

# Análise de práticas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar

## Analysis of practices in childbirth and postpartum hospital care

### Como citar este artigo:

Moura NAS, Holanda VR, Albuquerque GPM, Castro JFL, Silva HRL, Rocha EPG. Analysis of practices in childbirth and postpartum hospital care. Rev Rene. 2020;21:e43671. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143671>

-  Nívea Alane dos Santos Moura<sup>1</sup>
-  Viviane Rolim de Holanda<sup>2</sup>
-  Geyslane Pereira Melo de Albuquerque<sup>3</sup>
-  José Flávio de Lima Castro<sup>1</sup>
-  Hemelly Raially de Lira Silva<sup>1</sup>
-  Elizama Paula Gomes da Rocha<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pernambuco.  
Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal da Paraíba.  
João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade de Pernambuco.  
Recife, PE, Brasil.

### Autor correspondente:

Nívea Alane dos Santos Moura  
Rua Rita Maria Barbosa, 10,  
CEP: 55.750-000, Surubim, PE, Brasil.  
E-mail: nivealane@hotmail.com

### RESUMO

**Objetivo:** analisar as práticas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar. **Métodos:** estudo de corte transversal, realizado com 335 puérperas em uma maternidade de referência. Utilizou-se formulário com base nos indicadores do índice de Bologna e diretrizes para assistência ao parto e puerpério. Analisaram-se os dados por meio de estatística descritiva e inferencial (testes Qui-Quadrado, binominal e Clopper-Pearson), considerando-se significantes os valores de  $p < 0,05$ . **Resultados:** observou-se que 77,9% das puérperas consideraram satisfatória a assistência profissional. A presença da doula ( $p=0,037$ ) e o aleitamento materno na primeira hora de vida ( $p=0,032$ ) tiveram relação significativa com a avaliação das mulheres. A avaliação pelo índice de Bologna obteve média de 2,6. **Conclusão:** verificou-se maior frequência de práticas intermediárias e inadequadas na assistência ao parto e puerpério hospitalar.

**Descritores:** Enfermagem; Parto Humanizado; Período Pós-Parto; Prática Clínica Baseada em Evidências; Tocologia.

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze practices in childbirth and postpartum hospital care. **Methods:** cross-sectional study, conducted with 335 mothers in a reference maternity hospital. A form was used based on the indicators of the Bologna index and guidelines for childbirth and puerperium assistance. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics (chi-square, binomial and Clopper-Pearson tests), with  $p < 0.05$  being significant. **Results:** it was observed that 77.9% of the puerperal women considered professional assistance satisfactory. The presence of the doula ( $p=0.037$ ) and breastfeeding in the first hour of life ( $p=0.032$ ) had a significant relation with the evaluation of women. The Bologna index evaluation obtained an average of 2.6. **Conclusion:** there was a higher frequency of intermediate and inadequate practices in childbirth and postpartum care.

**Descriptors:** Nursing; Humanizing Delivery; Postpartum Period; Evidence-Based Practice; Midwifery.

## Introdução

O Brasil apresenta um modelo obstétrico tecnocrático, centrado nas intervenções e orientado pelas tecnologias, evidenciado por um cenário com altas taxas de cesáreas e por profissionais que reproduzem as vivências adquiridas baseadas, em sua maioria, no mecanismo de normas e rotinas<sup>(1)</sup>. Já o modelo biopsicossocial vê a mulher além da fisiologia do parto, enxergando o contexto social, psicológico e cultural atrelado ao indivíduo<sup>(2)</sup>.

O avanço na obstetrícia contribuiu para melhorar os indicadores de morbimortalidade materna e perinatais, mas também aumentaram as taxas de intervenções que, na maioria das vezes, geram experiências negativas às mulheres<sup>(3)</sup>. A disseminação de boas práticas, promove uma assistência segura ao parto, por meio da humanização do processo de cuidado<sup>(1)</sup>.

O descumprimento das práticas científicas submete a mulher e seu conceito às ações de profissionais, com intervenções desnecessárias e diminuição da autonomia da mulher, caracterizando a violência obstétrica<sup>(4)</sup>. É imprescindível humanizar o processo de parto e nascimento, compreendendo a experiência humana, a fim de prestar uma assistência adequada diante da necessidade do outro e centralizada em condutas que visem atender à parturiente e promover partos e nascimentos saudáveis<sup>(5)</sup>.

