMS, em 2013, 289.000 mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto e 2,8 milhões de recém-nascidos morreram nos 28 dias seguintes ao nascimento (WHO, 2016).

De acordo com Pasche, Vilela e Martins (2016), alcançaremos melhores resultados maternos e perinatais ao considerarmos que as ações dos serviços de saúde decisivas na redução de número expressivo dessas mortes devem ser embasadas no cuidado humanizado realizado por meio de evidências científicas.

A relevância deste estudo caracteriza-se por trazer novas informações para fundamentar a assistência baseada em evidências científicas, dando visibilidade as boas práticas em hospital de ensino, além de que a assistência ao parto e nascimento é uma temática de discussão internacional que tem empreendido esforços no sentido de reduzir os danos ao ciclo gravídico puerperal (VIEIRA, 2016).

Nesta linha de pensamento, apresenta-se como questão orientadora desta pesquisa: Quais as práticas obstétricas que são desenvolvidas em um centro obstétrico de referência do estado do Maranhão?

1.1 Justificativa

Apesar da redução progressiva da mortalidade materna e infantil no país, as taxas referentes a esse indicador de saúde ainda estão longe do aceitável. Isso nos convoca a olhar para o campo das práticas de saúde, para os processos de trabalho e para a inseparabilidade entre gestão e atenção nos estabelecimentos de assistência ao parto.

Particularmente na última década, o debate acerca do modelo de atenção ao parto e nascimento no cenário internacional e nacional tem ocupado lugar de destaque na sociedade, dividindo opiniões da academia, serviços e mulheres. As políticas públicas recentes têm enfatizado a necessidade de mudar o modelo vigente, fundamentando-se em evidências científicas nacionais e internacionais que sustentam a ideia de que modelos de cuidado centrados na mulher e em evidências científicas rompem com a fragmentação e despersonalização da assistência e são mais efetivos (MCCOURT, 2014).

O descompasso entre as práticas recomendadas e as práticas vigentes nos serviços que prestam assistência ao parto apontam para o desafio de ampliar, nos hospitais, a capacidade em produzir mais e melhor saúde (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2016). Ao mesmo tempo, esse descompasso demonstra que as unidades hospitalares estão entre as instituições contemporâneas mais impermeáveis às mudanças e às inovações, sobretudo na gestão, necessitando que as equipes e os profissionais renunciem a um conjunto de valores e crenças e alterem profundamente os processos de trabalho, principalmente no que se refere ao ensino.

Dessa forma, a busca pelo cuidado humanizado no parto e nascimento é uma temática de grande interesse atualmente, ainda que os caminhos percorridos para se alcançar tal objetivo seja um grande desafio. Portanto, com base na proposta de humanização, o desenvolvimento dessas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres.

Justifica-se, assim, o interesse em desenvolver o presente estudo, tendo em vista que as pesquisas e literaturas sobre essa temática mostram que as recomendações na humanização do parto e nascimento não estão sendo implementadas de modo efetivo, comprometendo a qualidade na assistência obstétrica e neonatal.

Este estudo possibilitará dados para o redirecionamento das práticas no serviço. Favorecendo o avanço no conhecimento da ciência, visto que ainda se trata de estudo inédito no estado do Maranhão, bem como permitirá a comparação entre os dados do Maranhão com os demais estados da federação brasileira e outros contextos internacionais.

Pretende-se, com este trabalho, oferecer mais elementos de análise sobre as práticas de cuidado ao parto e nascimento e subsidiar decisões e estratégias de mudança no sentido de consolidar espaços de aprendizagem apropriados, calçados nas melhores evidências científicas e nos direitos das mulheres e bebês.

A escolha do tema tem relação direta com a trajetória acadêmica e profissional da pesquisadora na qual, ao longo da graduação, o desenvolvimento de atividades como a participação em grupos e vivências relacionadas à gestação e ao processo de parturição suscitou interesse em desenvolver este tema de pesquisa.

Somando-se a isso a experiência em preceptoria na especialização em enfermagem obstétrica e residência multiprofissional na área de saúde da mulher; a atuação como enfermeira do Centro Obstétrico e a participação no projeto de pesquisa intitulado “ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: avaliação de boas práticas no cenário do pré-natal, parto e nascimento em São Luís – MA” despertou inquietações relacionadas ao cuidado à mulher e RN - este, muitas vezes, é negligenciado por comodismo da equipe assistencial em priorizar suas vontades em detrimento do protagonismo da parturiente levando a inobservância das práticas preconizadas na atenção ao parto seguro.

O lócus de avaliação do presente trabalho desde 2016 passa por um processo de reestruturação, com a contratação de novos profissionais (Enfermeiros obstetras, fisioterapeutas). Houve a formação de enfermeiros do setor em especialistas em enfermagem obstétrica pela Rede Cegonha, efetivação das condições da presença do acompanhante junto à parturiente, favorecendo um cenário propício para identificar a adesão as boas práticas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as práticas obstétricas que são desenvolvidas em um centro obstétrico de referência do estado do Maranhão.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a assistência obstétrica e neonatal no processo de parturição;
- Avaliar as condutas associadas as boas práticas na assistência ao parto e nascimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A Medicalização do Parto

Ao longo de 20 anos, as pessoas mudaram de ideia sobre o parto, que passou de um evento familiar para hospitalar. Essas práticas de parto mudaram como resultado do projeto industrial liderado pelo estado. O projeto político-econômico de desenvolvimento mudou tudo, inclusive os hábitos mentais que afetaram a maneira como as mulheres buscaram os cuidados de saúde e como os médicos os praticavam (BRIGGS, 2018).

Em 1950, em Porto Rico, as parteiras atendiam a maior parte dos partos - a maioria deles em casa mas, em 1970, praticamente todos os partos foram em hospitais. Em contraste com o continente dos Estados Unidos, não houve campanha dos médicos para eliminar a obstetrícia na ilha nem a autorização das mesmas, embora não fossem amigáveis com as parteiras nem influenciados por elas, não eram extraordinariamente duros. Apesar de estar se referindo a Porto Rico, esse cenário é comum em quase todos os países do mundo (BRIGGS, 2018).

A consolidação do campo médico da obstetrícia / ginecologia e o declínio do uso de parteiras tradicionais ocorreram em praticamente todos os países latino-americanos durante a primeira metade do século XX. Essas mudanças ocorreram muito rapidamente. Em 1948, quase todos os bebês nasceram em casa e as mães dependiam de parteiras. Em 1970, praticamente todas as mulheres deram à luz em hospitais sob a supervisão de obstetras, geralmente do sexo masculino (ZULAWSKI, 2019).

O nascimento passou de um evento predominantemente doméstico, centrado na mãe com pouca intervenção, e as parteiras apenas para recepcionar o bebê" em 1948, para um evento medicalizado entendido através de uma lente de risco, monitorado por médicos em hospitais, e uma ausência completa de parteiras em 1979 (LANKFORD, 2019).

A medicalização iniciou com as mulheres de classe média e "bem-educadas" e depois as mulheres em geral começaram a se sentir mais seguras ao dar à luz em um ambiente hospitalar que parecia higiênico e tecnologicamente avançado. A introdução de monitores cardíacos fetais, cesarianas, medicamentos para reduzir a

dor e outros avanços podem ter tranquilizado as mães e ajudado os médicos a lidar com complicações. (ZULAWSKI, 2019).

Em 1965, a gravidez foi classificada por alguns obstetras como “a doença normal”, qualificação que, embora pareça ser uma contradição em si mesma, não está na análise de um processo liminar como gravidez, já que um corpo grávido dilui as categorias diferenciais ocidentais. É, ao mesmo tempo, natureza-cultura, indivíduo-coletividade, dois em um, o presente e o futuro, o patologizado e o “normal” (VALLANA, 2016; SALA, 2020).

A gravidez/parto passa então, de eventos, ou processos, familiares e domésticos, atendidos principalmente por parteiras, dependendo do contexto, a eventos hospitalares, onde a lógica do risco o coloca como um processo "defeituoso", arriscado e suscetível aprimoramento por meio do uso da ciência e da tecnologia, claro, sob o entendimento de que toda intervenção e instrumentalização seria em busca da segurança da mãe e do filho (SALA, 2020).

A transição para partos hospitalares foi realizada sem uma grande campanha pelos médicos para consolidar a sua posição no campo obstétrica. As parteiras não tinham nenhum grupo profissional ou corporativo para defender suas posições e, gradualmente, cada vez menos mulheres eram atraídas para o campo. As mães preferiam partos assistidos por médicos, o pagamento das parteiras era muito baixo e as parteiras foram se tornando gradualmente menos reconhecidas em suas comunidades (ZULAWSKI, 2019).

O modelo de atenção altamente medicalizado do Brasil é projetado para atender às necessidades de provedores e instituições, ao invés das necessidades biopsicossociais das mulheres. Ao ter um parto vaginal segundo esse modelo, a experiência da mulher é prejudicada e tornada mais negativa do que poderia ser, pois ela enfrenta sofrimentos evitáveis, como a dor iatrogênica resultante de intervenções desnecessárias, a solidão de ser privada de um companheiro e a indiferença emocional dos provedores - esses sentimentos de tristeza e impotência confirmam a ideia do parto e da maternidade como sacrifício e agonia (DINIZ et al., 2018).

A obstetrícia chama para si a função de “ditar” regras e de responsabilizar-se pela tomada de decisão dos procedimentos relativos ao parto, mesmo em “circunstâncias normais”, torna-se possível inferir que isso tende a gerar situações assistenciais em que o(a) obstetra terá o poder de conduzir a assistência sem que

haja consulta ou discussão com a mulher ou com quaisquer outros atores que venham a fazer parte da cena do parto (NICIDA, 2018).

A medicalização do parto, embora não seja inerentemente negativa, agora atingiu um nível insustentável, o que tem consequências negativas para mães e bebês. No mundo, nos últimos 25 anos, as taxas de cesariana aumentaram 136%. No Brasil, o processo de parto recentemente passou a ser visto quase exclusivamente como um processo de patologia. Assim como nos Estados Unidos, onde há taxas crescentes de partos cirúrgicos (OMS, 2014), muito acima da taxa ideal de cesariana em nível populacional 9 a 16% (BETRAN *et al.*, 2015).

Nas últimas décadas, o Brasil consolidou uma abordagem ao cuidado materno amplamente chamada de modelo tecnocrático de nascimento. O domínio desse paradigma fez com que o Brasil tivesse uma das maiores taxas de cesarianas do mundo, afetando tanto as práticas médicas quanto os desejos e expectativas das mulheres. O país enfrenta uma 'epidemia' de cesarianas, com taxas impressionantes de 40% em estabelecimentos públicos e 84% no setor privado (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

A industrialização por meio dos ideais de produtividade, tecnificação, aceleração, permeou a cena do nascimento, fazendo com que o processo passasse a ser medido e quantificado, supervalorizando o uso de tecnologias, intervencionismo e aceleração e instrumentalização. A compreensão do corpo-máquina é transferida, então, para o corpo materno "reprodutivo", que passa a ser percebido como um corpo funcional, que deve se adaptar aos novos padrões de produtividade. Os partos começam a ser induzidos, acelerados, intervindos, instrumentados e protocolizados. Assim, começa a cadeia produtiva da reprodução hospitalar (VALLANA, 2019).

Nos últimos anos, muitas outras redes vêm denunciando os maus-tratos e a baixa qualidade do atendimento, e a mídia popular tem apresentado a questão como um problema social relevante que deve ser abordado como questão de saúde pública.

Movimentos sociais, provedores dissidentes, acadêmicos e funcionários de políticas públicas também criaram redes de influência mútua, onde às vezes os mesmos indivíduos podem se mover livremente entre diferentes identidades profissionais/sociais, ajudando a disseminar conceitos e iniciativas inovadoras (DINIZ *et al.*, 2018).

As cesarianas tornaram-se a primeira escolha não apenas para os médicos, mais também para as próprias mulheres. O uso excessivo de procedimentos

cesáreos no Brasil é uma grande fonte de preocupação para as mulheres que preferem o parto normal. Nesse sentido, o Brasil também tem se empenhado em implementar a tendência internacional de 'humanizar' a atenção “nos sistemas de saúde materna de toda espécie” (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

Atualmente muitas mulheres aceitam a cesariana, mesmo quando desnecessária e indesejada, pois o parto normal, pode ser vivido como uma experiência ameaçadora, física e emocionalmente. A cesariana é vista por muitas mulheres como um atalho para escapar do trabalho de parto e preservar sua dignidade, e uma forma de se defenderem de abusos e desrespeito. Nos últimos dez anos, o termo “violência obstétrica” tem sido usado para se referir a essas violações, inspirado nas leis da Venezuela e de outros países latino-americanos que as definem como uma forma de violência contra a mulher (DINIZ et al., 2018).

Além disso, como as mulheres esperavam cada vez mais de seus obstetras, era mais provável que as culpassem se houvesse emergências ou problemas durante o trabalho de parto e parto. Conseqüentemente, os preços do seguro contra erros médicos aumentaram, e os médicos frequentemente realizavam cesarianas, sentindo que tinham maior controle com esse procedimento cirúrgico do que em um parto natural, mas prolongado, talvez complicado pela posição do bebê (ZULAWSKI, 2019).

A conceituação da gravidez / parto como questão médica - ou o processo de medicalização da gestação e do parto exigiu um processo ativo de patologização. Esse processo foi realizado a partir da emergência de uma categoria que surgiu no século XIX e se consolidou ao longo do século XX, e que coloca o risco como centro da necessidade de atenção e intervenção médica. As gestações de baixo, médio e alto risco parecem se tornar a categoria patologizante por excelência, estabelecendo-se progressivamente no imaginário médico e, por sua influência, no senso comum das sociedades ocidentais industrializadas (VALLANA, 2016; SALA, 2020).

A desumanização consiste em negar ou reduzir a humanidade de uma pessoa. Durante a assistência à saúde, essa redução da humanidade pode assumir diferentes formas. Por exemplo, um paciente pode ser desumanizado ao negar ou reprimir sua capacidade de experimentar sensações humanas, como dor, prazer, alegria, desespero, impotência. Isso seria uma desumanização em termos de experiência. Por outro lado, a desumanização está ligada à negação da agência, como a capacidade de um ser humano decidir, escolher e resistir livremente (SALA, 2020).

Sob o paradigma do parto hospitalar tecnocrático, vemos essas duas condições de desumanização se reproduzirem. Em termos de experiência, as mulheres são convidadas a permanecer em silêncio, reprimindo e controlando suas expressões de dor; em relação à agência, vemos que a autodeterminação e o direito de decidir livremente, ou de resistir sem coerção, também ficam comprometidos quando o papel social do paciente é desempenhado (SALA, 2020).

A visão medicalizada ou tecnocrática é contrastada com a visão humanizada: uma é rotulada como autoritária, vertical e intervencionista; a outra como lateral, gentil, respeitosa e participativa. E embora o modelo humanizado englobe vantagens tanto fisiológicas quanto subjetivas para as mulheres, ele não é imune às tentativas de impor visões normativas do corpo feminino como forte e plenamente capaz de dar à luz. (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

Há casos em que intervenções médicas são necessárias, porém essa não é a regra. A medicalização do corpo feminino, que trata a gravidez como doença, é uma das fontes mais poderosas da ideologia sexista de nossa cultura. Essa profunda distorção na prática médica brasileira é determinada por múltiplos fatores históricos, estruturais e cíclicos, que afetam diretamente o modo como a sociedade em geral, e a medicina em particular, veem as mulheres (MARQUES et al, 2018).

No entanto, as mulheres são prejudicadas pela administração e infraestrutura dos serviços públicos, onde muitas vezes faltam as principais condições de funcionamento, como o número adequado de leitos disponíveis. Enquanto isso, 70% da população brasileira, que depende do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) para conceber, não tem condições de fazer valer seus direitos (MARQUES *et al.*, 2018).

No Brasil, a crítica às consequências perniciosas desse processo se constituiu, desde então, como um movimento que foi denominado de “humanização do parto”, tendo como uma de suas características a complexidade, já que passou a envolver uma multiplicidade de questões e agentes (NICIDA, 2018).

Esses movimentos sociais pela mudança no parto começaram por grupos feministas, profissionais de saúde alternativa, ativistas da reforma da saúde, funcionários da saúde pública e outros, que em 1993 formaram a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Em sua carta de fundação (1993), ReHuNa reconheceu as “circunstâncias de violência e constrangimento em que a assistência é prestada”. No entanto, a organização se recusou deliberadamente a falar

sobre o enfrentamento da violência, privilegiando termos como “humanizar o parto” ou “promover os direitos humanos das mulheres”, para evitar a reação hostil dos profissionais de saúde que acompanha o uso da palavra violência (DINIZ *et al.*, 2018).

Esses esforços para humanizar o parto no Brasil tiveram início no final da década de 1970 e ganharam força ao longo da década de 1990. O movimento teve mais avanços desde 2000, com sua introdução no sistema público de saúde (SUS). Programas foram sendo introduzidos gradativamente no SUS, como o PHPN (2000), o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (2000) e posteriormente outros programas como o Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (2004), o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004), e a Rede Cegonha (2011) (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

Desde a década de 1980, a reflexão sobre o processo de medicalização da assistência ao parto tem se tornado recorrente na pauta de discussão, tanto nas áreas de biomédica, antropologia e política, como no âmbito dos movimentos sociais, revelando diferentes conflitos e posicionamentos. Compondo essa movimentação, destaca-se a realização de três conferências internacionais de consenso organizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da OMS sobre o uso apropriado de tecnologia no pré-natal, no parto e no nascimento ((NICIDA *et al.*, 2019).

Na primeira Conferência, “Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth”, que foi realizada em novembro de 1984, em Washington, Estados Unidos, abordaram temas como cuidados no pré-natal, relação entre fatores sociais e gestação, recursos humanos no cuidado pré-natal, vigilância, pesquisa e tecnologia apropriada ao parto e ao nascimento (NICIDA, 2018).

