

● Artigo original**PRÁTICAS DE ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL: AVALIAÇÃO NA PERSPECTIVA DE MULHERES***

Giseli Campos Gaioski Leal¹, Lillian Daisy Gonçalves Wolff², Luciana Schleder Gonçalves³, Aida Maris Peres⁴, Fábio André Miranda de Oliveira⁵

RESUMO: O objetivo da pesquisa foi avaliar práticas de atenção perinatal em maternidades de risco habitual, na perspectiva de mulheres. Pesquisa avaliativa, transversal, de abordagem quantitativa, realizada em três maternidades públicas de uma capital do Sul do Brasil. A amostra probabilística constituiu-se de 95 mulheres que vivenciaram o parto normal e nascimento sem intercorrências, internadas no Alojamento Conjunto. Dados coletados entre maio e julho de 2014, mediante entrevista estruturada, foram submetidos à análise descritiva e de frequência. Há evidências de incorporação de práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde na rotina das maternidades, entretanto outras necessitam ser aprimoradas. Os resultados fornecem informações úteis aos gestores, visando a garantia dos direitos reprodutivos das mulheres.

DESCRITORES: Assistência perinatal; Políticas públicas de saúde; Direitos reprodutivos; Avaliação em saúde; Avaliação de resultados da assistência ao paciente.

PERINATAL CARE PRACTICES IN NORMAL RISK MATERNITY HOSPITALS: AN EVALUATION IN THE WOMEN'S PERSPECTIVE

ABSTRACT: The study aimed to evaluate perinatal care practices in normal risk maternity hospitals, in the women's perspective. It is evaluative, transversal research with a quantitative approach, undertaken in three public maternity hospitals in a state capital in the South of Brazil. The probabilistic sample was made up of 95 women who experienced normal birth without complications, and who were inpatients on the Maternity Ward. Data were collected between May and July 2014, through a structured interview and were subjected to descriptive analysis and frequency analysis. Evidence was found of incorporation of practices recommended by the World Health Organization in the maternity hospitals' routines; other practices, however, need to be improved. The results provide information which is useful for managers, with a view to ensuring the women's reproductive rights.

DESCRIPTORS: Perinatal care; Public health policy; Reproductive rights; Health Evaluation; Patient Outcome Assessment.

PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PERINATAL EN MATERNIDADES DE RIESGO HABITUAL: EVALUACIÓN EN LA PERSPECTIVA DE MUJERES

RESUMEN: Investigación cuyo objetivo fue evaluar prácticas de atención perinatal en maternidades de riesgo habitual, en la perspectiva de mujeres. Investigación de evaluación, transversal, de abordaje cuantitativo, realizada en tres maternidades públicas de una capital del Sur de Brasil. La muestra probabilística se constituyó de 95 mujeres cuyo parto fue natural y nacimiento del hijo sin incidentes, internadas en Alojamiento Conjunto. Los datos fueron obtenidos entre mayo y julio de 2014, por entrevista estructurada, siendo sometidos a análisis descriptivo y de frecuencia. Hay evidencias de incorporación de prácticas recomendadas por la Organización Mundial de Salud en la rutina de las maternidades, sin embargo otras necesitan ser perfeccionadas. Los resultados revelan informaciones provechosas a los gestores, para la garantía de los derechos reproductivos de las mujeres.

DESCRIPTORES: Asistencia perinatal; Políticas públicas de salud; Derechos reproductivos; Evaluación en salud; Evaluación de resultados de la asistencia al paciente.

*Artigo extraído da dissertação intitulada: "Avaliação da atenção perinatal na perspectiva dos direitos das mulheres em maternidades de risco habitual". Universidade Federal do Paraná, 2014.

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Engenharia de Produção. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

⁵Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do Centro Universitário Internacional. Curitiba, PR, Brasil.

