



ISSN: 2230-9926

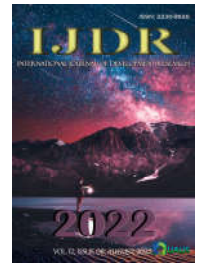
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 08, pp. 58171-58176, August, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.25043.08.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO AS BOAS PRÁTICAS DURANTE O PARTO E NASCIMENTO

^{1*}Ana Raelly Gois da Costa, ²Gabriel Fernandes Pereira, ³Cinthia Gondim Pereira Calou, ⁴Daniel Fernandes Pereira, ⁵Shayanne Késia dos Santos Clemente, ⁶Daniela Ferreira Marques, ⁷José Marcos da Costa Oliveira, ⁸Amanda Alcantara de Sousa, ⁹Tamilles Palácio Silva, ¹⁰Romario Bianco de Noronha, ¹¹José Lenart Lucena Alcântara, ¹²Felipe Dos Santos Rodrigues, ¹³Henrique Serra de Mello Martins, ¹⁴Antônia de Fátima Rayane Freire de Oliveira, ¹⁵Douglas Silva de Oliveira, ¹⁶Luiza Soares Galvão and ¹⁷Maria Déborah Ribeiro dos Santos

¹Enfermeira. Universidade Regional do Cariri- URCA; ²Enfermeiro. Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Regional do Cariri-URCA; ³Enfermeira. Docente no departamento de Enfermagem. Universidade Regional do Cariri- URCA; ⁴Educador físico. Especialista em Saúde Coletiva. Universidade Regional do Cariri- URCA; ⁵Enfermeira. Residente em Saúde Coletiva. Universidade de Pernambuco-UPE; ⁶Fisioterapeuta Residente em Saúde da Família e Comunidade- Escola de Saúde Pública-ESP; ⁷Enfermeiro Especialista em Saúde Mental pela Universidade Regional do Cariri-URCA; ⁸Enfermeira Especialista em Saúde da Mulher; Mestranda em Enfermagem pelo programa de Mestrado Acadêmico em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri-URCA; ⁹Enfermeira graduada pela Universidade Regional do Cariri- Urca; ¹⁰Enfermeiro Graduado pela Universidade Regional do Cariri- Urca. Residência em Saúde Coletiva. Universidade de Pernambuco-UPE; ¹¹Farmacêutico Graduando pela Universidade de Brasília-UnB; ¹²Médico Graduado pela Universidade de Brasília-UnB; ¹³Médico Graduado pela Universidade de Brasília-UnB; ¹⁴Fisioterapeuta Graduada pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio-UNILEÃO; ¹⁵Graduando em Medicina pela Universidade de Brasília-UnB; ¹⁶Médica Graduada pelo Centro Universitário de Brasília-CEUB; ¹⁷Fisioterapeuta. Pós Graduação em Terapia Intensiva Pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio-UNILEÃO.

ARTICLE INFO

Article History:

Received 18th June, 2022
Received in revised form
04th July, 2022
Accepted 29th July, 2022
Published online 27th August, 2022

Key Words:

Assistência ao Parto, Parto Humanizado,
Assistência de Enfermagem, Parto.

*Corresponding author:

Ana Raelly Gois da Costa,

ABSTRACT

Objetivou-se caracterizar a adesão às boas práticas na assistência ao parto normal em puérperas, em uma maternidade pública da Região do Cariri. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo. A coleta de dados aconteceu no período de março a maio de 2019 com puérperas internadas em uma maternidade de referência. Os dados foram organizados e tabulados por meio do software Excel® versão 2013 e apresentados em tabelas. O estudo envolveu, em sua maioria, primíparas com idade gestacional à termo, na fase ativa do trabalho de parto. Os achados evidenciaram uma baixa implementação das boas práticas úteis e um número considerável de práticas ineficazes ou prejudiciais. Observou-se uma necessidade de melhoria do cuidado obstétrico, se corresponsabilizando e assumindo as boas práticas como possibilidade de transformar, juntamente com o protagonismo das mulheres, o modelo obstétrico.

Copyright © 2022, Ana Raelly Gois da Costa et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Ana Raelly Gois da Costa, Gabriel Fernandes Pereira, Cinthia Gondim Pereira Calou, Daniel Fernandes Pereira et al. "Caracterização da adesão as boas práticas durante o parto e nascimento", *International Journal of Development Research*, 12, (08), 58171-58176.