A segunda foi a WHO, “Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth”, em Fortaleza, Brasil, em abril de 1985 com a participação dos brasileiros Galba de Araújo e Moisés Parcionik. Nessa conferência discutiu as recomendações sobre os direitos da mulher em relação à assistência durante a gestação, da importância da mulher no processo de gravidez e nascimento e na ideia de que os fatores sociais, emocionais e psicológicos envolvidos no atendimento são decisivos no entendimento e na implementação do atendimento adequado (NICIDA *et al.*, 2019).

A terceira Conferência “Consensus Conference on Appropriate Technology for Following Birth” que foi realizada em Trieste, Itália, em outubro de 1986, ressaltou

o respeito aos direitos humanos, sexuais e reprodutivos são fundamentais para atitudes e práticas na atenção ao parto, nascimento e pós-parto (NICIDA et al., 2019).

Em 1996, a OMS publica uma série de recomendações, que serviram de referência para a elaboração das políticas de parto brasileiras, para as campanhas do MS e para os movimentos sociais pela “humanização”, que se tornaram cada vez mais atuantes. Ainda em 1996, elas foram publicadas pelo MS com o título “Assistência ao parto normal: um guia prático”, e no ano 2000 foi distribuída para os ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstétrizes do país). Também surgiram discussões sobre a necessidade de implementação de melhorias na interação entre a parturiente e os profissionais envolvidos nos cuidados (DESLANDES, 2005; NICIDA, 2018).

Observa-se a importância do estudo dos manuais de obstetrícia como fonte de análise dos saberes e práticas relativos ao parto que têm sido sistematizados e validados pela ciência obstétrica, que ali estão sendo difundidos. Ressalta-se a relevância da identificação dos aspectos que estão sendo recomendados aos médicos na fase de “educação científica” e que, possivelmente, têm sido incorporados como sua prática assistencial (NICIDA, 2018).

Por meio dessas redes nacionais, o parto é administrado em diferentes ambientes: hospitais e clínicas ou centros de parto (Centro de Parto Normal). O principal objetivo dos centros de parto é a assistência humanizada e centrada nas necessidades das mulheres. Esses centros surgiram como uma opção de atendimento materno na rede pública (SUS) como parte do programa Rede Cegonha. Mas as iniciativas de redução de intervenções (principalmente cesarianas) já estão presentes no setor privado, por exemplo, a iniciativa Projeto Parto Adequado (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

Uma estratégia para suavizar esse excesso de medicalização é o uso de uma doula no nascimento, um acompanhante de apoio que não é amigo ou ente querido, mas que é profissionalmente treinado para dar suporte ao parto (DONA, 1998). Os benefícios da doula são surpreendentes, principalmente na medida representativa da medicalização - o parto cesáreo. De acordo com uma cronologia da literatura publicada de mais de vinte anos, ter uma doula no nascimento torna muito menos provável que termine em uma cesariana. A participação das doulas é um passo para a próxima geração de mulheres retomar o parto normal (HODNETT et al., 2012; TORRES, 2016).

Outra estratégia foi o chamado para o treinamento de enfermeiras obstétricas que podem ajudar a reduzir a espera - às vezes de meses - que as mulheres enfrentam para ver os médicos para cuidados pré-natais (ZULAWSKI, 2019).

Assim, há uma violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, incluindo a violação dos direitos à igualdade, não discriminação, informação, integridade, saúde e autonomia reprodutiva. Recentemente, o termo "violência obstétrica" tem sido usado para indicar esses eventos. Portanto, torna-se imprescindível, por meio da abordagem desse tema, discutir criticamente a assistência ao parto, contextualizando questões de gênero, culturais, estruturais, científicas (Medicina Baseada em Evidências), a fim de garantir a proteção e o empoderamento das mulheres frente às violações de direitos reprodutivos (MARQUES et al, 2018).

A sociedade também tem desempenhado um papel importante na promoção e ampliação das ideias sobre a humanização do parto, especificamente na conscientização contra a violência obstétrica e na defesa dos direitos das mulheres por meio de associações e redes locais. Por exemplo, a ReHuNA estabeleceu o Acordo sobre a Definição de Humanização e Assistência Humanizada no ano de 2001. Desde então, redes e movimentos sociais se expandiram no Brasil, iniciando debates públicos e, em alguns casos, defendendo e impactando a legislação local (ALVES *et al.*, 2019).

O processo de humanização do parto e nascimento tem início durante as primeiras consultas de pré-natal através de informações, esclarecimentos e acolhimento realizados pelos profissionais de saúde, além de orientações acerca do processo de parturição, cuidados com RN e seus direitos perante a lei (SILVA, 2017).

Em 1985, em consonância com as críticas aos cuidados obstétricos atuais, a I Conferência de Tecnologia Apropriada para o Parto, promovida pela OPAS/OMS, considerou "um marco importante na revisão das tecnologias utilizadas no nascimento e no parto, levando à adoção de recomendações que vão contra o uso inadequado e indiscriminado de tecnologias invasivas no parto (ALVES *et al.*, 2019).

Em 1996, a OMS desenvolveu e publicou uma classificação das práticas utilizadas na condução do parto e nascimento vaginal, com base em evidências científicas. Práticas úteis significativas como direito de acompanhamento, liberdade de posição e uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor foram sinalizadas; e outros a serem eliminados, como enema, tricotomia e episiotomia. Além

disso, houve o incentivo à realização de treinamentos e inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento (ALVES *et al.*, 2019).

Para promover uma mudança real em direção a cuidados de maternidade respeitosos, a progressão de políticas que garantam um ambiente favorável de leis, regulamentos e ampla disseminação de informações, precisa ir de mãos dadas com mudanças na educação e treinamento de todos os provedores de saúde - incluindo uma base sólida em ética, gênero e direitos humanos. Muitas dessas recomendações estão incluídas no programa Apice-ON, lançado pelo MofH em agosto de 2017. Mudar a cultura misógina de uma sociedade, que permeia os serviços de saúde, leva muito tempo, mas o surgimento de diversas iniciativas em âmbito nacional e internacional reflete um esforço global e consistente para tornar visível e superar os maus-tratos à mulher no parto (DINIZ *et al.*, 2018).

É necessário abrir novas perspectivas de pensar e agir na assistência ao parto e, em um sentido mais amplo, contribuir com as iniciativas de âmbito nacional para garantir a assistência integral à saúde da mulher e da criança, dispensando uma atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério, em que prevaleçam as boas condutas obstétricas cujo foco esteja nas necessidades vividas e sentidas por cada uma das mulheres (NICIDA, 2018).

3.2 Práticas Baseadas em Evidências em Obstetrícia

Antigamente, no Brasil, as políticas públicas governamentais relacionadas à atenção à saúde da mulher se resumiam apenas à preocupação com o grupo materno-infantil. Apenas em 1983 o MS implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que considera a mulher como sujeito ativo em um contexto social, englobando a assistência à mulher nas alterações clínico-ginecológicas; no controle do pré-natal, parto e puerpério; nas doenças sexualmente transmissíveis; no câncer cérvico-uterino e mamário; na concepção e contracepção, da adolescência até a terceira idade (ASSIS, 2013).

Passaram-se quase duas décadas, para que, devido aos elevados índices de morte materna, o PHPN fosse instituído pelo MS em 2000, com o intuito de garantir a melhoria de estratégias de saúde no combate a morbimortalidade materna e perinatal. Utilizando-se de estratégias de acompanhamento na identificação de fatores

que possam influenciar negativamente o período gestacional e puerpério com intervenções oportunas e direcionadas (MENDES *et al.*, 2020).

Dois anos após, em 2004, MS lança a PNAISM atualizando e adequando as necessidades presentes no decorrer de exatamente 20 anos às proposições do PAISM. A nova política mantém questões relativas à assistência integral à saúde da mulher, desde a atenção ao pré-natal, parto e puerpério até o controle dos cânceres do colo do útero e de mama, e abrange demandas de saúde da mulher de acordo com necessidades identificadas anteriormente (BRASIL, 2004).

E mais recente, a Rede Cegonha foi instituída no âmbito do SUS através da Portaria do MS, Gabinete do Ministro n. 1459 de 24 de junho de 2011. O proposto é uma composição de ações, medidas e aparato estrutural que garanta, através do Sistema Único de Saúde o acesso e o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção, de forma humanizada, na gravidez, no parto e no puerpério. Através da Rede Cegonha as mulheres garantem o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada e à qualificação do acesso e de consultas e exames de pré-natal. E as crianças passam a ter garantias de um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento acompanhados de forma diferenciada até completar 24 meses de vida (BRASIL, 2011b).

Mesmo após essa evolução de políticas públicas destinadas a saúde da mulher, a efetividade das mesmas ainda é um desafio a ser superado, principalmente nas regiões onde há maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as mulheres continuam sendo colocadas a margem, fazendo com que essa situação contribua para as desigualdades econômicas, sociais e de saúde de suas famílias durante todo o ciclo da vida (SANTANA *et al.*, 2019).

Assim, juntamente com as peculiaridades da gestação, gera um risco habitual ou alto risco no ciclo gravídico-puerperal da mulher. Devido a isso é necessário haver a valorização das práticas em saúde, privilegiando a escuta, empatia, acolhimento e compreensão dos fenômenos e das transformações físicas, psíquicas e sociais nos quais as mulheres estão envolvidas. Entretanto, sabe-se que este é um processo desafiador dentro de um sistema de saúde biomédico e fragmentado (BRASIL, 2012; WERNET *et al.*, 2016).

Todas essas questões refletem diretamente nos dados de Mortalidade Materna (MM), no qual para sua redução ainda há muitos obstáculos e entraves a serem vencidos. Uma boa assistência à saúde necessita de uma atenção integral, a

efetividade das políticas públicas e programas já implantados, capaz de conhecer a realidade, identificar possíveis falhas e, conseqüentemente indicar soluções a fim de obter resultados no mínimo aceitáveis (FRUTUOSO *et al.*, 2019).

A redução da MM tem sido uma prioridade da agenda da saúde global, e permanecerá em pauta no âmbito dos ODS, que procuram acabar com a MM evitável entre os anos de 2016 e 2030. Entre as metas dos ODS, encontra-se a redução de pelo menos dois terços da RMM global. Na realidade brasileira, a meta para 2030 é reduzir a MM para cerca de 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos (ONU, 2015).

O motivo da maior incidência de óbitos maternos ocorrerem por causas obstétricas diretas permite a reflexão da necessidade de uma reformulação política, estrutural e de qualificação profissional no sistema de saúde. Por serem consideradas causas evitáveis em sua maioria, reforçam ainda mais a ideia de fragilidade assistencial aos diferentes aspectos envolvidos na gestação, desde a concepção até o puerpério (FRUTUOSO *et al.*, 2019).

A assistência prestada pela equipe de saúde interfere diretamente na redução do índice de mortalidade infantil e materna e no alcance destes objetivos, a otimização dos cuidados de saúde direcionados às mulheres com síndromes hipertensivas, em especial as com pré-eclâmpsia durante a gravidez, é um passo necessário para atender os ODM propostos em 2015 e para atingir o terceiro objetivo de Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2011).

O acolhimento da gestante de alto risco pela equipe de saúde, sem julgamentos, além de qualificar a assistência, é relevante para a formação de vínculos, o fortalecimento da responsabilidade pelo processo de cuidado, e o manejo sobre circunstâncias de vulnerabilidade arroladas ao processo saúde-doença são fundamentais para um desfecho positivo dessa gestante (BRASIL, 2012).

. Assim, compreendendo a dimensão MM, tal como todos os fatores sociodemográficos, políticos, físicos, etc, envolvidos neste processo e a descrição das principais causas básicas de óbitos maternos, é pertinente e necessários práticas de avaliação, planejamento e aprimoramento de estratégias voltadas para a prevenção e controle mais eficazes da MM. Dessa forma, a melhor forma de conquistar a integralidade é através de redes de atenção saúde articuladas, reunindo esforços, fortalecendo a atenção básica e as políticas públicas a saúde da mulher (BRASIL, 2004; FRUTUOSO *et al.*, 2019).

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto e nascimento. Essa classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas realizadas no mundo todo, com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura (OMS, 2016).

Nessa direção, as recomendações foram classificadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996). Algumas dessas práticas podem ser observadas no quadro 1.

No intuito de fomentar as boas práticas obstétricas e ainda garantir o direito ao cuidado seguro tanto da mãe quanto do bebê, o estímulo às redes de atenção à saúde da mulher e da criança são primordiais para fortalecer sua autonomia e contribuir para a redução de riscos. Essa premissa vem ao encontro da Rede Cegonha, política recentemente lançada pelo MS que surgiu com o intuito de reduzir a mortalidade materna por meio de ações voltadas a garantir os direitos da mulher, desde o planejamento familiar à gestação, parto e puerpério, a acompanhar a criança de zero a 24 meses de idade (PEREIRA, S.B. *et al.*, 2018).

O principal objetivo das boas práticas é “reduzir intervenções médicas desnecessárias”. A agência pede que nem a ocitocina nem fluídos intravenosos sejam aplicados para estimular contrações. A informação é da ONU News (WHO, 2018).

Essas boas práticas se relacionam principalmente às tecnologias leves de cuidado em saúde, isto é, às orientações pré-natais bem conduzidas, ao acolhimento e à livre escolha da mulher não só nas diferentes etapas, mas também na inclusão da família e/ou do acompanhante no processo de parturição (PEREIRA, R.M. *et al.*, 2018).

Segundo a OMS, a checagem da dilatação deve acontecer a cada quatro horas na primeira fase do parto, isso para mulheres com gravidez de baixo risco. Em relação ao controle da dor, a OMS pede que a anestesia peridural ou o uso de opióides sejam aplicados quando mulheres saudáveis pedirem esse tipo de intervenção (OMS, 2018; AGÊNCIA BRASIL, 2018).

A agência recomenda ainda várias técnicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, como relaxamento muscular, música ambiente, técnicas de respiração, massagem e aplicação de bolsas de água quente. Mas isso tudo deve ser feito apenas a pedido da grávida. Além disso, se o trabalho de parto estiver ocorrendo sem problemas, a mulher deve ser estimulada a caminhar e até a receber líquidos e alimentos (WHO, 2018; AGÊNCIA BRASIL, 2018).

Além de possibilitarem o repensar do modelo obstétrico e contribuírem para organizar a rede de atenção à saúde materna infantil no sentido de garantir acesso, acolhimento e resolutividade, as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento estimulam o protagonismo da mulher em suas múltiplas dimensões (PEREIRA, R.M. et al., 2018).

Quadro 1. Categoria A – Boas práticas que devem ser estimuladas

• Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro
• Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde
• Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
• Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
• Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
• Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
• Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
• Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem
• Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
• Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
• Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS
• Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento
• Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
• Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
• Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
• Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue
• Condições estéreis ao cortar o cordão
• Prevenção da hipotermia do bebê
• Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
• Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

Fonte: OMS, 1996.

O MS, com o objetivo de dar continuidade na classificação desenvolvida em 1996 pela OMS, implantou em 2000 um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do PHPN. Essa estratégia tem como desígnio o resgate da atenção obstétrica qualificada, integrada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, com o envolvimento dos estados, municípios e instituições de saúde (BRASIL, 2000).

Em 2001, o MS publicou o manual “Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher”, fundamentado na ciência e nas recomendações da OMS, no qual reconhece a importância da humanização da assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal para melhorar a qualidade da atenção prestada, inclusive estimulando a presença de um acompanhamento ou suporte psicossocial durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001).

Para a obtenção de resultados positivos após a implantação desses programas governamentais, é necessário agentes capacitados para sua realização, por isso os diferentes profissionais de saúde se tornam imprescindíveis na mudança deste cenário: como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais dentre outros, todos são de suma importância no processo da humanização do parto e nascimento e da assistência em geral. Suas singularidades profissionais, somadas, podem ser usadas em prol da efetivação do que se objetiva com os programas e estratégias de humanização do parto e nascimento.

Destaca-se, desta forma, que o trabalho em equipe multiprofissional deveria traduzir-se por ser aquele desenvolvido por várias profissionais, atuando de forma que respeitem os limites de suas especificidades, com o intuito de gerar um bem comum ao paciente assistido (SILVA *et al.*, 2017).

Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas por meio de pesquisas feitas no mundo todo. É importante ressaltar que o termo humanização foi adotado somente no ano 2000, quando foi lançado o PHPN, por meio da Portaria GM n. 569, de 1^o/06/2000. Este programa tinha por prioridade promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério para o binômio mãe-filho (BRASIL, 2000).

Após a implantação do PHPN, observou-se que este não alcançou devidamente suas metas, pois se apresentava com dificuldade em relação ao acesso nos serviços de saúde, devido à falta de infraestrutura para o acolhimento dos usuários e a deficiência no número de profissionais capacitados e materiais

necessários. Além disso, as mulheres relatavam incerteza durante o período gravídico pela falta de leitos nos hospitais (PARADA; TONETE, 2008).

No ano de 2003, o MS implantou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, que teve como princípios teóricos metodológicos a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivo (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009).

No ano de 2004, o MS, seguindo a linha do PAISM, elaborou em parceria com o movimento de mulheres, do movimento negro, de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, organizações não governamentais e gestores do SUS, a PNAISM – Princípios e Diretrizes” (BRASIL, 2004).

O documento da PNAISM manteve questões relativas à assistência integral à saúde da mulher como clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, presentes no PAISM, e incluiu demandas de saúde da mulher, conforme lacunas e necessidades identificadas anteriormente. A PNAISM fundamentou-se nos princípios doutrinários do SUS (integralidade, universalidade e equidade) e na inclusão da discussão de gênero. Assim, a partir dos princípios doutrinários do SUS e das demandas identificadas, buscou efetivar ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde com ênfase no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e no tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e de portadoras de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004).