Diante disso, a humanização do parto expressa o respeito ao protagonismo das mulheres esclarecidas na escolha da via de parto, ao acompanhamento multidisciplinar e ao cuidar baseado em evidências científicas<sup>(6)</sup>. Nesse contexto, no Brasil, impulsionou um processo para consolidar o modelo de assistência humanizada no processo do parto e nascimento<sup>(2)</sup>.

Embora não existam indicadores padronizados a nível internacional para analisar a qualidade da assistência materna e neonatal, utiliza-se a comparação dos procedimentos realizados na assistência por meio da análise do Índice de Bologna e das orientações preconizadas pelos Protocolos Assistenciais do Ministé-

rio da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

Vale ressaltar que as informações sistematizadas com o auxílio de indicadores constituem instrumentos importantes na monitorização da qualidade do cuidado prestado ao binômio mãe-filho; todavia, ainda há lacunas na implementação das boas práticas obstétricas nos serviços de saúde e o conhecimento acerca dessa realidade pode contribuir para o aperfeiçoamento de estratégias direcionadas à redução da morbimortalidade materna e ao incentivo ao parto respeitoso e humanizado. Frente a esse contexto, toma-se por objetivo analisar as práticas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar.

## Métodos

Estudo de corte transversal realizado em uma maternidade pernambucana de referência materno-infantil. Coletaram-se os dados entre setembro de 2018 a fevereiro de 2019. Calculou-se a amostra com base nos partos normais ocorridos na maternidade no ano anterior da pesquisa, totalizando 2.603 partos. Considerando essa informação, utilizou-se a fórmula para cálculo amostral de estudos transversais de população finita, adotando-se um intervalo de confiança de 95%, margem de erro de 5% e um valor crítico de 1,96. Assim, obteve-se uma amostra de 335 puérperas.

Incluíram-se mulheres de qualquer faixa etária, de gestação de risco habitual, cujo parto vaginal cefálico ocorreu na maternidade, entre 37 a 42 semanas de gestação, com feto único e que, no pós-parto, encontravam-se no Alojamento Conjunto. Excluíram-se da amostra puérperas que apresentaram natimortos ou óbito neonatal; possuidoras de alguma limitação cognitiva e mental, previamente diagnosticada, que dificultasse a compreensão e expressão verbal, impossibilitando sua participação.

Realizaram-se entrevistas face a face com as puérperas durante a internação no alojamento conjunto da maternidade e extraíram-se dados complementares no prontuário da puérpera e do recém-nascido. Para tanto, utilizou-se questionário contendo

perguntas sobre as características sociodemográficas, antecedentes obstétricos e dados relativos ao trabalho de parto, parto e pós-parto e opinião da mulher sobre a assistência recebida.

Construiu-se questionário com base em indicadores contidos no guia Diretrizes do programa Rede Cegonha; Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde<sup>(3)</sup>; Recomendações da Organização Mundial de Saúde para uma experiência positiva de parto<sup>(7)</sup>; e no Índice de Bologna.

A Organização Mundial de Saúde classifica as práticas de assistência ao parto normal em quatro categorias. Na categoria A, incluem-se as práticas eficazes que se deve incentivar. As práticas consideradas ineficazes ou prejudiciais estão na categoria B e deve-se abandoná-las. Nas categorias C e D estão aquelas em que não existem claras evidências científicas para aprovar sua recomendação ou são consideradas inapropriadas<sup>(7)</sup>.

Após análise das literaturas citadas, extraíram-se trinta recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde, para analisar assistência prestada à mãe e seu conceito. Desse modo, dividiu-se a classificação da assistência das práticas ao parto e pós-parto em quatro níveis: Adequado superior, quando 100,0% das respostas forem práticas positivas; Adequado, quando  $\geq 75\%$ ; Intermediário, quando 74 a 51,0%; e Inadequado quando 50,0% ou menos das respostas forem práticas positivas.

Já o índice de Bologna apresenta cinco variáveis: presença de acompanhante no parto; uso do partograma; ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, manobra de Kristeller); parto na posição não supina e contato pele a pele entre mãe e filho, pelo menos 30 minutos na primeira hora<sup>(5)</sup>. Para cada índice atribui-se 1 ponto, caso tenha sido cumprido. Após avaliação da assistência, considera-se o valor do somatório zero como a menor qualidade, de 1 a 4 qualidade intermediária e 5 a maior qualidade da assistência.