INTRODUCTION

Com o aumento das taxas de morbimortalidade materna e o descontentamento com o sistema de atendimento às parturientes, o cenário obstétrico vem passando por importantes mudanças

(Who, 2015). Observa-se cada vez mais que a persistência de intervenções desnecessárias aumenta a taxa de mortalidade materna, tanto em âmbito nacional quanto internacional (Carvalho et al., 2015). O lançamento do documento Tecnologias apropriadas para o parto e nascimento (Who,2015) contribuiu para que, em 1996, a

Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvesse uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, sendo um dos propulsores para as mudanças da atual realidade obstétrica (Who,1996). Essa classificação ficou conhecida como Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, dividindo-se em categorias relacionadas à utilidade, à eficácia e ao risco de práticas realizadas por profissionais durante o pré-parto, parto e o pós-parto, visando intervir na atenção ao parto e ao nascimento com base em novos referenciais teóricos e práticos: ao estimular a utilização de práticas comprovadamente úteis; ao reduzir ou evitar as prejudiciais e/ou ineficazes; ao recomendar cautela em relação às baseadas em poucas evidências; e ao desencorajar as inapropriadamente utilizadas (Pereira et al., 2017). Constituem-se como as principais formas de inserção das boas práticas na assistência obstétrica, a alimentação durante o trabalho de parto, movimentação durante o primeiro estágio do trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e monitoramento da evolução do trabalho de parto com partograma, entre outras (Leal et al., 2014).

As mudanças no cenário obstétrico tornaram-se evidentes ao longo dos anos. Porém, apesar das melhorias ocorridas até o momento, ainda existem pontos negativos como a não incorporação das políticas públicas pelos profissionais de saúde, dificuldades estruturais, precarização do trabalho, que acarretam em sobrecarga física e psíquica levando assim, a um serviço pouco qualificado (Lima et al.,2016). A pesquisa Nascer no Brasil, estudo de base hospitalar, coordenada pela escola Nacional de Saúde pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, traçou um perfil de assistência obstétrica hospitalar no país por meio de uma investigação com 23.940 puérperas, e apontou que algumas práticas, como posição litotômica (91,7%), ocitocina (36,4%), amniotomia (39,1%), manobra de Kristeller (36,1%) e cesariana (51,9%) continuam sendo oferecidas como cuidados rotineiros para parturientes com gestação de risco habitual (Leal et al., 2014). Nesse cenário, ações do Ministério da Saúde (MS), como a criação de políticas públicas e manuais técnicos, a exemplos: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Manual do Parto, Aborto e Puerpério; foram fomentados com base nas Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento recomendadas pela OMS, visto que buscam melhorar a qualidade da assistência obstétrica, através da humanização da assistência, utilizando-se de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (Brasil, 2001). As maiores taxas de mortalidade materna encontram-se nos países em desenvolvimento, sendo de 239 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, enquanto os países desenvolvidos têm taxa de mortalidade materna de 12 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. O valor considerado como razoável é de 20 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (Who, 2015).

Para diminuição da mortalidade materna é importante a oferta de uma assistência de qualidade durante o processo de parto e nascimento que envolve desde a qualidade da atenção obstétrica até o significado da parturição(Melo et al., 2017). Nesse sentido ressalta-se que a inserção de enfermeiras obstétricas tem sido recomendada na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, devido as práticas se fundamentarem no cuidado integral, valorizando a mulher e garantindo um cuidado baseado em evidências científicas e sensibilização para o resgate do protagonismo da mulher (Soares et al, 2017). Desse modo, faz-se importante analisar a implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento para vislumbrar como este processo ocorre e verificar lacunas e fragilidades na assistência prestada, visando melhorias na assistência obstétrica e intervenções que busquem garantir o uso de práticas adequadas, assegurando a mulher o acesso a cuidados durante o período gravídico-puerperal. Sendo assim, as perguntas que norteiam o presente estudo são: Como ocorre a implementação das boas práticas ao parto e nascimento, e qual a satisfação e perspectiva das puérperas para com a assistência? Desse modo o presente estudo objetivou analisar a adesão às boas práticas na assistência ao parto