Especificamente, a fim de adotar medidas que possibilitassem o avanço da organização e da regulação do sistema de atenção à gestação e ao parto, o MS instituiu no ano de 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do SUS. Esta trouxe em seu bojo o estabelecimento de ações que integrassem todos os níveis de complexidade, definindo mecanismos de regulação e criando os fluxos de referência e contra referência a fim de garantir o adequado atendimento à gestante, à parturiente, à puérpera e ao RN (BRASIL, 2005b).

Em 2005, também se tornou conhecida a Lei que regulamenta a presença do acompanhante na sala de parto - Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Em relação a isso, destaca-se que a participação do acompanhante na humanização do parto e nascimento, mesmo sendo amparada legalmente, ainda é um processo em construção, e envolve diversos aspectos, entre eles, as condições físicas e ambientais

dos hospitais, a qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento do acompanhante e atitudes de submissão das gestantes diante de seus direitos (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

Já em 2017, o MS publicou o documento intitulado Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que objetiva sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017).

Dentre as recomendações do Ministério da Saúde, vale ressaltar a realização dos partos em ambientes hospitalares, conforme essas Diretrizes, esse ambiente é propício para que a mulher sofra intervenções, de forma indiscriminada, a exemplo da episiotomia, do uso de ocitocina, da realização de amniotomia e indicação de cesárias desnecessárias. Elas evidenciam que, durante o processo parturitivo, o excesso de intervenções reforça a visão biomédica do parto e desconsidera os aspectos emocional, cultural e humano (BRASIL, 2017).

Corroborando com esses achados a OMS desenvolveu a LVPS, com objetivo de diminuir esses indicadores através dos momentos chave do trabalho de parto, com práticas simples e essenciais (OMS, 2017).

A LVPS da OMS foi testada em nove países em edição-piloto e, a partir das informações coletadas nesta edição foi revista e testada no estado de Karnataka, na Índia. O *checklist* foi desenvolvido para ser usado em quatro momentos ou pontos de pausa durante os partos, sendo eles, na admissão da parturiente, antes da expulsão (ou antes da cesariana), logo após o parto (no espaço de uma hora) e antes da alta da puérpera e do RN (OMS, 2017).

A LVPS de forma isolada, não é efetiva para aprimorar a assistência. O instrumento contribui com a clareza e eficácia da comunicação da equipe e com a diminuição de falhas e na maior padronização dos registros. Cada item busca reduzir a ocorrência dos eventos adversos mais comuns e seus possíveis danos. Além disso, auxilia os profissionais a realizarem as práticas essenciais para assistência ao parto e ao nascimento, apoiadas por evidências científicas (OMS, 2017).

Vale ressaltar que, para além das iniciativas governamentais, é preciso que os profissionais de saúde se corresponsabilizem e assumam estas boas práticas como possibilidade de transformação do modelo obstétrico, e para tanto, necessitam apropriar-se de referenciais que sustentem as práticas singulares e multidimensionais

no campo obstétrico, bem como promover a rede de cuidados a fim de assegurar à mulher o direito à atenção humanizada na gravidez, no parto e no puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro e o desenvolvimento saudável (PEREIRA,S.B. *et al.*, 2018).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório com abordagem quantitativa.

4.2 Cenário do Estudo

O presente estudo foi realizado no município de São Luís, capital do estado do Maranhão, localizado na ilha de Upaon-Açu no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar, no Golfão Maranhense. Fundado em 1612, ocupa uma extensão de 1.097 km² e área de 835 km². Sua população é composta por 1.014.837 habitantes, sendo 474.995 homens e 539.842 mulheres, dos quais 958.522 residentes em área urbana e 56.315 na área rural (IGBE, 2016).

Desenvolvido no Centro Obstétrico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-HUUFMA unidade Materno Infantil, que faz parte da rede federal como órgão da Administração Pública Federal, que tem por finalidade reunir, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins. É um hospital de ensino certificado pelo Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) (PROEN, 2017).

O Hospital Materno Infantil (HMI) inaugurado em 05 de agosto de 1984. Possui 18 leitos para internação de Gestantes de alto risco, dez leitos de pré-parto e 65 leitos de alojamento conjunto. Na neonatologia, possui dez leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, 12 de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais e 20 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (PROEN, 2017).

Na área da atenção à saúde da mulher e da criança vem acumulando títulos e certificações que reafirmam o trabalho de qualidade prestado na saúde como: “Hospital Amigo da Criança”, concedido pelo UNICEF, “Hospital Referência para Atendimento à Gestante de Alto Risco”, “Hospital Cadastrado com UTI Neonatal” e o “Método Mãe Canguru”.

É referência estadual para o atendimento às gestantes, tanto para internação obstétrica como para o parto, integrando o rol das 06 maternidades

candidatas (desde 2012-2013) e em processo de qualificação, como Centro de Apoio da Rede Cegonha para a região Nordeste. Desde então, o HUUFMA tem buscado potencializar ações de humanização que, implementadas de forma integrada, contribuam para a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido com qualidade.

O Centro Obstétrico do referido hospital está situado no 2º andar e é composto por dez leitos com camas pré-parto/parto e pós-parto (PPP) e berço para o recém-nascido; sala para realização de ultrassonografia e cardiotocografia, um banheiro, e ainda mantém ativa uma sala de parto com maca com perneiras. Tem à disposição equipamentos para oferta de métodos não farmacológicos.

A equipe multiprofissional é composta por médicos obstetras e pediatras, residentes de medicina, internos de medicina, enfermeiros assistenciais e obstetras, residentes de enfermagem obstétrica e de saúde da mulher, psicóloga, fisioterapeutas, assistentes sociais, técnicos de enfermagem.

4.3 População

A população do estudo foi composta por parturientes assistidas durante o trabalho de parto e nascimento.

Foram incluídas no estudo as parturientes que no momento da admissão apresentaram gestação a termo (idade gestacional de 37 a 41 semanas), com diagnóstico de trabalho de parto. Não foram incluídas no estudo as parturientes admitidas em trabalho de parto porém com gestação pré-termo, pós-termo, gravidez múltipla e que apresentavam alguma complicação na gestação como desordens hipertensivas, diabetes, restrição de crescimento fetal, apresentações anômalas, HIV positivas, obesidade, etc.

Esses critérios foram definidos por darem condições para a implementação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento preconizadas.

4.4 Amostra

A amostra calculada foi de 250 parturientes. A amostra final entretanto, foi constituída por 150 parturientes, a redução amostral se deu devido à pandemia da COVID-19 pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), impactando no número de internações.

O plano amostral utilizado foi a fórmula da amostra aleatória simples para a população conhecida. Na amostra aleatória simples os indivíduos são selecionados por sorteio e por esse motivo têm a mesma probabilidade de serem selecionados para a compor a amostra (ANTUNES,2011).

4.4.1 Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra baseou-se nas seguintes informações:

- Estimativa do total de mulheres com partos normais na Unidade Materno Infantil do HU-UFMA, no período de 6 meses (considerando uma média de partos ocorridos no mesmo período dos anos anteriores, 2016, 2017, 2018, 2019).
- Proporção máxima: 0,5 (p)
- Erro amostral: 5% (e)
- Intervalo de confiança: 95% (Z=1,96)

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

4.5 Variáveis do Estudo

4.5.1 Variáveis Independentes

As variáveis estudadas foram as que compõem os aspectos sociodemográficos e obstétricos, variáveis associadas as boas práticas na assistência

ao parto e nascimento e variáveis relacionadas as medidas não farmacológicas de alívio da dor, sendo definidas como segue:

4.5.1.1 Variáveis dos Aspectos Sociodemográficos

- Faixa etária materna
- Escolaridade
- Estado civil
- Moradia
- Raça/cor
- Ocupação

4.5.1.2 Variáveis dos Aspectos Obstétricos

- Número de consultas de pré-natal
- Local de realização das consultas
- Paridade
- Número de gestações anteriores

4.5.1.3 Variáveis das Boas Práticas na Assistência ao Parto e Nascimento

- Uso do partograma
- Registro da P.A materna a cada 4 horas
- Presença do acompanhante
- Administrado 10 UI de ocitocina na mãe um minuto após o parto
- Registro de verificação dos lóquios materno no espaço de 1 hora após o parto
- Início da amamentação na 1^o hora após o parto
- Registro de contato pele a pele na 1^a hora de vida do RN
- Registro do uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor
- Uso de analgesia peridural
- Realização de episiotomia
- Amniotomia durante o trabalho de parto
- Estímulo a posição não supina (deitada) durante o trabalho de parto e parto

- Realização da manobra de Kristeller
- Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto
- Clampeamento tardio do cordão umbilical
- Registro do Índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida do RN
- Realizado profilaxia da oftalmia neonatal
- Registro da administração de vitamina K no RN
- Profissional que assistiu ao parto

4.5.1.4 Variáveis das Medidas não Farmacológicas de Alívio da Dor

- Agachamento
- Deambulação
- Massagem
- Mudança de posição
- Respiração
- Bola suíça
- Balanço pélvico
- Banho de aspersão

4.5.2 Variável Dependente

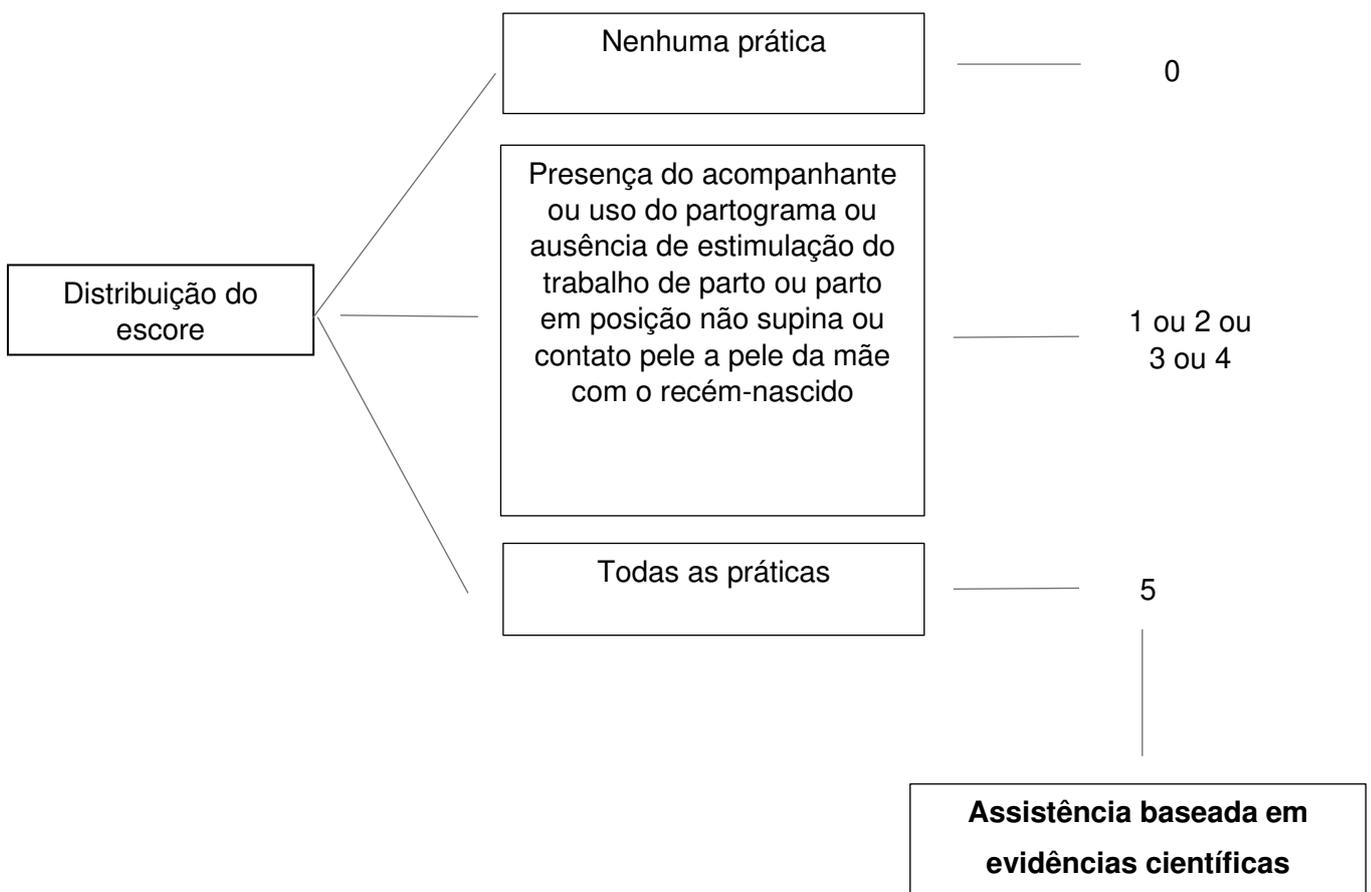
A variável dependente (desfecho) do estudo denominada “Assistência baseada em evidências científicas”, foi criada a partir do Escore de Bologna (EB). Ao congrega as recomendações da OMS, este escore baseia-se na concepção de que o parto é um evento fisiológico onde as condutas realizadas devem ser embasadas em evidências científicas (CARVALHO; BRITO, 2016).

O EB é uma ferramenta pioneira na avaliação qualiquantitativa da assistência ao parto vaginal, sendo composta de cinco itens: 1) presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, 2) uso do partograma, 3) ausência de estimulação do trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, manobra de kristeller, episiotomia), 4) parto em posição não supina e 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento) (RIBEIRO et al., 2016).

Para cada prática é concedida uma pontuação: 1, quando presente e 0 quando ausente, o somatório das notas atribuídas a cada prática, corresponde ao resultado final. A pontuação máxima de 5 representa a efetiva condução do parto correspondendo a uma assistência ao trabalho de parto e parto pautada em práticas baseadas em evidências científicas, enquanto a pontuação menor que 5 representa a má qualidade da condução do parto com variações na qualidade da assistência (CARVALHO; BRITO, 2016).

Dessa forma, considerou “Assistência baseada em evidências científicas” quando foi encontrado no cuidado ao binômio mãe e filho todas as práticas, ou seja, o escore igual a 5 e “Assistência não baseada em evidências científicas” quando o escore encontrado foi menor que 5.

Figura 1 – Distribuição da criação do escore 0 a 5 para construção do desfecho Assistência baseada em evidências científicas



4.6 Instrumentos de Coleta de Dados

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos:

- Questionário contendo informações referentes aos dados de identificação (aspectos sociodemográficos, história obstétrica, parto e nascimento) (APÊNDICE A).
- *Checklist* composto por uma lista de boas práticas que conduzem ao parto humanizado (APÊNDICE B).

O *checklist* foi formulado a partir das recomendações da OMS para condução do parto normal, das diretrizes nacional de assistência ao parto normal e da lista de verificação da OMS para partos seguros. Esses documentos foram selecionados por constituírem as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (BRASIL, 2017; OMS, 1996; OMS, 2017).

Para o preenchimento do questionário e do *checklist* foram investigadas as parturientes e as informações dos prontuários e registros gerados por instrumentos já implantados que são a planilha de produção do centro obstétrico (ANEXO A) e a ficha de monitoramento dos recém-nascidos (ANEXO B), que são aplicadas de modo individual para todas as parturientes.

4.7 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, no período de janeiro de 2020 a setembro 2020.

A coleta de dados foi realizada inicialmente no momento da admissão da parturiente e consentimento desta em participar do estudo, era iniciado o preenchimento das questões do questionário (APÊNDICE A) e posteriormente foi realizado o preenchimento do *checklist* (APÊNDICE B) por meio das informações trazidas nos prontuários e dos registros das planilhas já implantadas no local do estudo. Em seguida, as puérperas eram entrevistadas no pós-parto imediato ratificando ou ratificando as questões contidas no questionário (APÊNDICE A).

4.8 Análise dos Dados

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do programa *Microsoft Excel* 2016 com dupla digitação para a correção de possíveis erros de

digitação constituindo um banco de dados. Para a análise dos dados utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0.

Na análise univariada, os dados foram submetidos a análise estatística descritiva quantitativa com cálculos das frequências absolutas e relativas.

Na análise bivariada, com a distribuição da frequência, realizou-se o cálculo da significância estatística através da aplicação do teste Exato de Fisher para analisar a associação entre as variáveis independentes com a dependente. Assim, considerou-se a significância estatística das associações quando obteve-se o valor do $p < 0,05$ (5%).

4.9 Aspectos Éticos

Este estudo faz parte de um macroprojeto de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, intitulado: “ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: avaliação de boas práticas no cenário do pré-natal, parto e nascimento em São Luís- MA”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA) com parecer consubstanciado nº 3.451.855 (ANEXO C), em atendimento à Resolução MS/CNS nº 466/2012 e suas complementares.

5 RESULTADOS

Segundo a caracterização dos aspectos sociodemográficos (tabela 1) 50,0% tinham entre 20-29 anos, em seguida 29,3% tinham entre 30-40 anos e 20,7% possuíam entre 17-19 anos, 52,0% das mulheres com ensino fundamental completo, mais da metade (61,3%) sem companheiro, a maioria (86,7%) referiram moradia na capital, 73,3% de cor parda e a maioria (80,7%) sem ocupação.

Tabela 1 – Caracterização dos aspectos sociodemográficos de parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil. 2020.

Variáveis	N	%
(continua)		
Faixa etária		
17-19	31	20,7
20-29	75	50,0
30-40	44	29,3
Escolaridade		
Não alfabetizada	18	12,0
Fundamental	78	52,0
Médio	40	26,7
Superior	14	9,3
Estado civil		
Sem companheiro fixo	92	61,3
Com companheiro fixo	58	38,7
Moradia		
Capital	130	86,7
Interior	20	13,3

Tabela 1 – Caracterização dos aspectos sociodemográficos de parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil. 2020.