Classificou-se, também, a avaliação pela parturiente de acordo com o grau de satisfação da as-

siência recebida no processo do parto e puerpério hospitalar, por meio de cinco perguntas contidas no questionário. Cada questão com resposta positiva acumulava 1 ponto, sendo de 1 a 2 respostas como assistência insatisfatória e de 3 a 5 como assistência satisfatória.

Realizou-se um teste piloto com cinco puérperas, para verificar a aceitabilidade, clareza e entendimento da linguagem do instrumento. Verificou-se necessidade de novos ajustes e desprezou-se da amostra. Um segundo teste piloto comprovou a qualidade e aceitabilidade do instrumento.

Organizaram-se os dados coletados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel 2007* e analisaram-se os mesmos pelo *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 21.0, por meio de estatística descritiva e de inferência estatística (testes Qui-Quadrado, binominal e Clopper-Pearson). Consideraram-se estatisticamente significantes os valores de  $p < 0,05$ . A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob parecer nº 2.830.353/2018 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 94050318.6.0000.5208.

## Resultados

A idade das participantes variou entre 14 a 41 anos, com média de 23,6 anos de idade (Desvio-padrão (DP) = 6,06). A maioria das mulheres autodeclararam-se pardas 228 (68%), com companheiro fixo 271 (80,9%) e renda mensal de até um salário mínimo 275 (82,1%). Com relação ao tempo de escolaridade, 165 (49,2%) tinham ensino fundamental e 223 (66,6%) afirmaram que exerciam atividades remuneradas.

Observou-se, nos dados obstétricos, que 160 (48,0%) eram primíparas e 249 (74,3%) foram partos vaginais espontâneos. Apenas 15 (4,0%) mulheres elaboraram plano de parto no pré-natal e, dessas, somente 5 (33,0%) entregaram o plano de parto na maternidade. Percebeu-se que 278 (83%) das mulheres fizeram uso de métodos não invasivos e não farmacolo-

lógicos de alívio da dor do parto.

Na maternidade, internaram-se 108 (32,2%) das mulheres com mais de 4 cm de dilatação, com média de 5,2 cm de dilatação e 7,6 horas de trabalho de parto. Quanto ao número de toques vaginais, 222 (65,6%) receberam três ou mais toques vaginais. Observou-se a avaliação da dinâmica uterina, ao menos uma vez, em apenas 152 (45,0%) das mulheres e 154 (46,0%) das participantes tiveram registro realizado, de três a cinco vezes, da ausculta dos batimentos cardíacos fetais.

Constatou-se presença do partograma em 184 (55,0%) dos prontuários, mas destes apenas 115 (61,5%) foram preenchidos completamente. Enfermeiros obstetras assistiram somente 83 (24,8%) dos partos de risco obstétrico habitual. A Tabela 1 apresenta os procedimentos realizados na assistência ao parto e pós-parto na maternidade do estudo.

**Tabela 1** – Práticas identificadas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar. Pernambuco, PE, Brasil, 2019 (n=335)

Variáveis	n (%)	*IC95%	†p
Presença de acompanhante	302 (90,1)	86,4–93,1	< 0,001
Parto em posição não supina	16 (4,8)	02,8–07,4	< 0,001
Respeito à privacidade	305 (91,0)	87,7–93,8	< 0,001
Uso de ocitócitos no pós-parto	297 (88,7)	85,0–91,8	< 0,001
Contato pele a pele da mãe com o bebê	289 (86,3)	82,3–89,7	< 0,001
Amamentou na primeira hora após o parto	87 (26,0)	21,5–30,8	< 0,001
Partograma	184 (54,9)	49,6–60,2	0,080
Tricotomia	4 (1,2)	00,4–02,8	< 0,001
Enema	9 (2,7)	01,3–04,8	< 0,001
Puxo dirigido	269 (80,3)	75,8–84,3	< 0,001
Restrição da dieta	134 (40,0)	34,8–45,3	< 0,001
Amniotomia	146 (43,6)	38,3–48,9	0,022
Manobra de Kristeller	82 (24,5)	20,1–29,3	< 0,001
Episiotomia	92 (27,5)	22,9–32,4	< 0,001
Consentimento para realizar a episiotomia	26 (7,8)	05,2–10,9	< 0,001
Presença de doula	71 (21,2)	17,0–25,8	< 0,001
Participou da escolha da posição de parir	137 (40,9)	35,7–46,2	0,001
Dilatação >4cm na admissão	108 (32,2)	27,4–37,4	< 0,001
Uso de ocitocina	111 (33,1)	28,2–38,3	< 0,001
Verificação da dinâmica uterina	152 (45,4)	40,1–50,7	0,101
Massagem uterina na dequitação	175 (52,2)	46,9–57,6	0,444
Clampamento oportuno cordão umbilical	181 (54,0)	48,7–59,3	0,155
Oferta de informações durante assistência	224 (66,9)	61,7–71,8	< 0,001