Autor Correspondente:

Giseli Campos Gaioski Leal

Universidade Federal do Paraná

Av. Prefeito Lothário Meissner, 3400 - 80210-170 - Curitiba, PR, Brasil

E-mail: gisagaioski@yahoo.com.br

Recebido: 15/12/2015

Finalizado: 11/05/2016

● INTRODUÇÃO

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha (RC) em 2011, política de atenção ao parto e nascimento que apresenta um novo modelo de atenção de âmbito nacional, operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É uma rede de cuidados que objetiva garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, assegurar o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável da criança⁽¹⁾.

A Rede Cegonha organiza-se nas unidades federativas e respectivos municípios de maneira a viabilizar ações de atenção à saúde com foco nas necessidades maternas e infantis, mediante a articulação dos serviços de saúde, dos sistemas de apoio, logístico e de governança.

Esse modelo de atenção está fundamentado nos princípios da humanização da assistência. Segue os programas do Ministério da Saúde que o antecedem, e mostra aprimoramentos com intuito de: garantir os direitos assegurados à mulher, ao recém-nascido (RN) e à criança; ampliar o acesso, o acolhimento e a qualidade da atenção pré-natal; subsidiar o transporte de urgência e emergência; promover a realização de vinculação da gestante a uma instituição de referência para assistência ao parto; incentivar a realização de parto e nascimento seguros, por meio da utilização de boas práticas de atenção recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁾; apoiar a presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; garantir o acesso ao planejamento reprodutivo; e assistência de qualidade e resolutiva à criança de zero a 24 meses de vida⁽¹⁾.

Uma assistência pré-natal e puerperal integral e humanizada requer organização para atender às necessidades individuais da mulher durante os períodos gestacional e puerperal, com emprego de meios e recursos adequados e de acordo com evidências científicas atuais⁽³⁾. Há 20 anos a OMS recomendou as boas práticas de assistência ao parto e nascimento, mas há práticas que não foram efetivamente incorporadas nos serviços brasileiros. Neste sentido, compete à gestão dos serviços de saúde administrar recursos profissionais, materiais, capital físico e financeiro, e informações para que os direitos reprodutivos sejam garantidos com uma assistência humanizada e baseada em evidências.

Com vistas ao aperfeiçoamento contínuo da assistência perinatal, faz-se necessário o desenvolvimento de avaliações que identifiquem eventuais não conformidades à política vigente. Uma maneira de investigar se os direitos reprodutivos estão, de fato, garantidos às usuárias do SUS, é inquiri-las diretamente.

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar as práticas de atenção perinatal sob a perspectiva de mulheres em maternidades de risco habitual. Para esta pesquisa o período perinatal foi compreendido entre a admissão da mulher na maternidade até a alta hospital, que ocorre até 48 horas pós-parto, e as práticas tiveram como padrão as recomendações da OMS, as quais são referendadas pela Rede Cegonha, com foco na garantia dos direitos reprodutivos.

● MÉTODO

Pesquisa avaliativa, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvida em três maternidades de risco habitual do SUS de Curitiba-PR. A amostra probabilística de 95 participantes correspondeu à somatória do percentual calculado, relativo ao número médio mensal de mulheres que tiveram parto normal nas maternidades públicas no ano de 2013 (n=6011), a saber: Maternidade "A", 30 (31,6%) participantes; Maternidade "B", 19 (19,7%) participantes; e Maternidade "C", 46 (48,6%) participantes. Considerou-se o nível de confiança de 95% e um ajuste de 10% para possíveis perdas.

Os critérios de inclusão das participantes foram: mulheres de qualquer idade, cujo parto normal ocorreu sem complicações e com nascido vivo, e que se encontravam internadas no Alojamento Conjunto (AC) entre a 24^a e a 48^a hora após o parto. Os critérios de exclusão foram as mulheres que apresentaram alguma complicação no parto e cujos recém-nascidos não permaneceram no Alojamento Conjunto.