Variáveis	N	(conclusão)
		%
Raça/Cor		
Branca	14	9,3
Preta	25	16,7
Parda	110	73,3
Ocupação remunerada		
Sim	29	19,3
Não	121	80,7

A tabela 2 traz a caracterização dos aspectos obstétricos, onde mostra que metade (50,0%) do grupo pesquisado realizaram apenas de uma a cinco consultas de pré-natal e cinco parturientes (3,3%) não realizaram pré-natal, a maioria (94,0%) buscou o serviço público para realização do pré-natal, 40,0% eram primíparas, a maior parte (57,0%) tinham ao menos um parto normal, 92,7 % não tinham nenhum parto cesáreo e 14,0 % tiveram um aborto.

Tabela 2 – Caracterização dos aspectos obstétricos de parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n	(continua)
		%
Número de consultas de pré-natal		
Não realizou pré-natal	05	3,3
1 a 5 consultas	75	50,0
6 consultas ou mais	70	46,7

Tabela 2 – Caracterização dos aspectos obstétricos de parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n	(conclusão)
		%
Local das consultas		
Serviço público	141	94,0
Serviço privado	04	2,7
Paridade		
Primíparas	60	40,0
Secundíparas	51	34,0
Número de partos normais anteriores		
Nenhum	65	43,3
Ao menos um	85	57,0
Número de partos cesáreos		
Nenhum	139	92,7
Ao menos um	11	7,3
Número de abortos		
Nenhum	120	80,0
1 aborto	21	14,0
2 aborto	08	5,3
3 ou mais abortos	01	0,7

Quanto à caracterização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, observou-se o uso do partograma (34,0%), o registro da P.A (46%), a presença do acompanhante (96,0%), ocitocina no pós-parto em (98,7%) dos partos, registro de verificação de lóquios no pós-parto (96,7%), início da amamentação na 1^o

hora de vida do RN (94,0%), registro de contato pele a pele na 1ª hora de vida do RN (90,7%), uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor (50,7%), oferta de analgesia peridural (4,7%), episiotomia (2,7%) não justificada (100%). Amniotomia (48,0%) não justificada (100,0%), posição não supina (deitada) durante o trabalho de parto e parto (51,3%), manobra de Kristeller (6,0%), prescrição de ocitocina no trabalho de parto (50,7%) não justificada (100,0%), clampeamento tardio do cordão (81,3%), mensuração do índice de Apgar (100,0%), profilaxia da oftalmia neonatal (0,0%), administração da vitamina K no RN (100,0%). A maioria dos partos (94,0%) foram assistidos pela categoria médica (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização das boas práticas com parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

			(continua)
Variáveis	n	%	
Uso do partograma			
Sim	51	34,0	
Não	99	66,0	
Registro da P.A materna a cada 4 horas			
Sim	69	46,0	
Não	81	54,0	
Presença do Acompanhante			
Sim	144	96,0	
Não	06	4,0	
Administrado 10UI de ocitocina na mãe um minuto após o parto			
Sim	148	98,7	
Não	02	1,3	

Tabela 3 – Caracterização das boas práticas com parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
(continua)		
Registro de verificação dos lóquios materno no espaço de 1 hora após o parto		
Sim	145	96,7
Não	05	3,3
Início da amamentação na 1ª hora de vida do RN		
Sim	142	94,7
Não	08	5,3
Registro de contato pele a pele na 1ª hora de vida		
Sim	136	90,7
Não	14	9,3
Registro do uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor		
Sim	76	50,7
Não	74	49,3
Oferta de analgesia peridural		
Sim	07	4,7
Não	143	95,3
Realização de episiotomia		
Sim	04	2,7
Não	146	9,3
Amniotomia durante o trabalho de parto		
Sim	72	48,0
Não	78	52,0

Tabela 3 – Caracterização das boas práticas com parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n	%
Estímulo a posição não supina (deitada) durante o trabalho de parto e parto		
Sim	77	51,3
Não	73	48,7
Realização da manobra de Kristeller		
Sim	09	6,0
Não	141	94,0
Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto		
Sim	76	50,7
Não	74	49,3
Clampeamento tardio do cordão umbilical		
Sim	122	81,3
Não	28	18,7
Registro do Índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida do RN		
Sim	150	100,0
Não	-	-
Realizado profilaxia da oftalmia neonatal		
Sim	-	-
Não	150	100,0

Tabela 3 – Caracterização das boas práticas com parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n	(conclusão)
		%
Registro da administração de vitamina K no RN		
Sim	150	100,0
Não	-	-
Profissional que assistiu ao parto		
Médico	141	94,0
Enfermeiro	09	6,0

Legenda: P.A= Pressão Arterial, RN= Recém-Nascido

As medidas não farmacológicas de alívio da dor presente no estudo foram o agachamento, deambulação, massagem, mudança de posição, respiração, bola suíça, balanço pélvico, banho de aspersão. Sendo a mais frequente o exercício de respiração (53,9 %), seguida da deambulação (47,4%). O agachamento foi o método não farmacológico de alívio da dor menos utilizado (1,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização das medidas não farmacológicas de alívio da dor em parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n	(continua)
		%
Agachamento	01	1,3
Deambulação	36	47,4
Massagem	26	34,2
Mudança de posição	05	6,6
Exercício de respiração	41	53,9
Bola suíça	09	11,8
Balanço pélvico	06	7,9

Tabela 4 – Caracterização das medidas não farmacológicas de alívio da dor em parturientes. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	n	(conclusão)
		%
Banho de aspersão	06	7,9

Considerou para essa análise Assistência baseada em evidências científicas quando o escore obtido foi igual a 5 e Assistência não baseada em evidências científicas quando o escore obtido foi menor que 5. Assim, foi possível identificar que apenas 17 (11,3%) das mulheres receberam Assistência baseada em evidências, ou seja, estavam de acordo com o escore 5, enquanto 133 (88,7%) das parturientes não se beneficiaram desse modelo (Tabela 5).

Tabela 5 – Pontuação do Escore de Bologna para construção do desfecho Assistência baseada em evidências científicas. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Pontuação	n	%
0	0	-
1	05	3,4
2	29	19,3
3	63	42,0
4	36	24,0
5 (ABE)*	17	11,3
Total	150	100,0

* Assistência Baseada em Evidências

Na análise da associação das variáveis sociodemográficas e obstétricas com o desfecho Assistência baseada em evidências científicas observou-se relação significativa apenas no que se refere a raça/cor ($p=0,006$), alcançando 28,6% das

parturientes que se autodeclararam brancas, 24,0% das de cor/ raça preta, 6,4% das mulheres pardas e 0,0% das indígenas.

Tabela 6 – Associação das variáveis sociodemográficas e obstétricas segundo a variável desfecho Assistência baseada em evidências científicas. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

(continua)

Variáveis	ABE		Valor-p*
	Não n (%)	Sim n (%)	
Faixa Etária			
17-19	25 (80,6)	06 (19,4)	0,287
20-29	67 (89,3)	08 (10,7)	
30-40	41 (93,2)	03 (6,8)	
Escolaridade			
Não alfabetizada	15 (83,3)	03 (16,7)	0,628
Fundamental	71 (91,0)	07 (9,0)	
Médio	34 (85,0)	06 (15,0)	
Superior	13 (92,9)	01 (7,1)	
Estado civil			
Sem companheiro fixo	79 (85,9)	13 (14,1)	0,198
Com companheiro fixo	54 (93,1)	04 (6,9)	
Moradia			
Capital	117 (90,0)	13 (10,0)	0,247
Interior	16 (80,0)	04 (20,0)	
Raça/cor			
Branca	10 (71,4)	04 (28,6)	0,006
Preta	19 (76,0)	06 (24,0)	
Parda	103 (93,6)	07 (6,4)	
Indígena	01 (100,0)	0 (0,0)	
Ocupação remunerada			
Sim	27 (93,1)	02 (6,9)	0,528
Não	106 (87,6)	15 (12,4)	
Número de consultas de pré-natal			
Não realizou pré-natal	05 (100,0)	0 (0,0)	1,000
1 a 5 consultas	128 (88,3)	17 (11,7)	
Local das consultas			
Serviço público	125 (88,6)	16 (11,3)	0,396
Serviço privado	03 (75,0)	01 (25,0)	

Tabela 6 – Associação das variáveis sociodemográficas e obstétricas segundo a variável desfecho Assistência baseada em evidências científicas. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

Variáveis	ABE		Valor-p*
	Não n (%)	Sim n (%)	
Paridade			
Primíparas	54 (90,0)	06 (10,0)	0,164
Secundíparas	42 (82,3)	09 (17,6)	
Múltiparas	37 (94,9)	02 (5,1)	

* Valor p do teste Exato de Fisher

A tabela 7 evidenciou que existe associação entre as variáveis presença do partograma ($p=0,000$), ausência de estimulação do TP e parto ($p=0,000$) e parto em posição não supina ($p=0,000$) com a variável assistência baseada em evidências. Mostrando que foram estatisticamente significantes ao nível de significância de 5% (0,05).

Não foi encontrada associação das variáveis presença de acompanhante durante o parto e contato pele a pele da mãe com o recém-nascido com o desfecho Assistência baseada em evidências científicas, pois o p valor esteve superior a 0,05 (tabela 7).

Tabela 7 – Associação das variáveis boas práticas segundo a variável desfecho Assistência baseada em evidências científicas. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

(continua)

PRÁTICAS	ABE		Valor-p*
	Não n (%)	Sim n (%)	
Presença do acompanhante durante o parto			
Sim	127 (88,2)	17 (11,8)	1,000
Não	06 (100,0)	0 (0,0)	
Presença do partograma			
Sim	34 (66,7)	17 (33,3)	0,000
Não	99 (100,0)	0 (0,0)	
Não	14 (100,0)	0 (0,0)	

Tabela 7 – Associação das variáveis boas práticas segundo a variável desfecho Assistência baseada em evidências científicas. Maternidade Escola. São Luís, Maranhão, Brasil, 2020.

PRÁTICAS	ABE		Valor-p*
	Não n (%)	Sim n (%)	
Ausência de estimulação do TP e parto			
Sim	56 (76,7)	17 (23,3)	0,000
Não	77 (100,0)	0 (0,0)	
Parto em posição não supina			
Sim	60 (77,9)	17 (22,1)	0,000
Não	73 (100,0)	0 (0,0)	
Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido			
Sim	119 (87,5)	17 (12,5)	0,369
Não	14 (100,0)	0 (0,0)	

* Valor p do teste Exato de Fisher

6 DISCUSSÃO

O estudo possibilitou traçar as características sociodemográficas, obstétricas e as boas práticas ofertadas as parturientes, fato que pode representar impacto para a qualidade da saúde das mesmas; além destes aspectos influenciarem no sucesso das boas práticas para o alcance da assistência baseada em evidências científicas.

A faixa etária predominante foi entre 20-29 anos de idade, seguido da faixa etária entre 30-40 anos e adolescentes entre 17-19 anos. Estes resultados são semelhantes a um estudo realizado no ano de 2018 no Paraná, que encontraram 49,9% na faixa etária entre 21 a 30 anos, 25,6% tinham 35 anos ou mais e 24,5% tinham 19 anos ou menos (WOSNIAK *et al.*, 2018). Ressalta-se que o percentual materno de adolescente em ambos o estudo, encontra-se acima do estudo nacional para o ano de 2017, que foi de 15,7% (BRASIL, 2019). Indicando a necessidade de estratégias de planejamento familiar para esta faixa etária com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, uma vez que em comparação com outras mulheres, as jovens adolescentes enfrentam um maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez (OPAS, 2018).

A maioria das parturientes possuíam apenas ensino fundamental. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo, em que a maioria das parturientes (48,2%) possuíam o ensino fundamental e apenas 4,1% concluíram o ensino superior (ANDRADE *et al.*, 2018). De acordo com Rodrigues *et al.* (2017), a baixa escolaridade representa fator de risco obstétrico por dificultar o entendimento das ações de educação em saúde.

Uma maioria significativa das mulheres do estudo declararam não possuir companheiro fixo, configurando-se em uma situação conjugal insegura que pode constituir um fator de risco para a gravidez pela possibilidade de afetar a situação psicológica e estabilidade econômica materna (SILVA *et al.*, 2019).

Segundo um estudo realizado, as mulheres solteiras apresentaram risco três vezes maior para não realização do pré-natal quando comparadas às casadas (SOUSA *et al.*, 2020). Fato esse que pode estar relacionado ao resultado encontrado em outros estudos onde o apoio do parceiro durante a gestação mostrou-se favorecedor para adesão ao pré-natal e a falta de contato com o pai do bebê,

juntamente com baixa escolaridade materna, contribuíram tanto para a não procura por atendimento quanto para realização de menor número de consultas na gestação (ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017).

Em relação à maioria referir domicílio na capital, o fenômeno de migração talvez pode ser a justificativa - o mesmo decorre da vinda das parturientes do interior para a capital em busca de hospitais mais equipados e com condições mais adequadas para um atendimento de qualidade (MORAES *et al.*, 2018). Somando-se a isso o fato também da vinculação do hospital alvo do presente estudo não ser referência para as gestantes do interior e assim as mesmas referem como local de moradia a residência temporária da capital que pode ser de algum familiar. A falta de uma rede de atenção à saúde da mulher articulada a todas as parturientes que necessitam de assistência no momento do parto foi referida em outro estudo como contribuição para o fenômeno de migração (LOPES; RIOS; SILVA, 2018).

A raça/cor mais prevalente foi a parda, corroborando com outro estudo em que em todos os anos estudados a maioria eram pardas com percentual máximo de 70,1 % (SILVA; SILVA; CARNIEL, 2019). Esse resultado deve ser interpretado a partir dos dados demográficos da população residente por cor, que segundo o IBGE a maior parte da população brasileira residente é parda são 95,9 milhões de pessoas, representando 46,7% do total (AGÊNCIA BRASIL, 2017).

Observou-se alto percentual de mulheres que relataram não possuir remuneração, fato que pode estar relacionado à baixa escolaridade verificada, pois o maior grau de instrução promove o acesso ao emprego e melhores condições socioeconômicas (RETT *et al.*, 2017).

Menos da metade das gestantes realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal conforme recomenda o MS (BRASIL, 2013). Diversos autores destacam que a assistência do pré-natal bem estruturada pode promover a redução dos partos prematuros e de cesárias desnecessárias, de crianças com baixo peso ao nascer, de complicações de hipertensão arterial na gestação, da transmissão vertical de patologias como o HIV, sífilis e as hepatites, além de favorecer a adesão as boas práticas de parto e nascimento (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019; ROCHA; BARBOSA; LIMA, 2017; TOMASI *et al.*, 2017).

O serviço público foi utilizado pela maioria para realização do pré-natal. Segundo Leal *et al.* (2020), o pré-natal é uma ação programática típica da atenção primária, e os resultados do estudo comprovam esse fato e sua relação com os resultados obstétricos. Uma vez que 90% das entrevistadas fizeram seu pré-natal na rede básica de saúde, as ações de qualificação das equipes e dos processos de trabalho têm papel fundamental na melhoria dos cuidados ao bebê e à gestante.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua-PNAD Contínua 2019, a população nordestina tem a menor renda per capita dentre as regiões brasileiras atingindo a média de R\$ 1.588, enquanto as regiões Norte e Sudeste tem média de R\$ 1.687S e R\$ 2.650 e o Centro-Oeste e Sul com R\$ 2.506 e R\$ 2.549 respectivamente (IBGE, 2019). Dados que podem justificar a baixa cobertura assistencial do pré-natal pelo serviço privado, visto que o pagamento de planos privados de saúde está diretamente relacionado à renda de seus usuários (PEREIRA *et al.*, 2017).

Predominaram também as parturientes primíparas, com ao menos um parto normal, com nenhum parto cesáreo e nenhum aborto. O estudo práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas trouxe como conclusão a necessidade de repensar e reformular práticas de cuidado institucionais que se encontram em desuso e investir na educação continuada e na prática de cuidados que contribuem para evolução fisiológica do parto (SCARTON, *et al.*, 2018).

Quanto às boas práticas de assistência ao parto e nascimento, observou-se pouca adesão ao uso do partograma (sendo considerado apenas os que estavam preenchido completamente), do registro da P.A materna a cada quatro horas, da oferta de analgesia peridural e nenhuma adesão a profilaxia da oftalmia neonatal.

O partograma é um instrumento que possibilita a visualização gráfica da evolução do trabalho devendo ser utilizado na assistência a todas as parturientes, guiando as condutas obstétricas empregadas, assim recomenda-se o seu uso com linha de ação de 4 horas, a fim de melhorar os cuidados de saúde e reduzir as taxas de mortalidade materna e fetal, devendo este ser iniciado quando a dilatação cervical for ≥ 4 cm (BRASIL, 2017; OMS, 1996; OMS, 2017).

Estudo de Salazar *et al.* (2020), em uma maternidade pública do Maranhão, revelou que entre os 345 prontuários analisados, 94,5% tinham

o partograma presente nos prontuários e somente 36,3% das ferramentas estavam preenchidas, concluindo que a frequência de utilização é baixa, e quando utilizado não atendeu ao propósito de monitorização do trabalho de parto na maioria dos casos, já que a maioria foi preenchido incompletamente.

Resultados de estudo internacional mostrou que apenas 41,22% das enfermeiras e parteiras relataram ter feito o uso adequado do partograma, enquanto 58,78% relataram não o ter feito, concluindo que o treinamento em serviço de cuidadores obstétricos na Província Oriental de Ruanda é recomendado para melhorar o uso do partograma durante a assistência de mulheres em trabalho de parto (BAZIRETE; MBOMBO; ADEJUMO, 2017).