\*IC: Intervalo de confiança 95% das proporções - Clopper-Pearson; †Teste binomial

A classificação das práticas ao parto e pós-parto hospitalar demonstrou-se adequada em apenas 9 (2,7%) atendimentos; 209 (62,4%) classificaram-se como intermediária e 117 (34,9%) como inadequada. Notou-se que houve significância estatística na relação entre essa classificação e a presença de acompanhante no parto, na presença de doula, na realização de episiotomia, profissional que prestou a assistência, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, violência verbal sofrida, informações e explicações fornecidas sobre o processo de parto e os procedimentos relacionados à mãe e ao bebê (Tabela 2).

**Tabela 2** – Associação entre a classificação da assistência e práticas identificadas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar. Pernambuco, PE, Brasil, 2019 (n=335)

Variáveis	Adequado n (%)	Intermediário n (%)	Inadequado n (%)	Total n(%)	p*
Presença de acompanhante	9 (3,0)	194 (64,2)	99 (32,8)	302	0,035
Presença de doula	4 (8,9)	36 (80,0)	5 (11,1)	45	<0,001
Episiotomia	–	45 (48,9)	47 (51,1)	92	<0,001
Assistência por médico	3 (1,2)	150 (59,5)	99 (39,3)	252	<0,001
Assistência por enfermeiro obstetra	6 (7,2)	59 (71,1)	18 (21,7)	83	<0,001
Teve contato pele a pele	9 (3,1)	189 (65,4)	91 (31,5)	289	0,003
Amamentou na 1ª hora de vida	7 (8,0)	64 (73,6)	16 (18,4)	87	<0,001
Violência verbal	–	28 (50,0)	28 (50,0)	56	0,020
Informações fornecidas	7 (4,0)	129 (73,3)	40 (22,7)	137	<0,001

\*Teste Qui-Quadrado

Quanto à avaliação do índice de Bologna, obteve-se média de 2,6. Considerou-se, portanto, 328 (97,9%) dos partos com qualidade intermediária, 3 (0,9%) com menor qualidade e 4 (1,2%) com maior qualidade.

No tocante aos parâmetros para avaliar a assistência, pela opinião das mulheres durante o processo de parto e pós-parto hospitalar, observou-se que 262 (77,9%) das puérperas consideraram-se satisfeitas quanto aos cuidados recebidos. Percebeu-se que a

presença da doula e a presença do aleitamento materno na primeira hora de vida apresentaram relação significativa com a avaliação pelas mulheres (Tabela 3).

**Tabela 3** – Satisfação da parturiente em relação à assistência hospitalar. Pernambuco, PE, Brasil, 2019 (n=335)

Variáveis	Satisfató-	Insatisfa-	Total	*p
	ria	tória		
	n (%)	n (%)	n (%)	
Presença de doula	40 (88,9)	5 (11,1)	45	0,037
Amamentação na 1ª hora de vida	61 (70,1)	26 (29,9)	87	0,032
Contato pele a pele	229(79,2)	60 (20,8)	289	0,103
Não realização de episiotomia	191(78,6)	52 (21,4)	243	0,360
Elaborou o plano de parto	10 (66,7)	4 (33,3)	14	0,218

\*Teste Qui-Quadrado

## Discussão

A limitação do presente estudo inclui a utilização do método transversal que impossibilita a identificação de relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas. Destaca-se também que a coleta de dados, realizada através de entrevista e consulta nos prontuários, compromete a discussão de algumas variáveis previstas pela pesquisa pelo preenchimento incompleto das informações. Tal fato justifica a necessidade de estudos que compreenda a assistência na visão dos profissionais e na observação dos cuidados prestados, na estrutura e nos resultados.