O recrutamento das prováveis participantes foi realizado em cada dia de coleta de dados, a partir da listagem de puérperas internadas no AC. O instrumento de coleta de dados foi elaborado com base

nas práticas de atenção ao parto normal e nascimento recomendadas pela OMS⁽²⁾, e referendadas pela Rede Cegonha⁽¹⁾. Realizou-se um pré-teste, por meio de quatro entrevistas, cujos dados não foram computados na análise. Os demais dados coletados foram submetidos à análise descritiva simples e de frequência.

As entrevistas estruturadas com as participantes ocorreram no período de 26 de maio a 1º de julho de 2014, nas enfermarias (105 leitos) do AC, com duração de cerca de 30 minutos, sendo garantida a privacidade do encontro por meio de entrevista individual no leito de cada entrevistada.

A pesquisa integra o Projeto Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual de Curitiba-PR, aprovado em 16 de maio de 2014, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 25324513.0.0000.0102. Foram respeitados os preceitos éticos vigentes⁽⁴⁾ e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes.

● RESULTADOS

Na amostra, predominaram mulheres entre 15 e 38 anos de idade, com média de $23,95 \pm 5,58$; e mediana de 23 anos; 34 (35,79%) delas referem ensino médio incompleto; 43 (45,26%) ocupação do lar; 79 (83,16%) viver sob união consensual ou são casadas; e que contaram com a presença do companheiro durante a gestação 87 (91,58%).

O acompanhamento pré-natal de 76 (74,74%) mulheres foi realizado em Unidades Básicas de Saúde. O número de consultas variou entre 2 a 18, com média de $8 \pm 3,12$. Destaca-se que 66 (69,47%) das mulheres compareceram a 7 ou mais consultas de pré-natal.

Quanto aos antecedentes obstétricos, 55 (57,89%) mulheres são multíparas; e 30 delas (30,52%) vivenciaram de três a cinco gestações; 41 (43,16%) mulheres vivenciaram seis partos; e somente 13 (13,16%) sofreram aborto.

Foram também avaliadas as Boas Práticas de Atenção no Parto e Nascimento que orientam a condução de partos normais, que foram organizadas em categorias (A, B, C, D) de acordo com as evidências científicas às quais essas boas práticas se referem.

Na Tabela 1 apresentam-se as práticas úteis que devem ser estimuladas (Categoria A) e as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas (Categoria B) segundo as recomendações da OMS, assim como os resultados obtidos na avaliação conjunta das três maternidades no tocante à atenção às mulheres no pré-parto e parto (n=95).

Quanto ao monitoramento do bem estar físico, observou-se que 23 (24,21%) participantes puderam escolher a posição em que gostariam de ter seu filho, e as posições escolhidas e adotadas foram lateral e dorsal, posição de quatro apoios (de joelho e com as mãos apoiadas à superfície), posição vertical (em pé), ginecológica e de cócoras no chuveiro.

Já em relação ao monitoramento do bem-estar emocional, 89 (93,68%) mulheres referiram que os profissionais as chamavam pelo nome, em todos os locais de atendimento: Sala de Admissão, Sala de Pré-Parto e Parto e no Alojamento Conjunto. Além disso, 71 (74,74%) participantes afirmaram que os profissionais se identificaram ao atendê-las, e 74 (77,89%) delas referiram que os profissionais que as atenderam permitiram que expressassem os sentimentos, ouvindo suas queixas e esclarecendo suas dúvidas. Para 70 (94,59%) delas, a abordagem mais utilizada foi o diálogo. O recebimento de informações e orientações acerca dos procedimentos foi referido por 52 (54,74%) participantes.

Embora o contato pele a pele da mãe com o filho logo após o parto tenha sido referido por 68 (71,58%) das participantes, o tempo deste contato variou de 1 minuto a 1 hora, com média de 8 minutos e mediana 5 minutos.

Na Tabela 2 estão descritas as práticas sem evidências científicas, as quais devem ser utilizadas com cautela (Categoria C), e as práticas frequentemente usadas de modo inadequado (Categoria D), assim como os resultados obtidos na avaliação conjunta das três maternidades no tocante à atenção às mulheres no pré-parto e parto (n=95).