O controle da P.A durante a gestação é essencial para que o desfecho seja o melhor possível, dessa forma a síndrome hipertensiva na gestação é destaque na saúde pública e estratégias de assistência como diagnóstico correto, disponibilidade do atendimento à saúde, o acompanhamento da P.A e o seguimento farmacoterapêutico devem ser prioritários (SANTOS; CAPOBIANCO, 2019).

O presente estudo mostrou fragilidade no registro da P.A materna durante o trabalho de parto, esse achado revela um desencontro na implementação da assistência baseada em evidências. A hipertensão gestacional pode trazer complicações como a mortalidade materna e restrição de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, sofrimento fetal, morte intraútero, baixo peso e prematuridade para o feto (KERBER; MELERE, 2017).

A WHO (2018), recomenda a oferta de analgesia peridural para as gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências, sendo que a dose deve ser administrada com vistas a evitar complicações e preservar o máximo a função motora.

Leal et al. (2019), no seu estudo sobre avanços na assistência ao parto no BRASIL, trouxeram dados semelhantes ao presente estudo, revelando que a oferta de analgesia peridural apresentou o valor mais baixo dentre as práticas avaliadas (apenas 16% das puérperas). É consenso que o maior medo das mulheres no parto é a dor, resultando no aumento do número de cesarianas a pedido, sendo assim a disponibilização da analgesia peridural permitindo que as mulheres entrem em

trabalho de parto e a solicitem se julgarem necessário pode ser uma aliada ao parto vaginal (TORRES *et al.*, 2018).

A profilaxia da oftalmia neonatal ou conjuntivite neonatal deve ser realizada de rotina pois integra as ações de boas práticas na atenção à saúde do recém-nascido, o tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até quatro horas após o nascimento e recomenda-se a utilização da pomada de eritromicina a 0,5%, como alternativa a tetraciclina a 1% e a utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina (BRASIL, 2017).

A ausência da implementação da profilaxia da oftalmia neonatal no estudo foi resultado da falta do insumo na instituição pesquisada, fato que fere as boas práticas, podendo trazer graves desfechos devido à conjuntivite neonatal ser considerada uma condição potencialmente séria, capaz de causar tanto efeitos locais como riscos de perfuração do globo ocular e cegueira, quanto pelo risco de disseminação sistêmica; podendo ser causada por um agente infeccioso uma bactéria ou vírus, transmitido durante o trabalho de parto, ou por substância irritativa causando a conjuntivite química (LAMBERT; LYONS, 2017).

O estudo de Duarte *et al.* (2019) concluiu que os dados apontam para a importância da capacitação da equipe de enfermagem para a realização da profilaxia da oftalmia neonatal, da revisão de diretrizes e condutas que visem à padronização do procedimento. Pode-se remeter a necessidade de estudo complementar semelhante a este para avaliar as razões para a não adesão dessa prática no estudo em questão.

Para a maioria das mulheres foram implementadas as boas práticas presença do acompanhante, administração de ocitocina no pós-parto, verificação dos lóquios materno, aleitamento materno e contato pele a pele na 1^a hora de vida, uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor, estímulo a posição não supina no trabalho de parto e parto, clampeamento tardio do cordão, registro do índice de Apgar e administração da vitamina K no RN.

Um estudo sobre práticas no parto mostram dados semelhantes com relação a liberdade de movimento e posição (96,0%), uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor (74,2%), presença do acompanhante (95,4%), oferta

da analgesia de parto (14,0%) e dados divergentes com relação ao uso do partograma (77,4%) (SOUSA *et al.*,2016).

O respeito à presença do acompanhante, à administração de ocitocina no pós-parto, à verificação dos lóquios materno, ao uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, ao estímulo a posição não supina no trabalho de parto e parto, ao aleitamento materno e contato pele a pele 1ª hora de vida são, segundo a OMS, práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas na assistência obstétrica (OMS, 1996). Dessa forma, os dados do estudo mostram anseios institucionais em consonância com a efetivação da assistência baseada em evidências científicas.

A Lei de nº 11.108 garante às parturientes atendidas pelo SUS, rede privada ou conveniada, o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Assim, as frentes defensoras da humanização compartilham da importância do seu cumprimento devido aos benefícios comprovados dessa prática (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2017; OMS, 1996; OMS, 2017).

Uma revisão integrativa sobre os benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento trouxe que o acompanhante promove confiança e segurança no momento do parto, além de ser uma fonte de apoio e força, capaz de amenizar a dor e a sensação de solidão e gerar bem-estar emocional e físico, concluindo que para garantir a prática apoiada na evidência dos fatores benéficos é necessário ampliar ações institucionais e dos profissionais que viabilizem a efetiva participação do acompanhante no processo de parto e nascimento (GOMES *et al.*,2019).

A participação efetiva no estudo da presença do acompanhante vem ao encontro da assistência baseada em evidências, promovendo benefícios do suporte no trabalho de parto e parto para os desfechos perinatais, menor duração do trabalho de parto, menor proporção de cesarianas, menor uso de analgesia e ainda mulheres com acompanhante referem ter sofrido menos violência no parto e mais satisfação com a assistência recebida (MARCHIORI *et al.*, 2017).

Resultados divergentes do presente estudo foram encontrados mostrando que apenas 42% das puérperas tiveram a presença de um acompanhante de sua

escolha no parto, e a razão mais frequentemente relatada pelas parturientes para estarem desacompanhadas foi a recusa da equipe em aceitar o acompanhante - a maioria das puérperas desejam ter um acompanhante durante o parto, mas isso não foi possível para mais da metade das participantes desse estudo por diversas razões que abrangeram o âmbito pessoal da parturiente, organização familiar e organização da equipe de saúde (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2017).

No HUMI, a estrutura do centro obstétrico não oferecia condições físicas para instalar satisfatoriamente as mulheres, seus acompanhantes e os profissionais do serviço. Em 2014, essa estrutura sofreu mudanças para adaptação da ambiência prevista na atual política de assistência à mulher, da Rede Cegonha/MS. Assim, as modificações no espaço podem justificar o acesso da maioria a boa prática presença do acompanhante.

No que se refere a hemorragia pós-parto (HPP) os dados apontam que a ocitocina é padrão ouro no tratamento e prevenção de hemorragia puerperal, sendo sempre indicada pelas principais publicações internacionais como fármaco de primeira escolha e que é de grande importância a padronização de técnicas de intervenção para o manejo de casos de hemorragias, bem como sua prevenção (BRASIL, 2017; OMS, 2017; SIQUEIRA *et al.*, 2019; WHO, 2018).

A OMS define a HPP como a perda de no mínimo 500mL de sangue nas primeiras 24 horas após o parto. É uma das principais causas de morbimortalidade maternas em todo o mundo, principalmente em países de baixo nível social. Como mecanismos de prevenção e identificação precoce temos o uso de uterotônicos e a verificação dos lóquios materno que foi realizado na maioria das mulheres do estudo (SIQUEIRA *et al.*, 2019).

O uso de uterotônicos faz parte da conduta ativa e é recomendado em todos os partos sendo a ocitocina 10UI por via intramuscular ou intravenosa a droga de escolha, devendo ser administrada dentro de 1 minuto após o parto, após o desprendimento da criança e antes do clampeamento e corte do cordão umbilical (BRASIL, 2017; OMS, 2017; WHO, 2018).

Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal ou lóquios imediatamente após o parto, se anormal massagear o útero, considerar uterotônico adicional, iniciar fluídos, manter a mãe aquecida e tratar a causa que pode

ser atonia uterina, placenta e fragmentos retidos, lacerações vaginais, rotura uterina e distúrbios de coagulação (BRASIL, 2017; OMS, 2017).

Oliveira e Davim (2019) evidenciam em sua revisão integrativa que é fundamental o manejo correto no terceiro estágio do trabalho de parto, com a profilaxia da hemorragia pós-parto, tendo como base o uso de drogas uterotônicas, a tração controlada de cordão e a massagem uterina.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos às parturientes desde a sua admissão para uma melhor condução do trabalho de parto e também por melhores resultados perinatais, sendo sua utilização benéfica oferecendo conforto e melhorando a assistência ao parto (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017; BRASIL, 2017; OMS, 1996; WHO, 2018).

O resultado encontrado neste estudo não se ratifica em outro estudo, pois apenas 23,1% das mulheres se beneficiaram das medidas não farmacológicas de alívio da dor (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017). Levando à reflexão da necessidade de uniformizar essa boa prática nas instituições de cuidado obstétrico.

As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis, orientando que o estímulo a posição verticalizada no trabalho de parto e parto é uma boa prática em detrimento da posição deitada, por contribuir para evitar a diminuição da efetividade das contrações uterinas devido a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero o que dificulta as trocas gasosas entre mãe e feto e reduzir a duração do parto, evitando muitas vezes intervenções obstétricas que causam dor e desconforto (CÔRTEZ *et al.*, 2018; WHO, 2018).

O clampeamento tardio ou oportuno do cordão umbilical é o pinçamento deste após um a três minutos de vida do RN ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, deve ser realizado em todos os nascimentos, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal (BRASIL, 2017).

Corroborando os achados do presente estudo, Segundo e Neta (2019), no estudo que mapeou o estado da arte da população científica dos últimos cinco anos, acerca do clampeamento tardio e seus benefícios ao neonato, concluíram que o bebê

que foi submetido ao clampeamento tardio teve menos chances de necessitar de algum tipo de suporte ventilatório ou transfusão sanguínea. Além disso, seu estoque de ferro e de hemoglobina foram, na maioria das vezes, superior aquele que não realizou essa prática. O clampeamento tardio demonstrou efeitos positivos ao RN, o que sugere que essa estratégia seja realizada em toda assistência neonatal.

Quanto ao aleitamento materno e o contato pele a pele na 1ª hora de vida a revisão da Cochrane evidencia apoio ao uso do contato pele a pele para promover a amamentação, porém são necessários estudos com grandes tamanhos amostrais para confirmar os benefícios dessa intervenção sobre a fisiologia dos bebês durante sua transição para a vida extrauterina e para estabelecer possíveis efeitos dose-resposta e o momento ideal de iniciar essa prática (MOORE *et al.*, 2016).

Os estudos apontam que o contato pele a pele precoce entre a mãe e o bebê é importante pois psicologicamente estimula a mãe e o bebê a se conhecerem, após o parto os bebês são colonizados por microrganismos; é melhor que entrem em contato com a flora cutânea de suas mães, e não sejam colonizados por bactérias de prestadores de serviços ou de um hospital (OMS, 1996). A recomendação é que os recém-nascidos sem complicações devem ser beneficiados com contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Os achados do presente estudo respeitam as evidências, pois o incentivo ao aleitamento precoce faz parte das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e deve ser realizado, são diversos os benefícios que o aleitamento traz para o bebê, entre eles, a facilidade em eliminar o mecônio, protege o trato gastrointestinal contra infecções, promove o apego, diminui o risco de icterícia, e reduz os índices de mortalidade infantil (ROCHA *et al.*, 2017).

Um estudo realizado em uma maternidade pública baiana apoiada pela Rede Cegonha trouxe dados compatíveis com relação ao contato pele a pele imediato (51,6%) beneficiando um pouco mais da metade das puérperas e divergentes sobre amamentação precoce (38%), à qual uma minoria teve acesso (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

As diretrizes nacionais de assistência ao parto normal e as recomendações da OMS na atenção ao parto normal defendem que todos os recém-nascidos devem

realizar o índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida, rotineiramente e receber a vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica, devendo ser administrada na dose única de 1mg por via intramuscular após o nascimento ou seja, após a primeira hora em que o bebê deve estar em contato pele a pele e aleitamento (BRASIL, 2017; WHO, 2018).

Caso os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses. (BRASIL, 2017; WHO, 2018). Essa prática foi alcançada em sua totalidade, sugerindo a conscientização da importância da mesma para a saúde dos neonatos.

Mundialmente, os recém-nascidos são avaliados segundo o índice de Apgar, método introduzido em 1953 pela anestesista Virginia Apgar, que objetiva avaliar condições fisiológicas e de resposta do neonato; considera frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, coloração da pele e irritabilidade reflexa. Cada parâmetro tem alternativas de resposta com pontuações que variam de 0 a 2, e o somatório das respostas será um valor entre 0 e 10, quanto maior o valor melhores as condições fisiológicas do neonato (SCHARDOSIM *et al.*, 2018).

Porém, estudos questionam sua utilização como parâmetro isolado e sua acurácia pois remete a subjetividade do cuidador, então recomendam que o Apgar seja uma ferramenta avaliativa das manobras de reanimação instituídas em sala de parto, e não um elemento decisório para iniciar a reanimação neonatal ao nascimento, uma vez que, havendo a necessidade de ressuscitação, esta deverá ser iniciada antes do primeiro minuto (SNOWDEN *et al.*, 2017; KHAMBALIA *et al.*, 2017).

A episiotomia, a amniotomia e administração de ocitocina no trabalho de parto são práticas que não devem ser utilizadas de rotina e, quando utilizadas, devem ocorrer de forma limitada a casos estritamente necessários e devidamente justificadas (BRASIL, 2017; OMS, 1996; WHO, 2018). Porém, no presente estudo essas, práticas foram identificadas e nenhuma destas foram justificadas o que configura como práticas de uso inapropriado, chamando a atenção para amniotomia, que ocorreu em quase metade dos casos.

Vale ressaltar que algumas práticas como amniotomia, ocitocina de rotina e manobra de kristeller, já são inerentes à conduta de determinados médicos do centro

de parto, com a justificativa de abreviar o trabalho de parto e conseqüentemente tornar o plantão mais “resolutivo”.

A manobra de Kristeller ou pressão manual no fundo de útero para facilitar durante o período expulsivo considerada prática claramente prejudicial não sendo recomendada em qualquer circunstância, sendo considerada uma forma de violência obstétrica que pode causar lesões graves, como descolamento de placenta, fratura de costelas e traumas encefálicos ainda se fez presente (BRASIL, 2017; LEAL *et al.*, 2019; OMS, 1996).

Outro estudo corroborou tais dados, mostrando o uso de modo inapropriado da amniotomia (67,1%), a episiotomia e infusão de ocitocina sem justificativa também foram identificadas, além da manobra de Kristeller (SOUSA *et al.*, 2016).

O manejo ativo do trabalho de parto por meio do cuidado contínuo de um para um, ocitocina sintética e amniotomia precoce (rotura artificial das membranas amnióticas) não é recomendado para prevenção do trabalho de parto prolongado. O cuidado contínuo de um para um é o único componente do manejo ativo que demonstrou ser benéfico e é provavelmente o componente responsável pelos benefícios atribuídos a este manejo (WHO, 2018).

O uso da ocitocina sintética (hormônio que estimula as contrações uterinas) deve ser restrito a algumas situações como a falha no progresso do trabalho de parto, com o objetivo de permitir que o processo de parto progrida para um parto vaginal, portanto a identificação e a justificativa da sua necessidade deve ser realizada através do uso do partograma (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRÍGUEZ-BORREGO, 2016). Prática que se mostrou bastante deficitária na pesquisa em questão.

O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo. Não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como asfixia fetal que requer o parto vaginal instrumental, continua a ser estabelecido. Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local efetiva, justificativa da indicação e o consentimento informado da mulher são essenciais (BRASIL, 2017, OMS, 1996, WHO, 2018).

Um estudo de intervenção do tipo antes e depois mostrou que, após a implementação da intervenção educativa denominada “Seminário de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal”, a realização de amniotomia passou de 52,5% para 35,7%, o uso de ocitocina de 60,0% para 42,9%, a manobra de kristeller 20,7% para 10,0% remetendo a importância de se conhecer os obstáculos para a efetivação das práticas baseadas em evidências para que estratégias efetivas sejam executadas na melhoria dos indicadores benéficos a saúde materno-fetal (CÔRTEZ *et al.*, 2018).

Um grande percentual de partos foi assistido por profissionais médicos, o enfermeiro teve sua presença registrada na ficha de parto na minoria dos casos.

Porém no processo de parturição, O MS incentiva a atuação do enfermeiro como uma boa prática na assistência ao parto e nascimento, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), inclusive no cuidado ao parto normal, sem distócia (BRASIL, 1986). Assim, o MS tem investido em cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica no sentido de garantir a atuação dos mesmos como uma das estratégias de qualificação da assistência obstétrica constantes do Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2011b; BRASIL 2013; PEREIRA *et al.*, 2010).

A OMS soma esforços e considera o enfermeiro obstetra como o profissional mais adequado e com melhor custo-efetivo para a assistência aos partos de baixo risco ou risco habitual, esses profissionais são reconhecidos como capazes de desenvolver uma relação de escuta e confiança com a gestante, possibilitando orientações claras e precisas, favorecendo o empoderamento e autonomia da mulher no seu trabalho de parto e parto, levando-a à adoção de uma postura ativa, como protagonista de sua própria experiência de vida (WHO, 1996).

Nos serviços de saúde brasileiros, públicos e privados, tanto médicos quanto enfermeiros obstetras estão capacitados e autorizados a prestar assistência a partos de baixo risco, porém como os profissionais médicos tem formação mais voltada as complicações da gestação e do parto tendem a fazer uso intensivo de tecnologias. Portanto, a enfermagem obstétrica surge como aliada nessa superação, sendo preparada para atuar da forma mais fisiológica possível na implementação do

novo modelo de assistência obstétrica baseado em evidências científicas (VIEIRA *et al.*, 2016).

Uma revisão sistemática da Cochrane com mais de 17 mil mulheres, mostrou que as parturientes cuidadas por enfermeiras obstétricas tiveram redução das intervenções obstétricas em relação a outros modelos comparativos, além de um aumento na satisfação com a assistência recebida sem aumentar resultados adversos e tiveram maior chance de parto natural espontâneo, com maior sensação de controle sobre a experiência do parto (SANDALL *et al.*, 2016).

Mesmo com esses resultados favoráveis, a participação da enfermagem na assistência ao parto foi ainda pequena, remetendo à necessidade de estratégias e estudos que possam viabilizar a inserção do enfermeiro obstetra no cenário do parto e nascimento.

Um estudo em um hospital de ensino do Rio de Janeiro apontou como obstáculos para a prática da enfermeira obstétrica a insuficiência de enfermeiras especialistas na sala de parto; ausência de espaço para autonomia profissional; influência político-partidária na gestão da saúde; conflito de atuação com médicos obstetras; falta de apoio da equipe, principalmente em relação à capacitação de trabalhadores contratados (AMARAL *et al.*, 2019).

Alguns desses achados, como a ausência de espaço para autonomia profissional e o conflito de atuação com profissionais médicos, são semelhantes as dificuldades enfrentadas pela enfermagem obstétrica do HUMI.

Resultados semelhantes foram encontrados em dois estudos de avaliação incluindo 606 maternidades públicas e mistas (públicas e privadas) envolvidas na Rede Cegonha com um total de 10.675 puérperas e do estudo Nascer Saudável envolvendo 4.798 mulheres de hospitais da rede privada, mostrando que a enfermagem obstétrica teve sua presença registrada em apenas 27% dos partos vaginais no setor público, sendo quase inexistente no setor privado (LEAL *et al.*, 2019).

Apesar de grande parte das mulheres terem sido beneficiadas com a oferta dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, foram identificados apenas oito medidas, sendo o exercício de respiração, a deambulação e a massagem as mais prevalentes. Representando um baixa variedade, frente ao rol de opções disponíveis.

Mascarenhas *et al.* (2019), em sua revisão integrativa, elencaram uma diversidade de métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto e suas evidências científicas, entre elas estão a acupuntura e suas principais variações acupressão e auriculoterapia (29,17%), hidroterapia (25%), exercícios perineais com a bola suíça (16,67%), terapias térmicas (8,33%) e os demais métodos como musicoterapia, exercícios de respiração, reflexologia (20,83%).

Uma minoria de mulheres se beneficiaram da assistência baseada em evidências científicas, achado baseado na presença das boas práticas implementadas pela equipe do Centro de Parto do HUMI, possibilitando a compreensão das fragilidades ainda inseridas nesta unidade.

Segundo Carvalho e Brito (2016), O EB engloba as práticas consideradas essenciais para a oferta de uma assistência adequada ao parto ou seja baseada em evidências. Seu estudo transversal, realizado em Natal, trouxe dados semelhantes aos achados, trazendo que nenhum dos partos alcançou a pontuação máxima, concluindo que é preciso melhorar e readequar o modelo obstétrico vigente.

Um movimento na direção da Prática Baseada em Evidências (PBE), iniciou historicamente na Inglaterra na década de 70, tendo como fundamento a habilidade prática de encorajar o uso dos resultados de pesquisas (evidências) para a melhoria do cuidado, sempre priorizando a preferência do usuário (WEBER *et al.*, 2019).

A assistência baseada em evidências é o caminho mais seguro e humanizado pois agrega o melhor conhecimento científico, com a experiência clínica do profissional e a escolha do paciente, resultando em uma maior resolutividade na assistência em saúde.

WEBER *et al.* (2019) afirmam, em seu estudo, que a incorporação das práticas avançadas, depende das atitudes dos profissionais, das instituições e dos processos de trabalho das equipes de saúde. Igualmente, aprimorar as ações em saúde baseadas em evidências implica não somente numa postura isolada dos profissionais de saúde, mas também no apoio e incentivos dos serviços de saúde, com ambiente de trabalho que propicie e priorize espaços para momentos de trocas de conhecimentos entre os profissionais.

Estudos internacionais realizados com profissionais da Argentina, Uruguai e Irã para avaliação dos obstáculos para adoção de cuidados baseados em evidências mostraram que persistem barreiras no acesso as fontes de informações e resistência a mudanças construídas ainda na formação que não prepara os profissionais para um conhecimento dinâmico, que existe falta de conhecimento e habilidades. A falta de motivação para mudar ou adotar novos comportamentos, a falta de autoridade para tomar decisões, o temor por problemas legais, a comunicação precária entre profissionais e pacientes, a falta de estrutura e suprimento nos hospitais e os conflitos entre as normas e as decisões individuais dos médicos estavam entre as principais barreiras para adotar práticas baseadas em evidências científicas (BELIZAN *et al.*, 2017; IRAVANI *et al.*, 2016).

No Brasil, evidências científicas apontam que existe associação entre cor da pele e indicadores da atenção ao pré-natal e parto (LEAL *et al.*, 2017). Fato que pode justificar a associação da raça/cor com a assistência baseada em evidências no presente estudo.

Corroborando com os achados nos quais a assistência baseada em evidências esteve mais presente nas mulheres de cor parda e em seguida nas de cor preta, o estudo que avaliou as iniquidades na atenção pré-natal e parto, de acordo com a raça/cor oriundo de dados da pesquisa Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento, apontou menor exposição a intervenções obstétricas tais como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana entre pretas e pardas em relação às brancas, podendo significar um cuidado mais em acordo com as evidências científicas (LEAL *et al.*, 2017).

Quanto à associação do partograma com as evidências científicas no cuidado obstétrico, Brasil (2015) revela que na assistência ao trabalho de parto, o uso correto do partograma é uma prática que requer treinamento de baixa complexidade e tem muito baixo custo, sendo assim uma ferramenta simples e barata, mas que pode ter um grande impacto benéfico, especialmente nessa transição de modelos de assistência obstétrica e então recomenda o seu uso como parte das boas práticas obstétricas, baseadas em evidências.

A associação da ausência de estimulação do trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, manobra de kristeller, episiotomia) com a assistência baseada em

evidências pode ser justificada pelo fato dessas práticas refletirem na qualidade do cuidado ofertado e no desfecho obstétrico.

O uso da ocitocina na indução e condução do trabalho de parto e parto é uma prática considerada claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada quando administrada de um modo que não permita controlar seus efeitos, podendo ocasionar resultados adversos como a taquissístolia, hipertonia e hiperestimulação uterina levando a rotura uterina, no feto, o mais frequente efeito colateral é o sofrimento fetal agudo (OLIVEIRA et al., 2017).

A manobra de kristeller não é uma prática recomendada pela literatura por estar relacionada com lesões maternas e fetais, relatado pelas mulheres como um procedimento doloroso e violento. A adoção de um modelo de cuidado baseado em boas práticas clínicas é o caminho mais seguro para mudar a realidade na assistência das maternidades que insistem em reproduzir essa ação (BRASIL, 2017; REZENDE, 2016).

A episiotomia surgiu com a medicalização do parto trazendo a justificativa de melhorar os resultados maternos e neonatais e se tornou rotineira, porém estudos atuais baseados em evidências apontam para a necessidade de desuso da prática por mostrar ser uma das causas mais frequentes de morbidade materna durante o pós-parto, por expor a mulher ao aumento de perda sanguínea, infecção, dispareunia, incontinência urinária, prolapso vaginal, entre outros (GARRETT; NEVES; OSELAME, 2016).

Existe uma relação estatisticamente significativa entre o uso de episiotomia e o risco aumentado de lacerações graves (3º e 4º graus), com lesão de esfíncter anal; a taxa de hemorragia pós-parto foi maior em mulheres que tiveram episiotomia e o tempo de hospitalização foi mais prolongado (JÚNIOR; JÚNIOR, 2016).

A significância estatística da posição não supina sobre o assistência baseada em evidência pode ser explicada pelo efeito negativo da posição não verticalizada na progressão do trabalho de parto podendo trazer efeitos adversos para o feto, pelo fato da posições verticais reduzirem o tempo do trabalho de parto, pela menor probabilidade de cesariana, menor necessidade de analgesia farmacológica e menor número de admissões em UTI neonatais (PETRUCCE *et al.*, 2017).

Uma revisão sistemática com metanálise concluiu que a adoção de posições verticalizadas, no parto normal, devem ser encorajada pelos profissionais, pois pode evitar traumas graves com necessidade de sutura, e, pode contribuir para a integridade perineal. A posição litotômica deve ser utilizada com cautela pelos profissionais, pois pode aumentar o risco de lacerações perineais graves e intervenções obstétricas desnecessárias, tais como a episiotomia (ROCHA et al., 2020).

7 Conclusão

Os resultados deste estudo revelaram aspectos relacionados as boas práticas no cenário do parto e nascimento, possibilitando conhecer o perfil sociodemográfico e obstétrico das parturientes e se o cuidado ofertado a elas tiveram embasamento científico suficiente para produzir o desfecho assistência baseada em evidências científicas.

Foram encontradas práticas apoiadas no modelo humanizado na perspectiva da prática baseada em evidência científica, refletindo o empenho da equipe que integra o cuidado ao parto e nascimento da instituição avaliada, porém, práticas baseadas no modelo tecnocrático ainda foram reveladas.

As boas práticas registro do índice de Apgar e administração da vitamina K no RN estão consolidadas, as práticas presença do acompanhante, administração de ocitocina no pós-parto, verificação dos lóquios materno, aleitamento materno e contato pele a pele na 1ª hora de vida, uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor, estímulo a posição não supina no trabalho de parto e parto, clampeamento tardio do cordão foram ofertadas para a maioria das parturientes.

Enquanto as práticas uso do partograma, registro da P.A materna a cada quatro horas, oferta de analgesia peridural e profilaxia da oftalmia neonatal devem ser estimuladas, as práticas episiotomia, a amniotomia e administração de ocitocina no trabalho de parto precisam ser usadas com cautela; a manobra de kristeller - práticas sem evidências científicas, necessitam ser abolidas.

A assistência baseada em evidências, diante do escore, revelou que uma minoria de mulheres se beneficiaram de tal modelo, levando a reflexão das necessidade de novas pesquisas em busca da compreensão da não realização de práticas evidentes no Centro de Parto do HUMI. A raça/cor, presença do partograma, ausência de estimulação do TP e parto e parto em posição não supina apresentaram associação com a assistência baseada em evidências científicas.

A pesquisa pode fornecer subsídios para o planejamento de uma assistência mais humanizada a mulher no processo de parturição, subsidiando ações para qualificar o cuidado obstétrico e neonatal com vista ao alcance das propostas governamentais e dos ODS, com consequente redução das mortes maternas e neonatais evitáveis.

Quanto às dificuldades encontradas, destaco que não foram encontrados estudos que descrevessem a significância estatística das boas práticas com o desfecho assistência baseada em evidências, e poucos estudos de associação das práticas de atenção ao parto e nascimento com outras boas práticas preconizadas, sugerindo a necessidade de incentivar estudo do tipo como forma de conhecer o poder que a implementação em conjunto das boas práticas tem em influenciar um resultado obstétrico que garanta o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido.

A transformação do modelo assistencial na obstetrícia ainda é um desafio atual e urgente, que requer esforços tanto de gestores quanto de profissionais de saúde para a necessidade de capacitação e sensibilização frente às lacunas encontradas, visando modificar o modo de nascer por meio da assistência baseada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **População brasileira é formada basicamente de pardos e brancos, mostra IBGE.** 2017. Disponível em < <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-11/populacao-brasileira-e-formada-basicamente-de-pardos-e-brancos-mostra-ibge>>. Acesso em: 25 out. 2020.
- AGÊNCIA BRASIL. **OMS divulga recomendações de boas práticas para o parto normal.** 2018. Disponível em:<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2018-02/oms-divulga-recomendacoes-de-boas-praticas-para-o-parto-normal>>. Acesso em: 25 out 2020.
- ANDRADE, L. F. B.; RODRIGUES, Q.P.; SILVA, R.C. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. **Rev. enferm. UERJ**, v.25, p.1-7, 2017. Disponível em: < file:///D:/User/Downloads/26442-121933-1-PB.pdf>. Acesso em: 06. set. 2020.
- ANDRADE, S.G. et al. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e obstétrico de parturientes em um hospital e maternidade de Sobral, Ceará. **Rev. Pre. Infec. e Saúde**, v.4 n. 7283, 2018. Disponível em: < <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/7283>>. Acesso em: 05 agost. 2020.
- ANDRADE, U.V.; SANTOS, J.B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019. Disponível em: < <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/585/pdf>>. Acesso em: 02 mar.2020.
- ANTUNES, R. **Amostragem aleatória simples.** Site sondagens e estudos de opinião 2011. Disponível em:< <https://sondagenseestudosdeopiniao.wordpress.com/amostragem/amostras-probabilisticas-e-nao-probabilisticas/amostragem-aleatoria-simples/>>. Acesso em: 02 fev. 2020.
- AMARAL, R. C. S. et al. A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery [online]**, v.23, n.1, p. e20180218, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180218.pdf>. Acesso em: 05 fev.2020.
- ASSIS, H. M. **Mortalidade fetal:** um estudo para os óbitos evitáveis ocorridos no Município de Belo Horizonte, 2008-2010 [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2013. Disponível em: < https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/AMSA-97XNHX/1/heloisa_m_assis___tese.pdf >. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BELIZAN, M. et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. **Health Educ. Res.**, v. 22, n. 6,

p. 839-853, 2017. Available from:

<<https://academic.oup.com/her/article/22/6/839/641694>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

BAZIRETE, O.; MBOMBO, N.; ADEJUMO, O. Utilisation of the partogram among nurses and midwives in selected health facilities in the Eastern Province of Rwanda.

Pubmed, v.40, n. 1, p. 1-9, 2017. Disponível em<

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28828869/>>. Acesso em 03 nov. 2020.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Legislação para o Exercício da Enfermagem, 1986. 6p. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 20 dez 2020.

_____. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2000. p.112.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 26 out. 2019.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir as 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, 2005a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.&text=Art.,-19%2DJ](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm#:~:text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.&text=Art.,-19%2DJ.)>. Acesso em: 03 mai. 2020.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.067 de 4 de julho de 2005: Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Diário Oficial da União 2005b jul. 2005.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>>. Acesso em: 18 out. 2019.

_____. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha. Brasília, 2011b. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
Acesso em: 19 out.2019.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestão de alto risco**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 302 p, 2012. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf> f.> Acesso em: 23 agost. 2019.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em 02 fev. 2020.

_____. _____. Ministério da Saúde. Gestão de Atenção à Saúde. **Nota técnica de revisão rápida**: Revisando o uso do partograma e seu papel nas indicações de cesariana intraparto. BELO HORIZONTE.2015. Disponível em:<
<https://www.acoesunimedbh.com.br/sexoesclinicas/wordpress/wp-content/uploads/2015/05/Partograma.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2020.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.51 p. : il. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade materna no Brasil. **Boletim epidemiológico nº 20**. Volume 51. Maio/2020.

BRIGGS, L. Restricted access Pushing in Silence: Modernizing Puerto Rico and the Medicalization of Childbirth. **Bulletin of the History of Medicine Johns Hopkins University Press**, v.92 n.4, p.706-707, 2018.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 50 n.5, p. 741-748. 2016. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/3610/361048760005_2.pdf. Acesso em: 11 fev. 2021.

CÔRTEZ, C.T. et al. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, p. 1-11, 2018. Disponível em: <file:///D:/User/Downloads/144192-Texto%20do%20artigo-286264-1-10-20180309.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2020.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos**- Piauí. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10pi.def>>. Acesso em: 22 out. 2020.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política o pública de humanização da assistência. **Caderno de Saúde pública**, v. 22, n.12, p. 2647-2655, 2006.

DINIZ, C. S. G. et. al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reprod Health Matters**, v.26, n.53, p.19-35, 2018. Disponível em: < <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09688080.2018.1502019>>. Acesso em: 20 out. 2020.

DUARTE, F.C.P. et al. Conhecimento e prática de profissionais de enfermagem sobre profilaxia da oftalmia neonatal. **Esc. Anna Nery**, v.23, n.1, p. 1-9, 2019. Disponível em:< https://www.scielo.br/pdf/ean/v23n1/pt_1414-8145-ean-23-01-e20180212.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2020.

FIRMO, W.C.A. et al. Perfil dos exames laboratoriais em gestantes atendidas no Centro de Saúde de Lago Verde, Maranhão, Brasil. **J Manag Prim Heal Care** v. 4 n. 2, 2015. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v4i2.173>. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/173>>. Acesso em: 30 set. 2019.

FRUTUOSO, L. A. L. M. et al. Mortalidade materna em Pernambuco: delineando o perfil epidemiológico (2009-2013). **Enfermagem Brasil**, v.18, n.4, p.510-517, 2019. Disponível em: < <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2574/html>>. Acesso em: 30 set. 2019.

GARRETT, C.A.; NEVES, E.B.; OSELAME, G.B. O uso da episiotomia no Sistema Único de Saúde Brasileiro: a percepção das parturientes. **Rev Saúde e Pesquisa**, v.9, n.3, p.453-459, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5560/2912>>. Acesso em 20 fev. 2021.

GOMES, I.E.M. et al. Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFSM**, v.9, p. 1-18, 2019. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/1fe0/9411d3f38da42aa1a39035e6730778143a44.pdf?_ga=2.184941228.483255026.1609810580-1984206098.1609810580>. Acesso em 04 dez. 2020.

HECKERT, A. L. C. et.al. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface Comun Saúde Educ.**, v.13, n.1, p.493-502, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a02v13s1.pdf>>. Acesso em: 11 agost. 2020.

HIDALGO-LOPEZOSA, P.; HIDALGO-MAESTRE, M.; RODRÍGUEZ-BORREGO, M.A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.24, p. 1-8, 2016. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02744.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Rendimento domiciliar per capita**. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad Contínua). Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2019.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

IRAVANI, M. et al. Barriers to Implementing Evidence-Based Intrapartum Care: A Descriptive Exploratory Qualitative Study. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 18, n. 2, p.1-7, 2016. Available from:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863155/pdf/ircmj-18-02-21471.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2021.