No entanto, os dados desta pesquisa têm potencial de contribuir para o aprimoramento da assistência ao parto e nascimento e na discussão de variáveis que impactam a saúde física e emocional de mulheres, com vistas a despertar a necessidade de implementar as boas práticas obstétricas nos serviços de saúde.

As práticas baseadas em evidências científicas, para a atenção ao parto e pós-parto hospitalar constituem-se numa estratégia efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais. Tem-se recomendado tais práticas, sistematicamente, desde 1996, pela Organização Mundial da Saúde. No Brasil, enfatizaram-

nas a partir de 2011. De tal forma, o seu monitoramento consiste em uma importante estratégia para qualificar a assistência obstétrica<sup>(8)</sup>.

Estudos realizados com puérperas nas maternidades públicas, em diversas regiões brasileiras, assemelham-se ao perfil sociodemográfico encontrado nesta pesquisa. Pode-se inferir que o perfil das mulheres brasileiras que prosseguem para um parto na rede pública de saúde, é análogo na maioria das regiões do país. De maneira ampla, observa-se que a idade reprodutiva varia de 14 e 42 anos, com mulheres pardas, com companheiro fixo, nível de escolaridade entre Ensino Fundamental e Médio e renda de um e dois salários mínimos<sup>(5,8)</sup>.

A gravidez na adolescência pode associar-se ao déficit no planejamento familiar. O nível de escolaridade e o padrão socioeconômico podem dificultar o entendimento sobre uma assistência humanizada de qualidade e, assim, acarretar maiores riscos de intercorrências<sup>(9)</sup>. Em acréscimo, considera-se positiva a presença de companheiro fixo, pois pode relacionar-se a suporte emocional, reforço na rede de apoio e segurança psicológica<sup>(10)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde estimula a elaboração do plano de parto no pré-natal, o qual deve ser entregue no início do trabalho de parto<sup>(7)</sup>. No entanto, neste estudo houve baixa frequência de mulheres que o elaboraram. Esses dados possivelmente demonstram falta de conhecimento da mulher e do profissional e uma baixa estimulação da sua elaboração<sup>(11)</sup>.

Na Espanha, verificou-se que 2,3% das mulheres elaboraram plano de parto. Dentre essas, houve relevância estatística em práticas positivas na assistência, como o contato pele a pele, clampeamento tardio do cordão umbilical, escolha da posição de parir, dieta livre e não realização de enema e tricotomia. Além disso, o processo de decisão entre profissionais e parturientes resulta em sentimentos de empoderamento, satisfação e confiança na equipe<sup>(12)</sup>.

Recomenda-se internação, na maternidade, de mulheres em trabalho de parto ativo, visto que

favorece um menor tempo de internação hospitalar e diminui as chances de intervenções obstétricas desnecessárias. O monitoramento adequado da parturiente dá-se por meio de avaliação da dinâmica uterina, ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais. Tais ações visam à detecção precoce de intercorrências materno-fetais<sup>(2)</sup>. No estudo vigente, em menos da metade das mulheres avaliou-se a dinâmica uterina e a ausculta do bem estar fetal de três a cinco vezes, mostrando um déficit nessa avaliação contínua do bem estar fetal.

Em acréscimo, o partograma é uma ferramenta que contribui para um acompanhamento preciso do trabalho de parto, identifica desvios do bem estar materno e fetal e da evolução do parto e constitui uma das variáveis do índice de Bologna. Estudo realizado no Acre mostrou o partograma presente em 53,5% dos prontuários, sendo que, desses, preencheram-se 42,7% completamente<sup>(13)</sup>, o que corrobora com os achados deste estudo.

Em contrapartida, estudos realizados no Rio de Janeiro e Piauí verificaram mais de 90,0% de preenchimento do partograma<sup>(5,14)</sup>. Esses dados demonstram necessidade de conscientização no território nacional sobre a importância e benefícios do uso do partograma, por meio de incentivos e realização de treinamentos.

Estudo realizado no Rio de Janeiro revelou que 57,1% das mulheres tiveram a presença do acompanhante que contribuiu na oferta de massagem, banho, movimentação, privacidade, cursaram com trabalhos de partos mais rápidos e partos vaginais espontâneos. O conforto, a tranquilidade, a calma propiciados à parturiente pelo acompanhante despertam sentimentos e emoções únicos e positivos<sup>(9)</sup>.