Tabela 1 - Práticas da atenção perinatal referentes às Categorias A e B da OMS e resultados em Maternidades de Risco Habitual. Curitiba, PR, Brasil, 2014

Práticas demonstradas como úteis e que devem ser estimuladas (Categoria A)	Sim f (%)	Não f (%)
Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto; e fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.	23 (24,21)	72 (75,79)
Respeito ao direito da mulher à privacidade, e apoio empático pelos prestadores de serviço durante o Trabalho de Parto (TP)/parto.	74 (77,89)	21 (22,11)
Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem.	52 (54,73)	43 (45,26)
Oferta de líquidos por via oral durante o TP/parto.	37 (38,95)	58 (61,05)
Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.	86 (90,52)	9 (9,48)
Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o TP.	79 (83,16)	16 (16,84)
Liberdade de posição e movimento, e estímulo a posições não supinas durante o TP.	69 (72,64)	26 (27,36)
Administração profilática de ocitocina no 3º estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto.	95 (100)	0
Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho	68 (71,58)	27 (28,42)
Apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto	18 (18,95)	77 (81,05)
Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas (Categoria B)	Sim f (%)	Não f (%)
Uso rotineiro de enema.	18 (18,95)	77 (81,05)
Uso rotineiro de tricotomia.	14 (14,73)	81 (85,27)
Infusão intravenosa de rotina no TP e administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permite controlar seus efeitos.	49 (51,58)	46 (48,42)
Uso rotineiro de posição supina durante o TP.	69 (72,63)	26 (27,37)
Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o TP.	72 (75,79)	23 (24,21)

Tabela 2 - Práticas da atenção perinatal referentes às Categorias C e D da OMS e resultados em Maternidades de Risco Habitual. Curitiba, PR, Brasil, 2014

Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela (Categoria C)	Sim f (%)	Não f (%)
Pressão do fundo do útero durante o TP.	37 (38,95)	58 (61,05)
Uso rotineiro de ocitocina durante o 3º estágio do TP.	95 (100)	0
Práticas frequentemente usadas de modo inadequado (Categoria D)	Sim f (%)	Não f (%)
Restrição hídrica durante o TP.	58 (61,05)	37(38,95)
Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.	94 (98,95)	1 (1,05)
Correção da dinâmica com utilização de ocitocina.	49 (51,58)	43 (48,42)
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do 2º estágio do TP.	50 (52,63)	45 (47,37)
Uso liberal e rotineiro de Episiotomia.	34 (35,79)	61 (64,21)

● DISCUSSÃO

No Brasil, as mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram, entre os anos de 2000 e 2009, maior proporção de nascidos vivos e sete ou mais consultas de pré-natal, enquanto que as mães que referiram ter 'nenhuma instrução' representaram menor proporção de nascidos vivos e realizaram menos consultas de Pré-Natal⁽⁵⁾.

Nesta pesquisa observou-se que 69 (47%) das participantes realizaram mais de 7 consultas de Pré-Natal. O número dessas consultas está diretamente relacionado a melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências de que a assistência pré-natal rotineira pode prevenir a morbimortalidade materna e perinatal, ao permitir a detecção e tratamento de afecções oportunamente, além de reduzir fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê⁽⁶⁾.

O percentual de (83,16%) das participantes da amostra, viviam em união consensual ou eram casadas, é similar ao encontrado em estudo nacional que constatou que 83,6 % das puérperas de uma maternidade pública eram casadas ou viviam com companheiro⁽⁷⁾. A condição de morar junto com o companheiro, citadas pelas participantes, condiz com a realidade brasileira, em que mais de um terço das uniões são consensuais. Este tipo de relacionamento aumentou de 28,6%, em 2000, para 36,4% em 2010⁽⁸⁾.

As mulheres em trabalho de parto devem ser atendidas pelos prestadores de serviços de saúde na perspectiva da sua integralidade⁽¹⁻²⁾, durante todo o período perinatal em que se encontram internadas. Contudo, evidenciou-se que a minoria das participantes pôde escolher a posição que gostariam para ter seu filho.