normal em puérperas, em uma maternidade pública da Região do Cariri.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo transversal com abordagem quantitativa realizado em um Hospital/Maternidade pública de referência na cidade de Juazeiro do Norte, interior do estado do Ceará (Polit et al., 2018) O município de Juazeiro do Norte situa-se na área central da região metropolitana do Cariri, no sul do estado do Ceará, à distância de 538 km da capital, Fortaleza, e conta com aproximadamente, 249.939 habitantes (IBGE, 2018). O Hospital/ Maternidade é habilitado pela Rede Cegonha e presta atendimentos às mulheres de risco habitual e alto risco obstétrico, originárias não só do município onde está localizada, mas também de municípios vizinhos. Classifica-se como de médio porte, e conta com atendimento em pediatria, neonatologia e gineco-obstetrícia. A média mensal de partos em 2018 foi de 3.144 partos (Brasil, 2019). A coleta de dados ocorreu nos meses de março a maio de 2019 e amostra foi composta por puérperas internadas no alojamento conjunto da referida maternidade. Foram incluídas no estudo mulheres em pós-parto vaginal, com período mínimo de pós-parto de 12 horas, que não apresentassem intercorrências durante o parto, com filho vivo. Foram excluídas puérperas que pariram no trajeto para o hospital ou em domicílio por não proporcionarem as informações relacionadas ao estudo em seu prontuário. A amostra foi selecionada de modo intencional, com amostragem não probabilística (Hulley et al., 2015). O cálculo amostral baseou-se no número de partos vaginais ocorridos no ano de 2018, tendo apresentado um total de 1.440 partos (Brasil, 2019). Foi utilizada a amostra de populações finitas, a seguir:

$$n = N.Z2.P.Q/e2.(N-1) + Z2. P. Q$$

O nível de confiança padronizado para o estudo foi de 95% em que expresso em números de desvio padrão possui o valor de 1,96. A porcentagem com a qual o fenômeno se verifica e a porcentagem complementar foi de 50% e o erro máximo permitido foi 5% (Hulley et al., 2015). Dessa forma, 304 puérperas compuseram a amostra. A coleta foi realizada através de um roteiro de entrevista aplicado as puérperas e de dados extraídos dos seus respectivos prontuários. As entrevistas foram realizadas no Alojamento Conjunto e as participantes foram orientadas quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como o preenchimento dos instrumentos. Os dados foram coletados através de formulários estruturados validados. O primeiro formulário foi extraído de uma pesquisa que analisou a qualidade da estrutura física e organizacional de maternidades habilitadas pela Rede Cegonha (Calou, 2018). O segundo formulário foi originado de um estudo que objetivou descrever a implementação de boas práticas de atenção ao parto em uma maternidade de referência onde foram discutidas apenas as categorias A e B das boas práticas por apresentarem medidas que devem ser adotadas e eliminadas da prática obstétrica, respectivamente (Melo et al, 2017).

O terceiro formulário trata da satisfação e perspectivas das puérperas acerca da assistência recebida. Foi fundamentado em um estudo que buscou avaliar a associação entre a adoção das boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido(Baldisserotto, 2015). Os instrumentos foram adaptados pela própria pesquisadora, a fim de atender aos objetivos do estudo. Foram acrescentadas questões referentes aos dados de admissão na maternidade, bem como mais questões voltadas a categoria B das boas práticas, dentre essas: Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto, cateterização venosa profilática de rotina, uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto, esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto, massagem e distensão do perineo durante o segundo estágio do trabalho de parto, lavagem uterina rotineira após o parto, revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto. O formulário, voltado à satisfação e as práticas oferecidas as puérperas, foi adaptado de forma que analisasse a satisfação e as práticas oferecidas as parturientes no que se refere a

categoria A das Boas Práticas. A variável dependente do estudo trata da satisfação das puérperas acerca da implementação das boas práticas ao parto e nascimento das boas práticas (Categoria A). Já as variáveis independentes são as boas práticas recomendadas de atenção ao parto e nascimento pela OMS (1996) listadas na categoria A e B (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas e práticas que devem ser eliminadas da assistência obstétrica, respectivamente).

As informações obtidas foram compiladas através de tabulação e armazenadas em planilha eletrônica do sistema Excel® 2013. Após compilação dos dados, realizou-se a análise descritiva dos dados apresentando frequências absolutas e cálculo das frequências relativas. Os achados são apresentados em forma de tabelas. Com o intuito de garantir os direitos das participantes, respeitando-as, a pesquisa foi norteada na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012a). À princípio, foi solicitada autorização ao Núcleo Acadêmico de Ensino e Pesquisa da maternidade para este estudo e em seguida, o projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri – URCA, sendo aprovado com o parecer número 3.183.260 e CAAE: 08144819.7.0000.5055. Todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo e mediante acordo, receberam o TCLE onde foi realizada a leitura e esclarecimento de dúvidas, sendo o termo assinado somente após leitura e consentimento das mesmas. Foi enfatizado que a informante estaria assegurada quanto ao anonimato na divulgação das informações e que poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

RESULTADOS

Os dados sócio-demográficos das puérperas que participaram da pesquisa estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sócio-demográficos das puérperas Juazeiro do Norte, CE, Mar/Mai, 2019 (n=304)

	n	%
Idade em anos		
Até 35 anos	284	93,4
Acima de 35 anos	20	6,6
Raça/ cor		
Branca	20	8,2
Negra	175	87,1
Amarela	7	4,7
Renda familiar (SM)*		
1 a 2	253	83,2
>2 a <4	25	8,2
>4	9	3
Não informado	17	5,6
Escolaridade		
Analfabeto	1	0,3
Ens. Fund. Incompleto	61	20,1
Ens. Fund. Completo	51	16,8
Ens. Médio Incompleto	59	19,4
Ens. Médio Completo	104	34,2
Ens. Superior Incompleto	10	3,3
Ens. Superior Completo	18	6
Mora com companheiro		
Sim	240	79
Não	63	20,7
Não informado	1	0,3
Município de residência		
Juazeiro do Norte	251	82,6
Caririáçu	41	13,5
Outros Municípios	12	3,9
Reside próximo à maternidade		
Sim	119	39,1
Não	185	60,9
Ocupação/ trabalho remunerado		
Sim	81	26,6
Não	223	73,4

Tabela 2. Dados Gineco-Obstétricos das puérperas e Descrição das características obstétricas das puérperas no momento da admissão na maternidade. Juazeiro do Norte, CE, Mar/Mai, 2019 (n=304)

	N	%
Paridade		
Primíparas	137	45,1
Secundíparas	98	32,2
Múltiplas	69	22,7
Aborto prévio		
Sim	49	16,1
Não	255	83,9
Complicação na gestação atual		
Sim	49	16,1
Não	254	83,6
Não informado	1	0,3
Nº de consultas de PN realizadas		
<6	28	9,2
>6	231	76
Não informado	45	14,8
Início do Pré-Natal		
1º trimestre	157	51,6
2º trimestre	27	8,9
3º trimestre	4	1,3
Não informado	116	38,2
Amamentou exclusivamente os outros filhos		
Sim	151	49,7
Não	17	5,6
Não se aplica	136	44,7
Idade gestacional		
Pré termo	23	7,6
A termo	257	84,5
Pós Termo	1	0,3
Não informado	23	7,6
Dilatação		
Sim	241	79,3
Não	18	6
Não informado	45	14,8
Situação da dilatação		
Fase latente (1-4cm)	101	33,2
Fase ativa (5-7cm)	92	30,3
Fase de transição (8-10cm)	39	12,8
Sem dilatação	9	3
Não informado	63	20,7
Membrana íntegra		
Sim	232	76,3
Não	69	22,7
Não informado	3	1
Presença de contrações		
Sim	249	82
Não	53	17,4
Não informado	2	0,6
Presença de infecção		
Sim	6	2
Não	295	97
Não informado	3	1

Os itens “Não informado” refere-se à ausência de dados em prontuário e a falta de conhecimento por parte da puérpera acerca das questões. Na tabela Tabela 2 estão os dados Gineco-Obstétricos das puérperas e Descrição das características obstétricas das puérperas no momento da admissão na maternidade respectivamente. A Tabela 3 apresenta dados acerca da implementação das Boas Práticas ao Parto e Nascimento (Categoria A), ou seja, práticas indicadas durante o parto e que devem ser encorajadas.

A questão “não se aplica” refere-se as mulheres que não fizeram uso de método não farmacológico para alívio da dor. As Tabelas 4 refere-se à categoria B das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (práticas não indicadas e que devem ser desencorajadas durante a assistência ao parto). Por fim, a Tabela 5 apresenta variáveis relacionadas ao grau de satisfação e práticas oferecidas às puérperas.

Tabela 3. Implementação das Boas Práticas ao Parto e Nascimento – Categoria A. Juazeiro do Norte, CE, Mar/Mai, 2019 (n=304)

	N	%
Preenchimento de partograma		
Sim	102	33,5
Não	194	63,8
Não informado	8	2,6
Tipo de dieta ofertada		
Líquida	245	80,6
Zero	56	18,4
Não informado	3	1
Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor		
Sim	148	48,7
Não	156	51,3
Tipos de métodos não farmacológicos utilizados para alívio da dor		
Chuveiro	3	1
Massagem	17	5,6
Exercício	128	42,1
Não se aplica	156	51,3
Acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto		
Sim	304	100
Liberdade de posição e movimento		
Sim	45	14,8
Não	259	85,2
Contato pele a pele ininterrupto entre mãe e recém-nascido		
Sim	261	85,9
Não	43	14,1
Amamentação na sala de parto		
Sim	3	1
Não	301	99

A questão “não se aplica” refere-se as mulheres que não fizeram uso de método não farmacológico para alívio da dor.

Tabela 4. Categoria B das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento Juazeiro do Norte, CE, Mar/Mai 2019 (n=304)

	n	%
Uso de enema		
Não	300	98,7
Não informado	4	1,3
Uso de tricotomia		
Não	300	98,7
Não informado	4	1,3
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto		
Sim	93	30,6
Não	205	67,4
Não informado	6	2
Cateterização de rotina venosa profilática		
Sim	97	32
Não	202	66,4
Não informado	5	1,6
Posição supina de rotina durante o trabalho de parto		
Sim	57	18,8
Não	247	81,2
Uso de posição de litotomia durante o trabalho de parto		
Sim	204	67,1
Não	100	32,9
Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto		
Sim	98	32,2
Não	190	62,5
Não informado	16	5,3
Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto		
Sim	17	5,6
Não	269	88,5
Não informado	18	5,9
Lavagem uterina após o parto		
Sim	2	0,6
Não	275	90,5
Não informado	27	8,9
Revisão uterina (exploração manual) após o parto		
Sim	8	2,6
Não	269	88,5
Não informado	27	8,9

Tabela 5. Satisfação e práticas oferecidas às puérperas Juazeiro do Norte, CE, Mar/Mai, 2019 (n=304)

	N	%
Satisfação com o local de parto		
Satisfeita	290	95,4
Não satisfeita	13	4,3
Não sabe	1	0,3
Satisfação com o serviço ofertado durante o trabalho de parto		
Satisfeita	288	94,7
Não satisfeita	15	5
Não sabe	1	0,3
Satisfação com a privacidade ofertada no local de parto		
Satisfeita	274	90,1
Não satisfeita	28	9,2
Não sabe	2	0,7
Satisfação com as informações ofertadas		
Satisfeita	126	41,4
Não satisfeita	174	57,2
Não sabe	4	1,3
Satisfação com o tempo que foi disponível para perguntas		
Satisfeita	122	40,1
Não satisfeita	176	57,9
Não sabe	6	2
Satisfação com os métodos não farmacológicos para o alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto		
Satisfeita	122	40,1
Não satisfeita	17	5,6
Não sabe	9	3
Não se aplica	156	51,3
Foi de livre escolha seu acompanhante		
Sim	304	100
Foi oferecido líquidos, água, sucos e/ sopas/ alimentos durante o trabalho de parto		
Sim	127	41,7
Não	176	57,9
Não sei	1	0,3
Teve liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto		
Sim	45	14,8
Não	259	85,2
Contato pele a pele ininterrupto entre mãe e recém-nascido		
Sim	259	85,2
Não	45	14,8
Amamentou seu filho na sala de parto		
Sim	4	1,3
Não	300	98,7

DISCUSSÃO

Ao analisar as características sócio-demográficas das puérperas entrevistadas, observou-se que a maioria tinha menos de 35 anos de idade (93,4%), o que, segundo o Ministério da Saúde, é considerado o período ideal para a primeira gestação, período este que se concentra entre 15 e 35 anos de idade. É na faixa etária entre 20 e 34 anos que se concentra o período de maior fecundidade nas mulheres, além disso, a ocorrência de gestação durante esse período associa-se a uma redução de riscos maternos (Brasil, 2012b; Herculano *et al.*, 2012). Identificou-se que 43,5% das puérperas concluíram o Ensino Médio, o que constitui um tempo de 9 a 12 anos de estudo. Em um estudo que buscou avaliar o grau de completude do preenchimento do cartão da gestante de mulheres atendidas em um Hospital Universitário de média complexidade do Rio Grande do Norte, com amostra de 81 puérperas, verificou-se uma prevalência de 8 a 12 anos de estudo (53,1%) (Coelho *et al.*, 2015). Um outro estudo realizado com 404 mulheres que tiveram parto vaginal em 13 hospitais de Goiânia, evidenciou que 48,5% tinham 9 a 11 anos de escolaridade (Calou, 2018). Em relação a moradia, 60,9% moravam distante da maternidade em que foram atendidas, o que pode dificultar a acessibilidade, como também deficiências de estrutura física e organizacional de maternidades mais próximas, o que pode não inspirar segurança na parturiente (Calou, 2018). Da mesma forma, 79% das puérperas disseram viver com o companheiro. Esse dado foi semelhante ao encontrado em parturientes de maternidades do Ceará

(79,8%) e (79,7%). O apoio de um companheiro é considerado favorável, visto que uma situação conjugal segura traz melhorias quanto a situação psicológica e estabilidade econômica (Calou,2018; Oliveira,2017; Barbosa *et al.*, 2017). Ainda sobre o perfil das participantes, este estudo constatou que a cor negra foi a mais prevalente (87,1%). Podemos interpretar esse dado a partir de informações demográficas da população residente, por cor, na região nordeste, que apresenta uma população negra de 69,2%.12 Quanto a ocupação, 73,4% das puérperas não exerciam trabalho com remuneração, o que corrobora com valores encontrados por outros autores, em que 91% e 86,4% não desempenhavam atividade remunerada.(Coelho *et al.*, 2015; Oliveira, 2017). A constatação do reduzido número de mulheres que têm ocupação remunerada no estudo contrapõe-se às tendências de sua crescente inserção no mercado de trabalho (Ribeiro, 2013). Tendo em vista, ainda, que 83,2% das mulheres possuíam renda de 1 a 2 salários mínimos, aponta-se que o nível socioeconômico é um importante fator de risco em relação a boa gestação, pois quanto menor a renda, maiores são as deficiências nutricionais, de habitação e piores são os hábitos de higiene, aumentando a incidência de fatores que contribuem para o desenvolvimento de complicações (Ribeiro,2013). Outro dado observado é que a maioria das participantes da pesquisa eram primíparas e não apresentavam histórico de aborto (83,9%). Entre 1995 a 2013 houve redução de 27% nos abortos espontâneos e induzidos, embora a magnitude do aborto no país ainda aponta para um grave problema de saúde pública (Monteiro *et al.*, 2015). Com o intuito de observar e intervir junto a esses fatores de risco internos e externos, o acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. O início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, ou seja, no primeiro trimestre de gestação (Brasil, 2012b). O número ideal de consultas considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é igual ou superior a 6 (seis).

No presente estudo, o percentual de mulheres que foram captadas até as 12 semanas foi de 51,6%, enquanto 76% realizaram mais de 6 consultas, o que, segundo o MS, é considerado como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos. O cuidado materno de qualidade possibilita a identificação e o acompanhamento das condições obstétricas. Dentre estas condições observadas no momento da admissão, verificou-se que a maioria das puérperas apresentou idade gestacional à termo, com trabalho de parto na fase ativa. Acredita-se que a procura pela maternidade por mulheres com idade gestacional à termo, evidencie um maior conhecimento das mesmas acerca dos sinais de parto, decorrentes de um acompanhamento pré-natal de qualidade, além de que, uma maior permanência na instituição, possa favorecer a utilização de boas práticas durante o processo parturitivo. Dentro da Categoria A das boas práticas propriamente dita, a utilização do partograma durante o trabalho de parto permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção desses desvios, evitando intervenções desnecessárias (Brasil, 2001). Entretanto, no presente estudo apenas 33,5% dos prontuários apresentaram partogramas preenchidos. Esse dado corrobora com os resultados encontrados em um estudo que buscou avaliar a implementação das boas práticas em uma maternidade de referência, onde houve o preenchimento de apenas 48,3% dos partogramas, o que pode inferir a falta de importância dada a esse instrumento (Melo *et al.*,2017). Outra prática recomendada é a não prescrição de dieta zero de rotina, sendo que, dentre as entrevistadas, a oferta de dieta líquida prevaleceu em 80,6% das parturientes. Visto que a maioria das parturientes que foram admitidas na maternidade encontravam-se na fase ativa do trabalho de parto, reforça-se que, segundo o Ministério da Saúde, todos os alimentos sólidos devem ser suspensos, na medida em que ocorre a aproximação da fase ativa do trabalho de parto, sendo permitida para as gestantes de baixo risco, a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros (Brasil, 2001). A utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor apresentou valores que não alcançaram 50% das parturientes, apesar de ser classificado pela OMS como uma prática benéfica e que deve ser estimulada. Análise realizada com 300 fichas de monitoramento

da atenção ao parto e nascimento, em uma maternidade de alta complexidade no estado do Ceará, evidenciou a utilização dessa prática em apenas 11,3% das mulheres (Melo *et al.*,2017). Ressalta-se que a liberdade de escolha de posição pela mulher, não oferece maior risco e pode proporcionar menor duração do trabalho de parto, além de diminuir a necessidade de analgesia. (Lawrence *et al.*, 2012). O contato pele a pele e a amamentação na sala de parto também são práticas passíveis de incentivos e os dados deste estudo corroboram e divergem, respectivamente dos resultados observados em outros estudos. Evidenciou-se que a maioria das puérperas (85,9%) tiveram contato pele a pele com o recém-nascido após o parto, dado semelhante foi encontrado em outros dois estudos, onde o contato pele a pele prevaleceu em 84% e 91,6% das mulheres (Apolinario,2017; Vieira *et al.*,2016). Quanto a amamentação na sala de parto, o resultado obtido no presente trabalho (1%) diverge de alguns estudos 9,28 onde respectivamente, 95% e 65,3% das parturientes tiveram a oportunidade de amamentar seus filhos na sala de parto. O contato pele a pele entre a mãe e o bebê é um fator determinante na humanização do atendimento ao parto, além disso, a amamentação na primeira hora após o parto deve ser incentivada, uma vez que reduz em até 22% a mortalidade neonatal (Vieira *et al.*, 2016). Referente a categoria B de práticas não recomendadas, observou-se que práticas rotineiras como o enema e a tricotomia não foram observadas na maioria das puérperas (98,7%), o que pode indicar o seu desuso da assistência prestada as mulheres participantes da pesquisa. No entanto, práticas como a infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e a cateterização de rotina venosa profilática, estiveram presentes respectivamente em 30,6% e 32% dos casos.

Quando a cateterização é realizada rotineiramente, sem a necessidade de administração de medicamentos intravenosos, essa prática é considerada como prejudicial ao parto normal, pois apenas facilita o trabalho do profissional (Vieira *et al.*, 2016). O esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsava), outra prática fortemente desencorajada atualmente, foi identificada em 32,2% das parturientes. Poucas são as evidências acerca dos puxos prolongados e precoces, visto que estes, apesar de diminuírem modestamente a duração do segundo período, que parece não trazer nenhum benefício, ainda compromete as trocas materno-fetais. Apesar da baixa incidência entre as puérperas entrevistadas, a manobra de Valsava ainda é utilizada por boa parte dos profissionais da referida maternidade (Brasil, 2001). Por fim, na categoria Satisfação e perspectivas das puérperas acerca da categoria A das boas práticas, a maioria mostrou-se satisfeitas em relação ao local, serviço e privacidade ofertados durante o parto. Esse dado é semelhante com os resultados de um estudo que objetivou avaliar a associação entre a adoção das boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido na maternidade através dos dados da pesquisa “Nascer no Brasil” (Baldisserotto, 2015).

A oferta de informações e esclarecimentos faz-se necessária durante a assistência ao parto e, no que se refere as informações recebidas e ao tempo disponível para perguntas, a maioria das mulheres, neste estudo, mostraram-se insatisfeitas. Uma das formas de transmitir tranquilidade e confiança é a informação, pois a falta de conhecimento afeta a condição psicológica, podendo causar sentimentos de medo e incerteza, os quais podem levar à produção de hormônios como a adrenalina, que estimula o neocórtex e inibe a produção de outros hormônios como a ocitocina, endorfina, catecolaminas, necessários para a evolução do trabalho de parto e parto (Apolinario *et al.*, 2016). Entre as entrevistadas, 40,1% mostraram-se satisfeitas com os métodos utilizados para o alívio da dor, visto que a maioria das participantes não fez uso de nenhum método durante o processo de parturição. Esse dado diverge de estudo que aponta ainda que o uso destes métodos, além de proporcionar conforto à parturiente, evita o uso de substâncias farmacológicas que possam interferir no processo fisiológico do parto (Vieira *et al.*, 2016). Reforça-se que todas as mulheres que participaram da pesquisa tiveram direito a acompanhante de livre escolha. O apoio do acompanhante durante todo o parto favorece a implementação das boas práticas, dentre elas: a oferta de líquidos e alimentos, liberdade

de posição e movimento e o contato pele a pele entre mãe e bebê (Monguilhott *et al.*, 2018). O mesmo não foi observado no presente estudo visto que a presença de acompanhante não parece ter favorecido a aplicabilidade de algumas práticas. Referente a amamentação na sala de parto, apenas 1,3% das usuárias puderam amamentar seu filho imediatamente após o parto. Acredita-se que a baixa adesão da amamentação na primeira hora de vida na maternidade em que a análise foi realizada, seja devido a pressa em se realizar a avaliação do recém-nascido imediatamente após o parto. Diante dos resultados apresentados percebe-se que, analisar a implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento é uma forma de vislumbrar como este processo ocorre e verificar lacunas e fragilidades na assistência prestada. Aspira-se que este estudo possa agregar conhecimentos aos profissionais e acadêmicos de enfermagem, com vistas a contribuir na melhoria do cuidado prestado às puérperas. Mais estudos fazem-se necessários para acompanhamento da implementação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento visando conhecer melhor não apenas as principais práticas utilizadas, mas também o perfil das usuárias.

REFERÊNCIAS

- Apolinário D, Rabelo M, Wolff LDG, Souza SRRK&Leal GCG 2016. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene*, jan/fev; 171 20-28.
- Baldisserotto ML 2015. Associação entre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido. [Internet] Dissertação Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- Baldisserotto ML 2015. Associação entre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido. [Internet] Dissertação Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- Barbosa EM, de Oliveira ASS, de Galiza DDF, de Barros VL, de Aguiar VF& Marques MB 2017. Perfil sócio demográfico e obstétrico de parturientes de um hospital público. *Rev. Rene*; 182 227-233.
- Brasil 2001a. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério – Assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: O Ministério.
- Brasil. Ministério da Saúde 2001b. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério – Assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: O Ministério, 2001
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde 2012a. Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. Brasília DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde 2012b. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde 2019. DATASUS: Sistema de Informações de Nascidos Vivos SINASC.
- Calou CGP 2018. Maternidade segura: estrutura física e organizacional de instituições habilitadas pela rede cegonha. [Internet]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza
- Carvalho EM, Göttems LBD& Pires MRGM 2015. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. *RevEscEnferm USP*. 496, 890-898.
- Coelho TTG, Medeiros ACQ, Ribeiro WCS&Menezes TB. Avaliação do grau de completude do cartão da gestante de puérperas atendidas em hospital universitária. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2015; 192 117-122,
- Herculano MMS, Veloso LS, Teles LMR, Oriá MOB, Almeida PC& Damasceno AKC 2012. Óbitos maternos em uma maternidade pública de Fortaleza: um estudo epidemiológico. *Revista da escola de Enfermagem da USP*; 462 295 – 301.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG&Newman TB 2015. *Delineando a Pesquisa Clínica – uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed 4.
- IBGE 2018. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ&Styles C 2012. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 7. Art. N. CD003934.
- Leal M, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB& Nakamura-pereira M 2014. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, 30, 17-47.
- Lima MFG, Pequeno AMC, Rodrigues DP, Carneiro C, Morais APP& Negreiros FDS 2017. Developing skills learning in obstetric nursing: approaches between theory and practice. *Rev Bras Enferm*, 705, 1054-1060.
- Melo BM, Gomes LFS, Henriques ACPT, Lima SKM& Damasceno AKC 2017. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. *Rev Rene*, 183, 376-382.
- Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF& D’orsi E 2018. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *RevSaúde pública*; 521.
- Monteiro MFG, Adesse L&Drezett J 2015. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grande regiões. Brasil, 1995 a 2013. *ReprodClim* 301, 11-18.
- Oliveira CAN 2017. Qualidade do cuidado materno e neonatal em região de saúde do Ceará: visão da puérpera [Internet]. Dissertação Mestrado em Enfermagem – Fortaleza, Universidade Federal do Ceará
- Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira CLL&Backes DS 2017. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev Bras Enferm*. 71, 1313-1319.
- Polit DF & Beck CT 2018. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed. 910.
- Ribeiro SG 2013. Tradução, adaptação e validação do “The mother generated index” para uso no Brasil. [Internet]. Dissertação Mestrado. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Soares YKC, Melo SSS, Guimarães TMM, Feitosa VC& Gouveia MTO 2017. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. *Revenferm UFPE online*, Recife, 11, 4563-4573.
- Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO&Sanches METL 2016. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. Eletr. Enf*, v18.36714.
- WHO 2015. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Geneva: World Health Organization.
- WHO. World Health Organization 1985. Appropriate Technology for Birth, *Lancet*; 28452:436-7.
- WHO. World Health Organization 1996. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization.