JÚNIOR, M.D.C; JÚNIOR, R.P. Selective episiotomy: indications, technique, and association with severe perineal lacerations. **Rev. Bras. Ginecol.**, v. 38, n. 6, p. 301-307. 2016. Disponível em:<<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0036-1584942>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

JORDAN, Z. P. et al. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. **International Journal of Evidence-Based Healthcare.**, v. 17 - Edição 1 – p. 58–71, 2019. Disponível em:<
https://journals.lww.com/ijebh/Fulltext/2019/03000/The_updated_Joanna_Briggs_Institute_Model_of.8.aspx>. Acesso em: 03 jul. 2019.

KERBER, G. F.; MELERE, C. Prevalência de síndromes hipertensivas gestacionais em usuárias de um hospital no sul do Brasil. **Rev Cuid.**, v.8, n.3, p.1899-1906, 2017. Disponível em :<<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.454>>. Acesso em: 03 nov. 2020.

KHAMBALIA, A.Z. et al. Long-term outcomes for large for gestational age infants born at term. **J Paediatr Child Health**, v. 53, n. 9, p. 876-881, 2017. Disponível em:<
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28868781/>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

LAMBERT, S.R.; LYONS, C.J. **Taylor & Hoyt's Pediatric Ophthalmology and Strabismus**. 5ª edição. Edimburgo: Elsevier, 2017.

Leal, M.C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 1-17, 2017. Disponível em:
 <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017001305004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 fev. 2021.

LEAL, M.C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 7, p. 1-14, 2019. Disponível em:<
<https://scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n7/e00223018/pt>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

LEAL, M.C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50 n. 8, p. 1-12, 2020. Disponível em:
 <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102020000100206&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 07 out. 2020.

LONGO, C. S. M. et.al. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev Eletrônica Enferm.**, v.12, n.2, p.386-391, 2010. Disponível em: <
<file:///C:/Users/Karla/AppData/Local/Temp/6945.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2019.

LOPES, C.V. et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Rev Cogitare Enferm.** v. 14, n. 3, p. 484-490, Paraná 2015. Disponível em: <
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16178/10697>>. Acesso em: 07 agost. 2019.

LOPES, T.P.S.; RIOS, X.V.; SILVA, R.C.V.S. Peregrinação anteparto: compreendendo o significado da busca pelo direito de parir. **Repositório Institucional Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**. 2018. Disponível em:<
<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/3390>>. Acesso em: 06 set.2020.

LOPES, G.C. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.27,n. 29, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100327>. Acesso em: 20 julho 2019.

MASCARENHAS, V.H. *et al.* Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. **Acta Paul Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 350-357, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v32n3/1982-0194-ape-32-03-0350.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2020.

MARCHIORI, G.R.S. *et al.* O direito ao acesso e acompanhamento ao parto e nascimento: a ótica das mulheres. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.11, n.7, p.2683- 90, jul., 2017. Disponível em: <file:///D:/User/Downloads/23440-45641-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 mai.2020.

MARQUES, F. C. *et al.* Parto humanizado: uma revisão transdisciplinar. **International Journal of Research - Granthaalayah**, v.8, n.6, p.1-16, 2020.

MCCOURT,C. Technologies of birth and models of midwifery care. **Rev. esc. enferm.** USP [internet] 48(spe):168-177 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600024>.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700168>. Acesso em: 05 maio 2019.

MEDEIROS R. M. K. *et al.* Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Ver. Bras. Enferm.** , v.29, n.6, p.1091-8, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700168>. Acesso em: 05 nov. 2019.

MENDES, R. B. *et al.* Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.3, p. 793-804, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300793>. Acesso em: 14 out. 2020.

MOORE, E.R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. Disponível em: <https://www.cochrane.org/pt/CD003519/PREG_contato-pele-pele-precoce-entre-maes-e-recem-nascidos-saudaveis>. Acesso em: 02 nov. 2020.

MONGUILHOTT, J.J.C. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, v.52, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052006258.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MORAES, L.M.V. *et al.* Fatores associados à peregrinação para o parto em São Luís (Maranhão) e Ribeirão Preto (São Paulo), Brasil: uma contribuição da coorte BRISA. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n. 11, p. 1-14, 2018. Disponível em <<https://scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n11/e00151217/pt> >. Acesso em: 02 out. 2020.

NICIDA, L. R. A. A medicalização do parto no Brasil a partir do estudo de manuais de obstetrícia. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos [online]**, v.25, n.4, p.1147-1154, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-1147.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2019.

NICIDA, L.R.A. et al. Medicalização do parto: Os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciê. Saúde Colet.**, v.25, n.1, 2019. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medicalizacao-do-parto-os-sentidos-atribuidos-pela-literatura-de-assistencia-ao-parto-no-brasil/17102?id=17102>. Acesso em: 13 fev. 2021.

NAKANO, A.R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L.A. Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia, de Jorge de Rezende. **Hist. ciênc. saúde-Manguinhos**, v. 23, n.1, p. 155-172, 2016. Disponível em:< https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702016000100155&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 mai.2020.

OLIVEIRA, L.B. et al. Laceração perineal associada ao uso de ocitocina exógena. **Rev enferm UFPE**, v. 11, n. 6, p 2273-2278, 2017.

OLIVEIRA, R.C.; DAVIM, R.M. Prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. **Rev. enferm. UFPE**, v. 13, n.1 p.236-48, 2019. Disponível em: < <file:///D:/User/Downloads/238415-132319-1-PB.pdf>>. Acesso em: 07. set. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Agenda 2030 de Desenvolvimento**

Sustentável. Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental. 2015. Disponível em:

<http://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf>. Acesso em: 20 out 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa -**

Mortalidade materna. Brasil Organização Mundial de Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>. Acesso: 22 out 2020. Acesso em: 05 dez 2019.

_____. _____. **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. 2018**. Disponível em:

<<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 23 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Maternidade segura. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS; 1996. Disponível em: < <http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/>>. Acesso em: 05 jun.

_____. _____. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros:** melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. Genebra, 2017.

_____. _____. **Recomendações da OMS:** cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto. Genebra, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=926FBC3269984F6427A02CFCBC5AB023?sequence=1>>. Acesso em: 25 nov 2019.

PASCHE, D.F; VILELA, M.E.A; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Rer Tempus Actas de Saúde Col.** 4(4):105-117 2016.DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v4i4.838>. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838/801>>. Acesso em 15 julho de 2019.

PARADA, C. M. G. L.; TONETE, V. L. P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Comunicação Saúde Educação**, v. 12, n. 24, p.35-46, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 15 dez. de 2019.

PEREIRA, A.L.F. et al. **Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010. 164 p. il., tab.

PEREIRA, D.O. et al. Avaliação das consultas de pré-natal: adesão do pré-natal e complicações na saúde materno-infantil. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n.3, p.2-15, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12891/9349>>. Acesso em 02 mai. 2020.

PEREIRA, R.M. et al. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.23, no.11, p.3517-3524. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3517.pdf>>. Acesso em 02 mai. 2020.

PEREIRA, S. B. et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.3, p.1313-1319, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3517.pdf>>. Acesso em: 04 fev.2020.

PETRUCCE, L.F. et al. Humanização no atendimento ao parto baseado em evidências. **Femina**®, v. 45, n.4, p. 212-222, 2017. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/67Z-ZFEMINA.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2021.

PROEN. O Campus também é seu. **Guia do estudante**, 2017. Disponível em: <http://www.ufma.br/portalUFMA/arquivo/YK7FHh9KHYDtf0E.pdf>. Acesso em: 04 jul.2019.

REZENDE, J. M. **Obstetrícia**. 13ª edição. Guanabara Koogan, 2016.

RETT, M.T.et al. Satisfação e percepção de dor em puérperas: um estudo comparativo após parto vaginal e cesariana em maternidades públicas de Aracaju. **ABCS Health Sci.**, v. 42 n. 2, p. 66-72, 2017. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-849011> >. Acesso em: 05 set. 2020.

ROCHA, L.B. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. **Rev. Med. Saúde Brasília**, v. 6, n.3, p. 384-394, 2017. Disponível em:< <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318>>. Acesso em: 07 out. 2020.

ROCHA, I.M.S.; BARBOSA, V.S.S.; LIMA, A.L.S. Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. **Revista Recien**, v.7, n. 21, p.:21-29, 2017. Disponível em: < <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/239/326>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

ROCHA, B.D. et al. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Rev. esc. enferm. USP**, v.54, p.1-11, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v54/1980-220X-reeusp-54-e03610.pdf>>. Acesso em 06 jan. 2021.

RODRIGUES, A.R.M. et al. Gravidez de alto risco: análise dos determinantes de saúde. **Rev. SANARE**, V.16 Suplemento n.01, p.23-28, 2017. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135/620>>. Acesso em: 14 agost. 2020.

RIBEIRO, L. C. C. et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, n.e1294, p.1-8, 2017.

RIBEIRO, J.F. et al. Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade pública. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 07, n. 01, p. 65-81. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3380/3067>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

RUAS, C.A.M. et al. Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.20, n.2, p. 397-409, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v20n2/pt_1519-3829-rbsmi-20-02-0385.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2021.

SALA, V. V. V. “A enfermidade normal”: Aspectos históricos e políticos da medicalização do parto. **Sex., Salud Soc.**, v.1, n.34, p.90-107, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/sess/n34/1984-6487-sess-34-90.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2020.

SALAZAR, E.R.S. et al. O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. **Rev. Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 3, 2020. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2848/html>. Acesso em: 02 dez. 2020.

SALES, D.C.; MAGALHÃES, F.C. Pesquisa Participante na preparação ao parto: Abordagem Centrada na Pessoa e a humanização do parto. **Atas-Investigação qualitativa em Saúde**, Fortaleza, v.2, p. 906-915,2018. Disponível em:

<<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1862/1812>>. Acesso em 01 mar 2019.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. Disponível em: <

<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/epdf/full>>.

Acesso em: 01 nov. 2020.

SANTANA, T. D. B. et al. avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v.17, n.61, p.135-141, 2019. Disponível em:

<https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012>.

Acesso em 02 mar 2020.

SANTOS, M.J.; CAPOBIANCO, M.P. HIPERTENSÃO GESTACIONAL. **Rev. Unilago**, v. 1, n.1, p. 1-14, 2019. Disponível em: <

<<http://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/203>>.

Acesso em: 03 dez. 2020.

SÃO LUÍS. Secretária de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. São Luís: SESMA, 2020.

SEGUNDO, A.F.P.S.; NETA, D.T.C. Clampeamento tardio do cordão umbilical e os benefícios ao neonato: revisão integrativa da literatura. **Journal of Specialist.**, v.1, n.3, p. 2-20, 2019. Disponível em: <

<<http://www.journalofspecialist.com.br/jos/index.php/jos/article/view/103>>. Acesso em: 04 jan. 2021.

SCHARDOSIM, J.M. et al. Parâmetros utilizados na avaliação do bem estar do bebê no nascimento. **Av. Enferm.**, v. 36, n. 2, p 197-208, 2018. Disponível em: <

<<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-197.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2020.

SCARTON, J.et al. Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de

primíparas. **Rev. Fund. Care Online**, v. 10 n.1, p. 17-24, 2018. Disponível em: <

<<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-908410>>. Acesso em: 03.

agost. 2020.

SESAPI. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. **Piauí estabelece plano com meta de reduzir em 21% mortalidade materna até 2023**. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2019-08-06/9236/piaui-estabelece-plano-com-meta-de-reduzir-em-21-mortalidade-materna-ate-2023.html>>. Acesso em: 22 out. 2020.

SILVA, T. C. et al. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, n.e1294, p.1-8, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1294/1314> >. Acesso em: 23 out. 2020.

SILVA, M.C.R.G. et al. Perfil epidemiológico, obstétrico e sociodemográfico de gestantes atendidas em um centro de saúde da família. **Rev. Saúde e Desenvolvimento**, vol.13, n.14, p. 101-111. 2019. Disponível em:< <https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/viewFile/1019/574>>. Acesso em: 22 out, 2020.

SILVA, E.A.R.; SILVA, G.G.; CARNIEL, F. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos em um município da Amazônia legal. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v.29,n.2,p.34-39, 2019. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200105_101907.pdf>. Acesso em: 30 out. 2020.

SIQUEIRA, T.V et al. Medicamentos uterotônicos utilizados em hemorragia puerperal. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 6, p. 6112-6123, 2019. Disponível em: < <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/5618/5082>>. Acesso em: 02 out. 2020.

SNOWDEN, J.M. et al. A 'busy day' effect on perinatal complications of delivery on weekends: a retrospective cohort study. **BMJ Qual Saf.**, v. 26, n. 1, 2017. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27472947>>. Acesso em 07 out. 2020.

SOUZA, J.P. Mortalidade materna e os novos objetivos do desenvolvimento sustentável (2016-2030). **Rev Bras Ginecol Obstet** ; 37: 549-51. 2015.

SOUSA, A.M.M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 2, p: 324-331, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>. Acesso em: 16 st. 2020.

SOUSA, F.L.S. et al. Motivos da não realização do pré-natal por gestantes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.Sup.n.55, p. 1-8, 2020. Disponível em: < <file:///D:/User/Downloads/3878-Artigo-42683-2-10-20200806.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

TEIXERENSE, M.M.S.; SANTOS, S.L.S. Da expectativa à experiência: humanização do parto no Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**, v.22, n.65, p:399-410,

2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n65/1414-3283-icse-22-65-0399.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

TORRES, N. **The Over - Medicalization of Childbirth and the Role of the.** 2016. Disponível em: <https://cache.kzoo.edu/handle/10920/30207>. Acesso em: 20 out 2020.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p.1-11, 2017. Disponível em: < <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-33-03-e00195815-1.pdf>>. Acesso: 10 set. 2020.

TORRES, J.A. et al. Evaluation of a quality improvement inter - vention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. **Reprod Health**, v. 15, n. 1, 2018. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30477517/>>. Acesso em: 03 dez. 2020.

VENDRÚSCOLO, C.T.; KRUEL, C.S. Livre escolha da parturiente pelo acompanhante e seus entraves: desafios para a humanização da assistência ao parto e nascimento. **Barbarói**, n.49, p. 52-70, 2017. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/7489>>. Acesso em: 02 agost. 2020.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VIEIRA, M.J.O. et al. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36714>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>>. Acesso em: 26 de junho 2019.

World Health Organization. **Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia.** 48p, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335_eng.pdf;jsessionid=52ACCE030119222A196183640EA76214?sequence=1>. Acesso em: 18 out. 2019.

_____. _____. **Maternal mortality.** Factsheet 348 2016. Available from: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>> [accessed 01.06.2019].

_____. _____. **Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth:** a practical guide. Geneva; 1996.

_____. _____. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=926FBC3269984F6427A02CFCBC5AB023?sequence=1>>. Acesso em: 20 de junho 2019.

WOSNIAK, T.C. et al. Perfil epidemiológico das puérperas em uma maternidade do município de Ponta Grossa: implicações ao aleitamento materno. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Anais...Campo Grande(MS). Even, 2018.p. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/cobeeon/63018-perfil-epidemiologico-das-puerperas-em-uma-maternidade-do-municipio-de-ponta-grossa--implicacoes-ao-aleitamento-ma/>>. Acesso em: 11 set. 2020.

WEBER, M. L. et al. Prática de enfermagem baseada em evidências e suas implicações no cuidado: uma revisão integrativa. **Revista enfermagem atual in derme**, v. 90, n.28, p.1-9, 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/Karla/AppData/Local/Temp/529-Texto%20do%20artigo-2078-1-10-20191224.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2020.