A doula tornou-se indispensável para uma vivência positiva do parto, visto que os outros profissionais têm dificuldade em acompanhar a parturiente em tempo integral. Ela proporciona apoio emocional, suporte físico, contribui para sentimentos positivos, como segurança, tranquilidade e encorajamento<sup>(15)</sup>. Em consonância com nossa pesquisa, a presença de

doula relacionou-se com a satisfação assistencial no parto sob a ótica das parturientes.

O uso de posições não supinas está relacionado ao controle e diminuição da dor e essa prática pertence à categoria A de classificação da Organização Mundial de Saúde e ao índice de Bologna. Nesta pesquisa, registrou-se grande frequência de mulheres que pariram na posição supina e importa inferir que, no hospital onde se realizou o estudo, as salas de parto apresentavam mesas cirúrgicas que induzem ao maior uso da posição litotômica, associado à falta de incentivo e de conhecimento das parturientes.

Em contrapartida, estudos realizados em maternidade do Rio de Janeiro, obtiveram taxa de parto em posição não supina de 75,0%, sendo a maior parte desses partos assistidos por enfermeiros obstetras. Esses dados demonstram o engatinhar da mudança no cenário das práticas obstétricas por meio dos esforços profissionais e da importância da enfermagem no processo de parturição<sup>(16)</sup>.

Nesta pesquisa, percebeu-se persistência de práticas classificadas na categoria B, que devem ser abandonadas, com destaque para o estímulo do puxo dirigido, restrição da dieta, tricotomia e enema. No hospital universitário de Porto Alegre realizou-se um estudo de comparação entre a assistência dos anos de 2012 e 2016, obtendo a redução significativa de tricotomia e enema. No entanto, nenhuma prática dessa categoria foi abolida, mesmo após 20 anos das recomendações ainda há persistência dessas práticas<sup>(8)</sup>.

Na presente pesquisa, houve percentual significativo de amniotomia, manobra de Kristeller e episiotomia. No Acre, observou-se porcentagens elevadas de intervenções claramente prejudiciais ou ineficazes, como episiotomia (32,8%) e manobra de Kristeller (15,5%)<sup>(13)</sup>. Corroborando, achados semelhantes no Rio de Janeiro demonstraram percentual alto da manobra de Kristeller (13,6%) e de episiotomia (55,0%)<sup>(8)</sup>.

Reforça-se que não há recomendação para realização da manobra de Kristeller e de episiotomia em trabalho de parto espontâneo<sup>(3)</sup>. Essas são prá-

ticas classificadas nas categorias C e D da Organização Mundial de Saúde; portanto, não há evidências científicas claras para seu uso e devem ser eliminadas na assistência ao parto<sup>(7)</sup>.

Estudo revelou boa qualidade na assistência sob o olhar da parturiente, mesmo havendo relatos de uso de ocitocina, toques excessivos, manobra de Kristeller e falta de informação<sup>(5)</sup>. Em consonância, estudo demonstrou índice de satisfação boa a ótima em 77,7% dos partos, mesmo havendo registros de manobra de Kristeller, episiotomia não informada e falta de acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor (82,4%)<sup>(16)</sup>. Destaca-se que muitas mulheres não têm conhecimento suficiente para reconhecer as práticas prejudiciais e desnecessárias na assistência ao parto e pós-parto hospitalar e, muitas vezes, não reconhecem a violência obstétrica sofrida.

A maioria das mulheres, possivelmente, sentem-se passivas no processo do parto, esperando orientações dos profissionais, tornando-se uma relação hierárquica com assistência técnica que, muitas vezes, caracteriza-se em violência obstétrica<sup>(17)</sup>. Apesar dos avanços nas boas práticas de assistência, o modelo obstétrico brasileiro ainda é tradicionalista e intervencionista. Estudo demonstrou que 89,0% das mulheres sofreram algum tipo de intervenção desnecessária ou prejudicial durante o processo de parturição<sup>(18)</sup>.

O emprego de boas práticas, baseadas em evidências, científicas no parto e nascimento torna-os humanizados, promovem nascimentos saudáveis e diminuem os riscos de complicações quando relacionado a cesarianas, além de prevenir a mortalidade materna e perinatais<sup>(6)</sup>.

A pesquisa apontou que, no Brasil, a qualidade da assistência hospitalar ao parto não é satisfatória quando comparada a outros países do mundo, os quais alcançaram coeficientes menores de mortalidade neonatal e infantil<sup>(8)</sup>. No Nordeste, estudo apontou qualidade intermediária da assistência analisada pelo índice de Bologna e que profissionais médicos assistiram a maioria dos partos (80,6%)<sup>(5)</sup>.