Salienta-se que as a mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, porém as evidências científicas são favoráveis às posições não-supinas⁽⁹⁾. Quando permanecem em posição horizontal, as mulheres podem ficar mais propícias à compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero, a apresentar dificuldade nas trocas gasosas entre mãe e filho, bem como diminuição efetiva das contrações uterinas⁽¹⁰⁾.

As práticas recomendadas pela OMS correspondem à perspectiva da humanização da assistência. Neste sentido, humanizar é também respeitar a individualidade das pessoas, saber ver e escutar o outro, assim como realizar a assistência com respeito a cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões das mulheres⁽¹¹⁾.

Considerar a presença de acompanhante pode ser um indicador de qualidade, segurança e de respeito pelos direitos reprodutivos no cuidado ao parto por parte de profissionais e da gestão da instituição⁽¹²⁾. Consequentemente, todas as mulheres brasileiras tem o direito de escolha de um acompanhante nos períodos do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tanto em serviços públicos e privados⁽¹³⁾.

Observou-se também, que os profissionais de saúde que atendem ao parto (Enfermeiros, médicos) nas maternidades estão estimulando o contato cutâneo entre mãe e filho para a maioria das mulheres, apesar de o tempo de contato ser menor que 10 minutos. Todavia, estão deixando a desejar em relação ao estímulo do recém-nascido à amamentação na primeira hora de pós-parto.

A política de saúde brasileira instituiu a atenção integral e humanizada ao recém-nascido, no que tange ao apropriado cuidado ao parto e nascimento e, principalmente, quanto às boas práticas do cuidado materno-infantil. Por conseguinte, é assegurado ao recém-nascido o contato pele a pele com sua mãe, de modo imediato e contínuo⁽¹⁴⁾.

Um estudo evidenciou que os motivos para o término desse contato podem estar relacionados ao pedido da mãe, ou à solicitação da equipe com vistas a dar início à realização dos primeiros cuidados após o nascimento. Esta situação pode estar relacionada à ansiedade da equipe e à pressa em realizar os procedimentos, principalmente quando os nascimentos ocorrem no final do turno ou quando há sobrecarga de trabalho no setor⁽¹⁵⁾.

Em relação a intervenções desnecessárias, como o enema e a tricotomia, são práticas ainda prescritas e realizadas para a minoria das mulheres nas maternidades avaliadas, fato que corrobora com o recomendado pela OMS⁽²⁾. O presente estudo corrobora com este achado e evidencia que na realidade brasileira tais procedimentos passaram a ser considerados desnecessários e/ou iatrogênicos nos serviços⁽¹⁶⁾.

Cerca da metade das participantes teve o parto induzido pela administração de ocitócitos. Classifica-se a indução do trabalho de parto como uma conduta eletiva ou terapêutica. São eletivas aquelas oportunas por parte do médico ou da paciente. No entanto, as indicações terapêuticas são

consideradas quando há risco ao feto, pela permanência no útero, podendo ocorrer devido à rotura prematura das membranas ovulares ou à infecção ovular; ao próprio feto, como macrosomia e crescimento intrauterino limitado; às intercorrências clínicas maternas, como hipertensão, diabetes, nefropatias e pneumopatias; e à idade gestacional, como a gravidez prolongada⁽¹⁷⁾.

Mais da metade das participantes foi encaminhada à sala de parto durante o trabalho de parto, onde permaneceram em posição litotômica, contrastando com as condições da sala de Pré-Parto, na qual as mulheres têm liberdade de adotar outras posições.

Estudo sobre o impacto das posições no nascimento no bem estar da mulher e da criança revelou que há evidências de que mulheres estimuladas a posições verticalizadas apresentam o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto mais curtos, vivenciam menos intervenções, relatam menos dor e, conseqüentemente, apresentam aumento do nível de satisfação em relação à experiência de parto, comparado às mulheres que o vivenciaram em posição supina ou litotômica⁽¹⁸⁾.

O percentual de 38,95% das participantes que referiram que se submeteram à realização da Manobra de Kristeller, pressão do fundo do útero, é similar ao encontrado em outro estudo nacional (37%)⁽¹⁹⁾. Profissionais de vários países ainda a realizam com frequência durante o segundo estágio do trabalho de parto, sob a premissa de que possa acelerar o nascimento. Além do desconforto materno, acredita-se que possa ser prejudicial ao útero, períneo e feto, mas não existem evidências científicas quanto à sua real utilidade⁽²⁰⁾.

Recomenda-se a aplicação de uterotônico profilático antes da dequitação placentária, como a ocitocina, para prevenção da hemorragia pós-parto, a qual pode levar ao êxito letal em 10 minutos. Portanto, trata-se de profilaxia do tipo relevante e que deve ser realizada cautelosamente⁽²¹⁾. Neste caso, cada serviço de saúde deve estabelecer seu próprio protocolo para prevenção da hemorragia pós-parto, baseando-se em evidências científicas, a fim de contribuir para redução da mortalidade materna e de complicações graves à mulher⁽²²⁾.

Estudos revelam que o uso de ocitocina profilática diminui a hemorragia pós-parto superior a 500ml, bem como a necessidade de uterotônicos terapêuticos, quando comparado ao uso de placebo. Se o uso intravenoso não for possível, o uso por via intramuscular apresenta o mesmo efeito e benefícios profiláticos⁽²³⁾.

Quanto ao elevado número de exames vaginais observados nesta pesquisa, destaca-se que estes deveriam ser limitados, quando o trabalho de parto estiver evoluindo normalmente. Em hipótese alguma a mulher deve ser forçada a submeter-se ao exame vaginal repetidamente, ou em intervalo inferior a duas horas⁽²⁰⁾.

A episiotomia também foi realizada para mais de um terço das participantes. Atualmente, as evidências científicas recomendam que não seja realizada de rotina, pois não protege o assoalho pélvico. Além disso, pode causar dor e desconforto no local, ou ocasionar sangramento e complicações intra e pós-operatórias⁽²⁴⁾.

Observou-se que ainda ocorre restrição de líquidos durante o trabalho de parto nas maternidades pesquisadas, prática desaconselhável para as mulheres com baixo risco de complicações⁽²⁵⁾. Quanto à prescrição de restrição hídrica e alimentar pelos profissionais da saúde, devem ser consideradas as condições de cada mulher. Os benefícios da nutrição baseada nos desejos da parturiente são reais.

Os resultados desta pesquisa remetem ao comentado por autores sobre a prática obstétrica brasileira, na qual há pressa em provocar o nascimento, sem respeito à dinâmica de cada trabalho de parto e a autonomia das mulheres no seu processo de parto. O controle do tempo e a imposição de profissionais sobre a vontade da mulher exemplificam o índice excessivo de intervenções, que implicam comumente em cesarianas desnecessárias, fazendo com que a assistência ao parto no Brasil seja focada na decisão do profissional que realiza o parto, e não na evolução natural do corpo da mulher⁽¹⁹⁾.

● CONCLUSÃO

Os serviços comprometidos com a qualidade da atenção perinatal necessitam seguir as recomendações da OMS quanto às práticas de cuidado ao parto e nascimento, referendadas pela Rede Cegonha, com respeito aos direitos reprodutivos assegurados pelas políticas públicas brasileiras.

Nas maternidades de risco habitual avaliadas, algumas práticas estão sendo aplicadas de acordo com o recomendado pela OMS e as Políticas Públicas Nacionais, o que demonstra um esforço para a realização da assistência de modo humanizado e de qualidade no parto e nascimento.

Todavia, há práticas da atenção perinatal que necessitam ser reforçadas nessas maternidades, principalmente em relação ao que é de direito da mulher no parto e nascimento. Entre elas, destacam-se: a ingesta hídrica; a escolha de posições verticalizadas e a livre movimentação, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, receber informações sobre os procedimentos.

Recomenda-se que devem ser revistas junto a equipe multiprofissional as práticas desnecessárias do jejum, tricotomia, enema e infusão intra-venosa de rotina no trabalho de parto; e reforçados a importância do direito da mãe ao contato pele a pele contínuo com o recém-nascido e à amamentação na primeira hora pós-parto.

Os resultados da avaliação perinatal realizada na perspectiva das mulheres atendidas no parto e nascimento nas maternidades estudadas fornecem informações úteis a gestores. Podem contribuir para o planejamento de melhorias contínuas nas práticas obstétricas, com vistas a garantir partos vaginais seguros, planejados e de qualidade.

Recomenda-se que além de avaliações na perspectiva de usuárias do serviço, também sejam realizadas avaliações na perspectiva de gestores, profissionais de saúde e familiares. Estas avaliações necessitam ser institucionalizadas e realizadas periodicamente, com vista ao acompanhamento e melhoria contínua da atenção perinatal.

● REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS). Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. [Internet] 1996 [acesso em 10 nov 2015]. Disponível: <http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília; 2012.
5. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Portal Determinantes Sociais da Saúde. Observatório sobre Iniquidades em Saúde. Proporção (%) de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe. [Internet] 2012 [acesso em 10 nov 2015]. Disponível: <http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030204-20120130.pdf>.
6. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2012; 28(3) [acesso em 11 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.
7. Leite FMC, Barbosa TKO, Mota JS, Nascimento LCN, Amorim MHC, Primo CC. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. Cogitare Enferm. [Internet] 2013; 18(2) [acesso em 11 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32584>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: população, educação, renda e condição dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

9. Amorim MMR, Porto AMF, Souza ASR. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. FEMINA. [Internet] 2010; 38(11) [acesso em 11 nov 2015]. Disponível: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf.
10. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2004 [acesso em 11 nov 2015]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14973980>.
11. Santos IS, Okazaki ELFJ. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. Rev Enferm UNISA. [Internet] 2012; 13(1) [acesso em 12 nov 2015]. Disponível: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-11.pdf>.
12. Rance S, McCourt C, Rayment J, Mackintosh N, Carter W, Watson K, et al. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough?. BMJ Qual Saf. [Internet] 2013; 22(4) [acesso em 12 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001295>.
13. Brasil. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 08 abr. 2005. Seção 5.
14. Brasil. Portaria n. 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS. Gabinete do Ministério, Brasília, 08 mai. 2014.
15. Matos TA, de Souza MS, dos Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev. bras. enferm. [Internet] 2010; 63(6) [acesso em 12 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>.
16. da Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev Rene. [Internet] 2014; 15(4) [acesso em 12 nov 2015]. Disponível: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1514/pdf>.
17. Cunha AA. Indução do trabalho de parto com feto vivo. FEMINA. [Internet] 2010; 38(9) [acesso em 12 nov 2015]. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a469-480.pdf>.
18. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Women Birth. [Internet] 2012; 25(3) [acesso em 13 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>.
19. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. [Internet] 2014; 30(Suppl.1) [acesso em 13 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
20. Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternidade segura: Associação Brasileira da Enfermagem Obstétrica (ABENFO). [Internet] 2009 [acesso em 13 nov 2015]. Disponível: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf.
21. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2001; 04 [acesso em 13 nov 2015]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11687123>.
22. Vieira CS, de Carvalho RC, Duarte G, Nogueira AA, Yano RK, Quintana SM. Hemorragia puerperal: qual melhor uterotônico para profilaxia?. FEMINA. [Internet] 2007; 35(7) [acesso em 13 nov 2015]. Disponível: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina357p437-42.pdf>.
23. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa GE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2013; (10) [acesso em 13 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001808.pub2>.
24. de Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. FEMINA. [Internet] 2010; 38(5) [acesso em 13 nov 2015]. Disponível: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>.
25. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev. [Internet] 2010; 1 [acesso em 13 nov 2015]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub2>.