ZULAWSKI, A. Review of Pushing in Silence: Modernizing Puerto Rico and the Medicalization of Childbirth, by Isabel M. Córdoba. **The Americas**, v.76, n.2, p.378-380, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento para Parturiente (Questionário)Puérpera: _____ **Pront** _____**Fatores socioeconômicos e demográficos da gestante**

1. Idade: _____ 2. Ocupação: () dona de casa () comerciante () vendedora () autônoma () estudante () outra _____

3. Nível de instrução: () SI e EFin () EFC e EMin () EMc e ESin () ESc () SI

4. Cor ou raça: () branca () preta () amarela () parda () indígena

5. Estado Civil: () casada () solteira () viúva () divorciada () união estável

6. Moradia: () Capital () Interior () outros _____

7. Fuma: () Sim () Não 8. Fumou durante a gravidez? () Sim () Não () SI

SE SIM

8.1. Nos primeiros 5 meses? () Sim () após os 5 meses () toda a gestação () SI

9. Fez uso de drogas? () Sim, já fez () Sim, já fez e continua () Nunca

10. Consome bebida alcoólica? () Sim () Não

SE SIM

10.1. Nos primeiros 5 meses? () Sim () após os 5 meses () toda a gestação () SI

Pré- Natal da gestante

11. Fez pré-natal? () Sim () Não

SE NÃO

11.1. O motivo foi referido? () Não () Sim Qual?

() não sabia que estava grávida () não desejava essa gravidez () não achou importante () não tinha dinheiro () não tinha quem a acompanhasse () local distante ou de difícil acesso () não conseguiu consulta () o atendimento era demorado () não podia ir nos horários de atendimento () o profissional era homem () não gostava dos profissionais do serviço () outro motivo _____

SE SIM

11.2. Quantas consultas: _____ consultas () SI

11.3. Onde foram realizadas as consultas? () serviço público Qual? _____ () serviço particular/ plano de saúde Qual? _____

() nos dois Quais? _____

Gestação atual e Saúde gestacional da gestante

12. Paridade G ___ P ___ A

13. Gestante de Risco: () Habitual () Alto Risco, motivo _____

14. Já esteve grávida antes? () Sim () Não

SE SIM

14.1. Quantos partos já teve, excluindo o atual? () 1 () 2 () 3 ou mais

14.2. Quantos partos normais, excluindo o atual? () todos () nenhum () ao menos um

14.3. Quantos partos cesáreos, excluindo o atual? () todos () nenhum () ao menos um

14.4. Quantos filhos nasceram vivos, excluindo o atual? () nenhum () ao menos um () todo

14.5. Quantos filhos nasceram mortos, excluindo o atual? () todos () nenhum () ao menos um

14.6. Teve algum bebê que nasceu prematuro: () SIM () NÃO

SE SIM

14.6.1. Foi o atual? () Sim () Não

15. Já teve algum aborto? () Sim () Não

SE SIM

15.1. quantos? () um () dois () três ou mais

16. Desenvolveu durante a gestação: () DG () SHEG

APÊNDICE A - Instrumento para Parturiente (Questionário)

17. Já teve ou tem: () HIV + () Sífilis () Hepatite B () Toxoplasmose () Outros _____
 18. Durante a gestação teve alguma complicação? () Sim () Não

SE SIM

- 18.1. qual? () ITU () Pré-eclâmpsia () DST () Outra _____
 19. Durante a gestação precisou se internar alguma vez? () Sim () Não
 20. Qual a data da sua última menstruação (DUM)? ___/___/___ () NL
 21. Qual a idade gestacional na internação? Se DUM conhecida: IG (DUM ___/___/___)=
 Se primeira US for do primeiro trimestre- até 12 S: IG(US ___ S ___ D)=
 22. Quantos centímetros de dilatação na internação? _____ cm

Parto

23. Hora do parto: ___ horas ___ min () SI 24. Data do parto: ___/___/___ () SI
 25. Tipo de gestação: () única () gemelar () tripla ou mais () SI
 26. Sexo: () F () M () FF () MM () FM () SI
 27. Apresentação fetal: () cefálica () face () ombro () nádegas () Outras () SI
 28. Presença de mecônio: () Sim () Não () SI
 29. Episiotomia: () Sim () Não () SI Fórceps: () Sim () Não () SI
 30. Intercorrência: () hemorragia () retenção placentária () distócia de ombro ()
 prolapso de cordão () sem intercorrência () eclâmpsia () SI
 31. Quem assistenciou o parto: () obstetra () residente _____ () enfermeira
 () doula () outro _____ () SI
 32. Apgar no 1º minuto: () 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () SI Apgar no 5º minuto: () ≥ 3 () 4 a 7 () 8 a
 10 () SI
 33. Quem atendeu o recém nascido:
 () neonatologista () residente _____ () enfermeira () doula () outro _____ () SI

Data da coleta: ___/___/___

Responsável pela coleta: _____

APÊNDICE B – Verificação das Boas Práticas (Check-List)

- Partograma preenchido () Sim () Não obs. _____
- Frequência das contrações uterinas realizada de 1 em 1 hora no 1º período do TP () Sim () Não obs. _____
- Pulso materno verificado de 1 em 1 hora no 1º período do TP () Sim () Não obs. _____
- Registro de temperatura materna de 4 em 4 horas () Sim () Não obs. _____
- Registro de PA materna de 4 em 4 horas () Sim () Não obs. _____
- Presença do acompanhante () Sim () Não obs. _____
- Administração de 10 ui de ocitocina a mãe um minuto após o parto () Sim () Não obs. _____
- Verificação dos lóquios materno no espaço de 1h após o parto () Sim () Não obs. _____
- Início da amamentação na 1ª hora de vida do RN () Sim () Não obs. _____
- Registro de RN em contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento () Sim () Não obs. _____
- Mãe e RN permaneceram internados durante pelo menos 24 horas após o parto () Sim () Não obs. _____
- Registro do uso medidas não farmacológicas de alívio da dor () Sim () Não obs. _____
- Se sim Quais? _____
- Registro de que não foi prescrito dieta zero para a parturiente () Sim () Não obs. _____
- Ausculda do BCF realizada a cada 30 minutos () Sim () Não obs. _____
- Uso de analgesia de parto na parturiente () Sim () Não obs. _____
- Realização de episiotomia () Sim () Não obs. _____
- Se Sim foi justificada () Sim () Não obs. _____
- Realização de enema () Sim () Não obs. _____
- Realização de tricotomia pubiana e perineal () Sim () Não obs. _____
- Amniotomia durante o Trabalho de Parto () Sim () Não obs. _____
- Estimulação da parturiente a se movimentar durante o Trabalho de Parto () Sim () Não obs. _____
- Estimulação da parturiente a adotar posição diferente da deitada no tp e parto () Sim () Não obs. _____
- O pinçamento do cordão umbilical foi realizado entre 1 a 5 minutos ou quando cessou a pulsação () Sim () Não Obs. _____
- Registro de aspiração orofaríngea ou nasofaríngea do RN () Sim () Não obs. _____
- Registro da frequência da diurese materna () Sim () Não obs. _____
- Evidência da realização da manobra de Kristeller () Sim () Não obs. _____
- Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto () Sim () Não obs. _____
- Registro do Índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida do RN () Sim () Não obs. _____
- Realizado profilaxia da oftalmia neonatal () Sim () Não obs. _____
- Registro da administração vitamina K no RN () Sim () Não obs. _____

ANEXOS

Anexo A- Planilha de Produção do Centro Obstétrico

Planilha de Produção do CO	História Obstétrica	Cesárea Prévia *
*Obrigatório	Gestação (G) *	<input type="radio"/> Sim
Data *	Escolher ▾	<input type="radio"/> Não
Data	Paridade (P) *	Quantas cesáreas? *
Nome da usuária *	Escolher ▾	Sua resposta
Sua resposta	Aborto (A) *	Cesárea Prévia há quantos anos? *
Idade (anos) *	Escolher ▾	Escolher ▾
Sua resposta	Quantos Partos Normais ? *	Histórico de enfermagem preenchido *
Prontuário *	Sua resposta	<input type="radio"/> Sim
Sua resposta	Idade Gestacional (Semanas) *	<input type="radio"/> Não
Sua resposta	Sua resposta	
Exames Triagem no Pré-Natal	Alguns Resultados Positivos? *	Classificação do Risco Obstétrico
Paciente fez exames de Triagem no pré-Natal *	<input type="checkbox"/> Não	O risco deve ser definido no momento do parto, independente da classificação inicial.
<input type="radio"/> Sim	<input type="checkbox"/> HIV	Risco da Gestante *
<input type="radio"/> Não	<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="radio"/> Alto Risco (AR)
Quais os exames de triagem do Pré-natal ? *	<input type="checkbox"/> Hepatite B	<input type="radio"/> Risco Habitual (RH)
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Hepatite C	
<input type="checkbox"/> Sífilis	<input type="checkbox"/> Não realizou	
<input type="checkbox"/> Hepatite B		
<input type="checkbox"/> Hepatite C		
<input type="checkbox"/> Não realizou		
<input type="checkbox"/> Sem informação		
<input type="checkbox"/> Outro:		

ANEXO A- Planilha de Produção do Centro Obstétrico

<p>Planilha de Produção do CO</p> <p>*Obrigatório</p>	<p>Informações do Trabalho de Parto</p>	<p>Presença de Doula no TP *</p>
<p>Destino Paciente</p>	<p>Presença do acompanhante no TP *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p>	<p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>Houve acompanhamento do Trabalho de Parto *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>	<p>Acesso venoso no durante o TP? *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p>	<p>Oferta de dieta no TP *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<hr/>		
<p>Qual(is) os métodos não farmacológicos para alívio da dor usados no TP? *</p> <p><input type="checkbox"/> Bola Suíça (BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Escada de Ling</p> <p><input type="checkbox"/> Postura em Leito</p> <p><input type="checkbox"/> Respiração</p> <p><input type="checkbox"/> Massagem</p> <p><input type="checkbox"/> Termoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Deambulação</p> <p><input type="checkbox"/> Musicoterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Aromaterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Penumbra</p> <p><input type="checkbox"/> Qualidade de Presença</p> <p><input type="checkbox"/> Não realizou</p>	<p>Quem Acompanhou o TP/Partejou? *</p> <p><input type="checkbox"/> Médico Obstetra</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeira Obstetra</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeira Assistencial</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapeuta</p> <p><input type="checkbox"/> Residente e Medicina</p> <p><input type="checkbox"/> Interno de Medicina</p> <p><input type="checkbox"/> Técnica de Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:</p>	<p>Nome do Profissional que acompanhou o TP/Partejou</p> <p>*</p> <p>Sua resposta</p> <hr/>

ANEXO A- Planilha de Produção do Centro Obstétrico

Procedimento Realizado	Informações do Parto Normal	
Qual o procedimento realizado? *	Qual a posição/local na hora do parto? *	Houve acompanhamento com partograma? *
<input type="radio"/> Parto Normal	<input type="radio"/> Gaskin (GA)	<input type="radio"/> Sim
<input type="radio"/> Encaminhada para a Cesárea	<input type="radio"/> Dorsal (DO)	<input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Encaminhada para o Centro Cirúrgico	<input type="radio"/> Semi-sentada (SS)	<input type="radio"/> Não se aplica
<input type="radio"/> Abortamento	<input type="radio"/> Cócoras (CO)	Parto com Episiotomia?
	<input type="radio"/> Decúbito Lateral D	<input type="radio"/> Sim
	<input type="radio"/> Decúbito Lateral E	<input type="radio"/> Não
	<input type="radio"/> Genopeitoral (GP)	Trabalho de parto foi induzido? *
	<input type="radio"/> Banqueta (BA)	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="radio"/> Ginecológica	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="radio"/> Outro:	

Qual a medicação foi utilizada, se houve a indução do trabalho de parto?

- Ocitocina
- Misoprostol
- Não se aplica

Houve ruptura artificial das membranas (Amniotomia) durante o trabalho de parto? *

- Sim
- Não

Houve uso indevido de ocitocina para acelerar o trabalho de parto? *

Uso indevido da ocitocina entende-se como uso no final do trabalho de parto ou período expulsivo, desde que não seja controlado o seu uso.

- Sim
- Não

Apresentação *

- Cefálica
- Pélvica ou podálica
- Transversa

Laceração

- Sim
- Não

Tipo de laceração

Escolher ▼

Uso de Fórceps

- Sim
- Não

Em qual sala o parto foi realizado? *

- Quarto (PPP)
- Sala de Parto (SP)
- Outro:

ANEXO A- Planilha de Produção do Centro Obstétrico

<p>Parto com Kristeller</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p>Analgesia de Parto? *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p>Nome do Profissional que realizou a Analgesia</p> <p>Sua resposta _____</p>	<p>Quem assistenciou o parto Normal? *</p> <p><input type="checkbox"/> Médico Obstetra</p> <p><input type="checkbox"/> Residente de medicina (R1)</p> <p><input type="checkbox"/> Residente de medicina (R2)</p> <p><input type="checkbox"/> Residente de medicina (R3)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeira Obstetra</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeira Generalista</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermeira Residente</p> <p><input type="checkbox"/> Especializanda de Enfermagem Obstétrica</p> <p><input type="checkbox"/> Interno de Medicina</p> <p><input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	<p>Tempo (min) de contato pele-a-pele *</p> <p><input type="radio"/> 0 min</p> <p><input type="radio"/> 10 min</p> <p><input type="radio"/> 15 min</p> <p><input type="radio"/> 20 min</p> <p><input type="radio"/> 25 min</p> <p><input type="radio"/> 30 min</p> <p><input type="radio"/> 45 min</p> <p><input type="radio"/> >60 min</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p>
<p>Situação do RN *</p> <p><input type="radio"/> Vivo (VI)</p> <p><input type="radio"/> Natimorto (NA)</p> <p><input type="radio"/> Neomorto (NE)</p> <p>Mecônio presente? *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p>Apgar 1º min *</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>○○○○○○○○○○○○○○</p> <p>Apgar 5º min *</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>○○○○○○○○○○○○○○</p>	<p>Aleitamento na 1ª hora *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p>VPP *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p> <p>Peso do RN em gramas *</p> <p>Sua resposta _____</p>	<p>Nome do profissional que assistenciou o parto? *</p> <p>Sua resposta _____</p>

Anexo A- Planilha de Produção do Centro Obstétrico

Informações RN	Tempo (min) para o clampeamento do cordão *	Planilha de Produção do CO
<p>Hora do Parto *</p> <p>Horário</p> <p>: _____</p>		<p>*Obrigatório</p>
<p>Nome de quem assistenciou o RN *</p> <p>Sua resposta _____</p>	<p><input type="radio"/> <1 min</p>	<p>Parto Gemelar</p>
<p>Sexo do RN *</p> <p><input type="radio"/> Masculino</p> <p><input type="radio"/> Feminino</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p>	<p><input type="radio"/> 1 a 3 min</p> <p><input type="radio"/> >3 min</p>	<p>Parto de Gemelar? *</p> <p><input type="radio"/> Sim</p> <p><input type="radio"/> Não</p>
<p>Destino do RN *</p> <p><input type="radio"/> Mãe</p> <p><input type="radio"/> UTI Neo</p> <p><input type="radio"/> Sala do RN</p> <p><input type="radio"/> Outro: _____</p>		
		<p>Informações de Preenchimento</p>
		<p>Observações</p> <p>Sua resposta _____</p>
		<p>Preenchido por: *</p> <p>Escolher ▼</p>

ANEXO B: Ficha de Monitoramento dos Recém-Nascidos



EBSERH

Checagem do Coordenador:

(Data/carimbo e assinatura)

FICHA DE MONITORAMENTO DOS RECÉM NASCIDOS DO CENTRO OBSTÉTRICO

ORDEM	DATA	NOME DA MÃE	PRONTUÁRIO	IDADE	HORA DO PARTO	TEMPERATURA DA SALA	PARIDADE	IG	DUM	APRESENTAÇÃO	TIPO DE PARTO	TAXA MÃE	SEXO DO RN	PC	PT	PA	ESTATUTÁRIO	ACOMPANHANTE S/N	HORA DE SAÍDA DA S.O	
281							G: P: A:													
282							G: P: A:													
283							G: P: A:													
284							G: P: A:													
285							G: P: A:													
286							G: P: A:													
287							G: P: A:													
288							G: P: A:													
289							G: P: A:													
290							G: P: A:													

Scanned with CamScanner

ANEXO B: Ficha de Monitoramento dos Recém-Nascidos


FICHA DE MONITORAMENTO DOS RECÉM NASCIDOS DO CENTRO OBSTÉTRICO

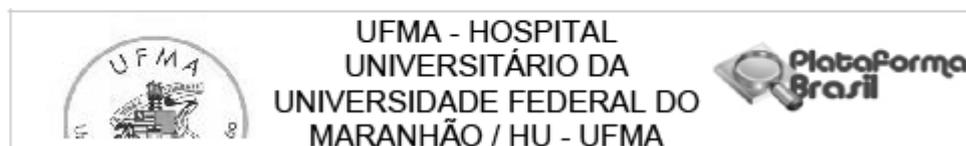
Checagem do Coordenador:

(Data/carimbo e assinatura)

APGAR 1º E 5º MIN		PESO DO RN	TAX 5º MIN	MECÔNIO S/N	TEMPO (EM MIN) DE CONTATO PELE- A-PELE	ALEIT. NA 1ª HORA S/N	USO DE FÓRMULA LÁCTEA S/N	MOTIVO FÓRMULA	ASP. VIA AÉREA INADEQ. S/N	VPP S/N	CPAP S/N	TOT S/N	ÓBITO S/N	PROFISSIONAL QUE ASSISTENCIOU O PARTO	PEDIATRA QUE ASSIST O RN	DESTINO DO RN	PREENCHIDO POR:	OBSERVAÇÃO (EX: HIV OU OUTRAS PATOLOGIAS)
1º	5º																	

 Scanned with
CamScanner

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Projeto



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: avaliação de boas práticas no cenário do pré-natal parto e nascimento em São Luís - MA

Pesquisador: Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 15320519.8.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.451.855

Apresentação do Projeto:

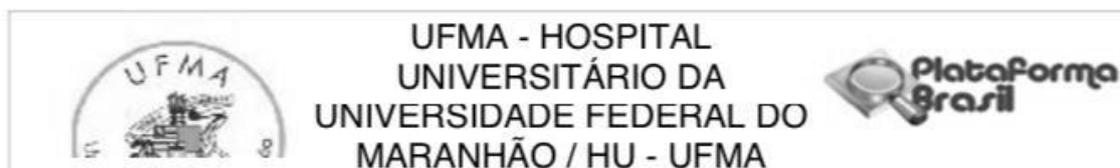
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa :PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1366642.pdf Datado de 09/07/2019

DESENHO

Trata-se de um estudo no qual será utilizada metodologia mista, com componentes qualitativos e quantitativos para obtenção e análise dos dados. A opção pela utilização articulada destas abordagens de pesquisa parte do reconhecimento da complexidade do objeto desta investigação, o qual exige múltiplas abordagens para uma compreensão abrangente e significativa das realidades existentes (GREENE, 2007). A escolha pelo estudo misto reside na possibilidade que este método oferece de investigar um fenômeno contemporâneo em seu contexto. Pode utilizar-se de evidências qualitativas e quantitativas, sendo considerado um método útil para avaliação (YIN, 2015). Ele caracteriza-se pelo interesse em cada um dos casos estudados (STAKE, 2000) oferecendo a possibilidade de comparar e contrastar explicando similaridades e diferenças existentes entre eles (PATTON, 2015). A análise fundamenta-se na triangulação de métodos, integrando as diferentes abordagens quantitativas e qualitativas e suas contribuições teórico-

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do Projeto



Continuação do Parecer: 3.451.855

Declaração de Pesquisadores	AnuenciaSES.pdf	29/05/2019 13:28:23	Corrêa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termocompromisso.pdf	29/05/2019 13:28:04	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termoderesponsabilidade.pdf	29/05/2019 13:27:51	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHumanizacao.doc	29/05/2019 13:27:06	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	29/05/2019 13:25:14	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	29/05/2019 13:22:54	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 12 de Julho de 2019

Assinado por:
FABIO FRANÇA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

Município: SAO LUIS

E-mail: cep@huufma.br