Observam-se menor número de intervenções e maior pontuação no índice de Bologna na assistência por enfermeiros obstetras<sup>(7)</sup>. Neste estudo, observou-se que os partos assistidos por enfermeira obstetra tiveram maiores índices em práticas positivas e recomendadas. Assim, aponta-se a inserção de enfermeiros obstetras na assistência ao processo de parturição como um caminho consolidado mundialmente.

O modelo colaborativo de assistência ao parto prevê a organização do trabalho em uma configuração compartilhada, com potencial de implementação de práticas baseadas em evidências e de reversão dos índices desfavoráveis de morbimortalidade materna e neonatal por meio da utilização apropriada de tecnologias e de redução em intervenções desnecessárias<sup>(9)</sup>.

## Conclusão

Ao analisar as práticas na assistência ao parto e pós-parto hospitalar, verificou-se maior frequência de práticas intermediárias e inadequadas, conforme referencial do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde. Houve associação da adequação na assistência, com presença de acompanhante e doula no parto, realização de episiotomia, profissional que prestou a assistência no parto, contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida e informações recebidas durante o processo de parto e nascimento.

## Colaborações

Moura NAS, Silva HRL e Rocha EPG colaboraram na análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Castro JFL contribuiu na revisão crítica do conteúdo intelectual. Holanda VR e Albuquerque GPM contribuíram na concepção, análise e interpretação dos dados e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Mendes YMMB, Rattner D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. *Rev Saude Publica*. 2020; 54:23. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>

2. Andrade FM, Castro JFL, Silva AV. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. *R Enferm Cent-O Min.* 2016; 6(3):2377-388. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i3.1015>
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. 2017 [cited fev 13, 2020]. Available from: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
4. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc.* 2017; 29:e155043. doi: [dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043](https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043)
5. Ribeiro JF, Nascimento SS, Brito IA, Luz VLES, Coêlho DMM, Araújo KRS. Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade pública. *Rev Eletr Gestão Saúde.* 2016; 7(1):65-81. doi: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3380>
6. Monteiro MCM, Holanda VR, Melo GP. Análise do conceito parto humanizado de acordo com o método evolucionário de Rodgers. *R Enferm Cent-O Min.* 2017; 7:e1885. doi: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1885/1808>
7. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited Mar 13, 2020]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
8. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2019; 27:e3139. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
9. Barbosa EM, Oliveira ASS, Galiza DDF, Barros VL, Aguiar VF, Marques MB. Socio-demographic and obstetric profile of pregnant women in a public hospital. *Rev Rene.* 2017; 18(2):227-33. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200012>
10. Cavalcanti TRL, Holanda VR. Participação paterna no ciclo gravídico-puerperal e seus efeitos sobre a saúde da mulher. *Enferm Foco.* 2019; 10(1):93-98 doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1446>
11. Mouta RJO, Silva TMA, Melo PTS, Lopes NS, Moreira VA. Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *Rev Baiana Enferm.* 2017; 31(4):e20275. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i4.2027>
12. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(3):520-6. doi: [dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583)
13. Lima SBG, Schirmer J, Dotto LMG, Santos CL. Obstetric practices adopted by a public maternity in Rio Branco-AC. *Cogitare Enferm.* 2018; 23(4):e53258. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.53258>
14. Guida NFB, Pereira ALF, Lima GPV, Zveiter M, Araújo CLF, Moura MAV. Compliance of nursing care practices with technical recommendations for normal birth. *Rev Rene.* 2017; 18(4):543-50. doi: [dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400017](https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400017)
15. Borja TJ, Freitas WMF, Santos LS, Nascimento BGS, Lima DRA, Silva JCMC. O Cuidado prestado por doulas em uma maternidade pública: o olhar das puérperas. *R Enferm Cent-O Min.* 2018; 8:e2878. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2878>
16. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BF, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019; 24(8):2811-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
17. Pedroso CNLS, Lópes LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. *Physis Rev Saúde Coletiva.* 2017; 27(4):1163-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>
18. Reis CSC, Souza D, Nogueira MFH, Proguinatti JM, Vargens OMC. Analysis of births attended by nurse midwives under the perspective of humanization of childbirth. *J Res Fundam Care Online.* 2016; 8(4):4972-9. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.4972-4979>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons