



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JÉSSICA LOURENÇO CARNEIRO

AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E DESFECHOS MATERNOS
EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

FORTALEZA
2019

JÉSSICA LOURENÇO CARNEIRO

AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E DESFECHOS MATERNOS EM
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C289a Carneiro, Jéssica Lourenço.
Avaliação de boas práticas obstétricas e desfechos maternos em maternidade de referência / Jéssica Lourenço Carneiro. – 2019.
104 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Obstetrícia. 3. Indicadores básicos de saúde. 4. Avaliação em saúde. I.
Título.

CDD 610.73

JÉSSICA LOURENÇO CARNEIRO

AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E DESFECHOS MATERNOS EM
MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Liana Mara Rocha Teles
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Camila Chaves da Costa
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Aos meus filhos, Davi e Dom, por todo carinho e amor que me fortaleceram durante minha caminhada até aqui, que com tão pouco entendimento às vezes dizia vai mãe estudar.

Aos meus pais, Terezinha e Everardo, e minha irmã, Letícia, por serem apoio e porto seguro em todas as minhas necessidades e preocupações. Por todo amor demonstrado em atitudes, que me proporcionaram está aqui hoje. E, principalmente, por caminharem em todos os momentos ao meu lado.

Ao meu marido e companheiro, Davi, pela paciência, carinho, amizade e amor. Por preocupar-se e por me proporcionar sempre o melhor e a minha felicidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sem ele eu não seria nada e não teria chegado até aqui.

À Professora Doutora Ana Kelve de Castro Damasceno, pelos anos, ou pela década, de aprendizado por mim compartilhado. Pela disponibilidade, compreensão, carinho, apoio e amizade inestimáveis. Por toda confiança, atenção e estímulo durante todos esses anos. E por todas as excelentes contribuições realizadas para a construção desse trabalho.

Ao grupo Enfermagem na Promoção da Saúde Materna, coordenado pela Professora Doutora Ana Kelve, por todo o conhecimento e aprendizado que pude adquirir desde a graduação.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da UFC por terem me proporcionado oportunidade de aprendizado nessa caminhada.

À Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) por ter permitido a realização do estudo.

Ao profissional Hemerson Bruno Da Silva Vasconcelos, estatístico, por toda atenção, paciência, compreensão, disponibilidade, sutileza e gentileza dispensados. E, principalmente, pela sua competência.

À minha turma do mestrado por todos os momentos vividos durante o primeiro ano, por todo apoio nos momentos mais difíceis e compreensão das limitações apresentadas, pois quando entrei na turma eu ainda está amamentando exclusivamente o meu segundo filho.

A Deus, novamente, por ter colocado tanta gente boa e competente no meu caminho.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.” (Albert Einstein).

RESUMO

Objetivou-se a adoção de boas práticas de atenção ao parto e nascimento e como repercutem nos desfechos maternos e neonatais em maternidade de referência no Ceará. Trata-se de um estudo observacional, com componentes descritivos e analíticos, corte transversal e análise quantitativa realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand. A população foi as gestantes a termo, que vivenciaram o trabalho de parto na Maternidade no ano de 2017. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2018, através das planilhas alimentadas com base na Ficha de monitoramento da atenção ao parto e nascimento da instituição. Os desfechos maternos avaliados foram tipo de parto e existência de laceração, enquanto os neonatais foram vitalidade do RN (Apgar no quinto minuto) e local de admissão do recém-nascido (alojamento conjunto ou unidade de internação). Já as variáveis independentes foram as práticas de atenção ao parto. E por fim as variáveis de controle foram as referentes à procedência, histórico gestacional e gestação atual. Para avaliar o papel de algumas variáveis como preditores para a ocorrência de desfechos maternos e neonatais, foram calculadas as odds ratio (OR) e seus respectivos intervalos de confiança IC95% ajustados para o efeito do desfecho. Foi considerado dado estatisticamente significativo aquele com $p\text{-valor} < 0,05$. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sob parecer 2.855.683. As práticas uso do partograma, métodos não farmacológicos de alívio da dor, forma de início do trabalho de parto (espontâneo ou induzido), jejum, venóclise, uso de ocitocina, estágio do uso da ocitocina, amniotomia e dilatação na amniotomia foram as práticas que influenciaram na forma de nascer no presente estudo. Com relação à existência de laceração, apresentaram diferença estatística a presença do acompanhante e a prática de episiotomia. Quanto aos desfechos neonatais, o partograma e a manobra de Kristeller apresentaram associação com o apgar no quinto minuto. Partograma, jejum, presença do acompanhante e tipo de parto apresentaram associação com o local de internação do recém-nascido na maternidade. Conclui-se que houve prevalência do uso das boas práticas obstétricas. Identificou-se alta a taxa de venóclise. Sugere-se o estímulo à variação de posições de parto verticalizadas, ao contato pele a pele e adoção das boas práticas também no centro cirúrgico. As limitações encontradas foram as subnotificações e a impossibilidade de analisar a duração do trabalho de parto e da internação hospitalar e as intercorrências durante o parto.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Obstetrícia. Indicadores básicos de saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

The objective was to adopt good practices of attention to childbirth and birth and how they affect the maternal and neonatal outcomes in reference maternity in Ceará. This is an observational study, with descriptive and analytical components, cross-section and quantitative analysis carried out at Assis Chateaubriand Maternity School. The population was the full-term pregnant women who experienced labor in Maternity in the year 2017. Data collection was performed in the second half of 2018, through the spreadsheets fed on the basis of the Maternity Care and Birth of the institution. The maternal outcomes evaluated were type of delivery and laceration, while the neonates were vitality of the NB (Apgar in the fifth minute) and place of admission of the newborn (joint housing or hospitalization unit). The independent variables were the practices of attention to childbirth. And finally, the control variables were those referring to the origin, gestational history and current gestation. To assess the role of some variables as predictors for the occurrence of maternal and neonatal outcomes, odds ratio (OR) and its 95% CI confidence intervals adjusted for the outcome effect were calculated. It was considered statistically significant that p -value <0.05 . The project was approved by the Ethics and Research Committee of the institution under opinion 2,855,683. The use of the partograph, non-pharmacological methods of pain relief, form of labor (spontaneous or induced), fasting, venoclysis, oxytocin use, oxytocin use, amniotomy, and amniotomy dilatation were the practices that influenced the way of birth in the present study. Regarding the existence of laceration, there was a statistical difference between the presence of the companion and the practice of episiotomy. Regarding the neonatal outcomes, the partograph and the Kristeller maneuver showed association with the apgar in the fifth minute. Partogram, fasting, presence of the companion and type of delivery were associated with the place of hospitalization of the newborn in the maternity ward. It was concluded that there was a prevalence of good obstetrical practices. The rate of venoclysis was high. It is suggested to stimulate the variation of vertical delivery positions, skin-to-skin contact and adoption of good practices also in the surgical center. The limitations were the underreporting and the impossibility of analyzing the duration of labor and hospital stay and the interurrences during the delivery.

Keywords: Obstetric nursing. Obstetrics. Basic health indicators. Health assessment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da seleção da amostra da população	34
Figura 2 - Fluxograma do preenchimento da ficha de monitoramento	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da análise estatística da procedência relacionada ao desfecho materno tipo de parto em 2017	41
Tabela 2 - Distribuição da análise estatística do histórico obstétrico relacionado aos desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017.....	45
Tabela 3 – Análise das variáveis número de gestações e de partos anteriores com o grau de laceração perineal no período de janeiro a dezembro de 2017	46
Tabela 4 – Distribuição da análise estatística do exame obstétrico realizado na admissão com os desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017	48
Tabela 5 – Distribuição da análise estatística das patologias da gestação com os desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017.....	49
Tabela 6 – Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento no primeiro período clínico do parto com os desfechos maternos em 2017	52
Tabela 7 – Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento não recomendadas no primeiro período clínico do parto com os desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017	57
Tabela 8 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no segundo período clínico do parto com o desfecho materno laceração perineal, em 2017	61
Tabela 9 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento não recomendadas no segundo período clínico do parto com os desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017.....	62
Tabela 10 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no terceiro período clínico do parto com o desfecho materno tipo de parto em 2017	64
Tabela 11 – Distribuição da análise estatística da procedência relacionada com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	68
Tabela 12 - Distribuição da análise do histórico obstétrico relacionado com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	70
Tabela 13 - Distribuição da análise estatística do exame obstétrico da admissão com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	71
Tabela 14 – Distribuição da análise estatística das patologias da gestação com os desfechos	

neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	72
Tabela 15 – Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no primeiro período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	73
Tabela 16 – Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento não recomendadas no primeiro período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	75
Tabela 17 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no segundo período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	76
Tabela 18 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento não recomendadas no segundo período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	78
Tabela 19 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no terceiro período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPN	Centros de Partos Normais
CHU	Complexo Hospitalar Universitário
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa de Humanização da Assistência Hospitalar
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RN	Recém-nascido
SP	Sala de Parto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Geral	18
2.2 Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Principais marcos e políticas de incentivo e apoio às boas práticas na atenção ao parto e nascimento.....	19
3.2 Uso das práticas e intervenções no trabalho de parto e parto e os desfechos maternos e neonatais	24
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 Desenho do estudo	31
4.2 Local e período do estudo	31
4.3 População e amostra do estudo	33
4.3.1 Critérios de inclusão	33
4.3.2 Critérios de exclusão	33
4.4 Coleta de dados	34
4.5 Variáveis do Estudo	36
4.5.1 Variáveis dependentes	36
4.5.2 Variáveis independentes.....	36
4.5.3 Variáveis de controle	38
4.6 Organização e análise de dados.....	39
4.7 Aspectos Éticos.....	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
5.1 Análise da procedência das parturientes com desfechos maternos tipo de parto e presença de laceração	41
5.2 Análise do histórico obstétrico das gestantes com os desfechos maternos tipo de parto e presença de laceração	45
5.3 Análise do exame obstétrico na admissão com os desfechos maternos tipo de parto e presença de laceração	48
5.4 Análise da gestação atual com os desfechos maternos: tipo de parto e laceração	49
5.5 Análise das práticas de atenção ao parto com os desfechos maternos.....	51
5.5.1 Primeiro período clínico do parto	51

<i>5.5.2 Segundo Período Clínico do Parto</i>	61
<i>5.5.3 Terceiro Período Clínico do Parto</i>	64
5.6 Análise da procedência das gestantes com desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido	68
5.7 Análise do histórico obstétrico das gestantes com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido	70
5.8 Análise do exame obstétrico na admissão com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido	71
5.9 Análise da gestação atual com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido	72
5.10 Análise das práticas de atenção ao parto com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido	73
<i>5.10.1 Primeiro período clínico do parto</i>	73
<i>5.10.2 Segundo Período Clínico do Parto</i>	76
<i>5.10.3 Terceiro Período Clínico</i>	79
6 CONCLUSÕES	82
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICES	92
APÊNDICE A - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nº01	93
APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS	94
ANEXOS	95
ANEXO A – FICHA DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO	96
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO	101

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde vem sendo pautada em estudos e práticas baseadas em evidências científicas, o que tem colaborado com a melhora dos indicadores da saúde e quebra dos paradigmas em busca de promover uma atenção em saúde segura e qualificada. De forma que foram criados diretrizes e protocolos que devem padronizar as condutas, reduzindo o uso de práticas empíricas.

No intuito de repensar estas práticas no cenário do parto e nascimento, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou, a partir das evidências científicas, as práticas no cuidado ao parto normal em quatro categorias. Em 2018, a OMS emitiu novas diretrizes, alterando algumas condutas, para estabelecer padrões de assistência globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, recomendando principalmente que os profissionais da atenção obstétrica não interfiram no trabalho de parto de forma a acelerá-lo, que deixem evoluir de forma mais natural, a menos que existam riscos reais de complicações. O novo documento da OMS inclui 56 recomendações, sobre o que é recomendado para o trabalho de parto e momentos imediatos pós-parto com a mulher e o bebê, além do respeito pelas opções e tomada de decisão da mulher na gestão da sua dor, nas posições escolhidas durante o trabalho de parto e ainda o desejo de um parto natural. E inclui também o que não é recomendado em alguns contextos específicos ou de pesquisa rigorosa (WHO, 1996; 2018).

Ao sumarizar as evidências científicas e orientá-las em categorias conforme a classificação quanto à recomendação, percebe-se que o seu objetivo era que fossem adotadas por todos os países, modificando a prática dos profissionais da obstetrícia de forma a reorientá-los em seus serviços em prol da melhoria da qualidade da assistência à saúde materno-infantil, de forma menos interventiva e mais natural, assim reduzir os desfechos negativos. Dessa forma, desde as primeiras recomendações em 1996, foram criadas políticas de saúde no Brasil, reafirmando esse compromisso com a prática a fim de melhorar os desfechos maternos e neonatais.

Dentre as políticas lançadas pelo Ministério da Saúde, tem-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN) trouxe a humanização do parto com o intuito de aderir às boas práticas no trabalho de parto e parto, determinando essa nova assistência, baseada nas melhores recomendações, priorizando o respeito às escolhas da mulher no contexto no parto e nascimento (BRASIL, 2001). Em 2005, a Lei Federal nº. 11.108, que regulariza a presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o

trabalho parto, parto e puerpério foi promulgada, representando um marco para a autonomia da mulher e sua família no cenário do parto e nascimento no Brasil (BRASIL, 2005).

Em 2011, a Rede Cegonha, em seu componente parto e nascimento, reafirmou a importância da adoção das boas práticas de atenção à saúde, referindo que é fundamental a reorganização da atenção em direção à assistência humanizada e de qualidade, baseada em evidências científicas e centrada no bem-estar de toda a família (BRASIL, 2011).

Entende-se, então, que ao garantir a humanização do parto, através de uma assistência melhor e de qualidade, baseada nas boas práticas obstétricas, os profissionais de saúde poderão proporcionar a parturiente uma experiência positiva, melhorando a satisfação e conforto com relação ao cuidado recebido durante o trabalho de parto e parto, fato que poderá incentivar o parto normal, reduzir as cesáreas desnecessárias e consequentemente os desfechos maternos e neonatais desfavoráveis.

Nesse sentido, verifica-se que, apesar das mudanças expressivas alcançadas na área da obstetrícia no País, o uso das boas práticas, tais como alimentação, movimentação, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e monitoramento da evolução do trabalho de parto com partograma apresentam prevalência inferior a 50%, sendo menor nas regiões Norte e Nordeste e mais frequente no grupo de baixo risco (LEAL *et al.*, 2014).

Por outro lado, sobre as intervenções obstétricas, como cesariana, o Brasil é um país que apresenta uma das maiores taxas de parto cirúrgico, chegando à marca de 51,9%, semelhante às taxas de algumas outras intervenções na atenção ao parto, com destaque para o uso de ocitocina e amniotomia em 40%, posição de litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia com 92%, 37% e 56%, respectivamente (LEAL *et al.*, 2014).

Embora haja uma vasta literatura a respeito das boas práticas obstétricas e de haver esforços em termos de treinamento de pessoal, pode-se perceber que há resistência para a execução dessas recomendações. Há profissionais que as negligenciam ou fazem o uso indiscriminadamente de práticas desnecessárias, caracterizando uma assistência medicalizada, distante do fisiológico, além de desvinculada das evidências científicas e passíveis de acarretar prejuízos à mãe e ao recém-nascido.

Nesse contexto, faz-se importante a ênfase na figura do profissional enfermeiro obstetra, visto sua relevante atuação na atenção ao parto e nascimento. O qual é recomendado pelo Ministério da Saúde que os gestores proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetriz na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (BRASIL, 2017). Aspecto esse positivo e desejado no âmbito do resgate às

características naturais e fisiológicas do momento de parturição.

Esse fato foi demonstrado através de revisões sistemáticas e evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstrando os benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetritz, como menos propensão a experimentar intervenções como analgesia regional, parto vaginal instrumental, amniotomia e episiotomia, além de maior probabilidade de ter parto vaginal espontâneo (SANDALL, 2016).

E também foi verificado através de estudo secundário a pesquisa *Nascer no Brasil*, que analisou a associação entre hospitais com enfermeiros na assistência ao trabalho de parto e nascimento e o uso de boas práticas. Que pode concluir que 16,2% dos partos vaginais foram assistidos por um enfermeiro e a influência desse profissional na redução de intervenções desnecessárias, incluindo cesáreas. E boas práticas, como dieta, mobilidade durante o trabalho de parto, meios não farmacológicos de alívio da dor e uso de partograma foram significativamente mais frequentes nos partos assistidos por enfermeiras, enquanto algumas intervenções, como anestesia, posição de litotomia, pressão uterina final e episiotomia foram menos utilizadas. Nas maternidades que incluíam enfermeira em assistência ao parto e nascimento, a incidência de cesariana foi menor (GAMA *et al.*, 2016).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através das Diretrizes Para O Parto Normal, recomenda que os gestores proporcionem condições para a implementação de um modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetritz na assistência ao parto de baixo risco, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções, maior satisfação das mulheres com relação ao parto e melhores resultados obstétricos (BRASIL, 2017).

Dessa forma, observa-se que ao se preocupar com a melhor assistência, baseada em evidências, visando além do cuidado, a satisfação do cliente, o profissional está promovendo a saúde, em uma assistência segura e humanizada.

Nesse contexto, considerando a importância da adoção das boas práticas no cenário da obstetrícia, com vistas a uma melhor assistência, de qualidade e humanizada, faz-se necessário realizar uma análise dos indicadores de monitoramento da atenção ao parto e nascimento, objetivando avaliar se há associação entre a adoção das boas práticas e os desfechos maternos e neonatais, o que poderá possibilitar a identificação de dificuldades e lacunas enfrentadas para a sua execução e, dessa forma, apontar caminhos para a elaboração de estratégias que minimizem o uso de intervenções desnecessárias.

A idealização dessa pesquisa surgiu do ensejo de trazer melhorias na assistência ao parto e conseqüente melhor satisfação das mulheres nesse momento, além da prevenção do

uso de uma prática medicalizada, proporcionando a proteção e a promoção da saúde no contexto materno-infantil.

Portanto conhecer como está a assistência ao parto e nascimento é essencial para adoção de ações de promoção à saúde materno-infantil, pois a maior visibilidade desse problema e identificação dos fatores determinantes das más-práticas e desfechos negativos são necessárias para conferir medidas preventivas que permitam um enfrentamento mais efetivo de um problema que pode ser evitado.

Diante do exposto, para alcançar tal objetivo, pretende-se responder aos seguintes questionamentos: Como está o cenário do uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento? Quais são as práticas e intervenções mais prevalentes e como essas repercutem nos desfechos maternos e neonatais? Essa avaliação poderá proporcionar uma análise crítica da assistência prestada, através da implementação das boas práticas, ampliando o leque de medidas para consolidação da prática baseada em evidências na busca do aprimoramento contínuo e melhor cuidado obstétrica à mulher, recém-nascido e família.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a adoção de boas práticas de atenção ao parto e nascimento e como repercutem nos desfechos maternos e neonatais em maternidade de referência no Ceará.

2.2 Específicos

- Descrever as práticas obstétricas realizadas na assistência ao trabalho de parto e parto;
- Verificar os principais desfechos maternos e neonatais;
- Verificar como as práticas obstétricas repercutem nos desfechos maternos e neonatais, segundo a classificação de recomendações estabelecidas pela OMS em 2018.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Principais marcos e políticas de incentivo e apoio às boas práticas na atenção ao parto e nascimento

Pretende-se com essa revisão realizar um levantamento histórico das boas práticas de atenção ao parto e nascimento no contexto internacional e nacional.

Em um mundo onde a urbanização e os avanços tecnológicos têm crescido de forma rápida, alguns fenômenos, como o parto, sofreram modificações na sua condução, na qual a maioria passou a ser realizada em instituições hospitalares, utilizando maior aparato tecnológico e interferência médica. Dessa forma, a mulher com o tempo foi perdendo seu protagonismo e autonomia nesse processo. E diante dessa realidade e em busca de recuperar a naturalidade desse fenômeno, algumas organizações se reuniram para discutir e elaborar políticas voltadas para as questões do parto e nascimento.

No âmbito internacional, na década de 80, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e os Escritórios Regionais da Europa e Américas da OMS, realizaram, em Washington, Fortaleza e Trieste, três conferências de consenso sobre tecnologias apropriadas para assistir ao pré-natal, parto e nascimento. Entre os temas abordados estão cuidados no pré-natal, fatores sociais e a gestação, recursos humanos no cuidado pré-natal, vigilância, pesquisa e tecnologia apropriada ao parto e ao nascimento (BORETTO, 2003).

Algumas recomendações foram baseadas no princípio de que cada mulher tem o direito de receber adequado acompanhamento pré-natal; de ter papel central em todos os aspectos dessa atenção, incluindo participação no planejamento, execução e avaliação; de ter os fatores sociais, emocionais e psicológicos considerados como decisivos no entendimento e na implementação do atendimento adequado. Além de não se fazer uso rotineiro de práticas obstétricas, consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto. E deu-se ênfase a direitos como o de escolha da mulher sobre o local do parto e do profissional; o de ter sua integridade e privacidade preservadas; o respeito ao nascimento como uma experiência pessoal, sexual e familiar e a proteção das crianças contra abuso e maus-tratos (BORETTO, 2003).

Ao passar do tempo, foram sendo incorporados grupos de trabalho, com representantes de mulheres, usuários e especialistas preocupados em discutir os limites das intervenções, porém sem estudos ainda com resultados científicos e falta de consenso sobre os melhores procedimentos. Dessa forma, tiveram apoio da OMS e então passaram a se

organizar para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto, baseada em estudos de epidemiologia clínica (“medicina baseada em evidências”), iniciando um esforço que se estendeu mundialmente (WHO, 1985; WAGNER, 1994).

Assim, deu-se início as pesquisas com utilização de estudos randomizados controlados como método de preferência, e o uso de meta-análise como instrumento de sumarização dos resultados dos estudos. Uma das mais importantes foi a revisão sistemática de cerca de 40 mil estudos sobre 275 práticas de assistência perinatal, quanto sua efetividade e segurança, realizada por mais de 400 pesquisadores obstetras, pediatras, enfermeiros, estatísticos epidemiologistas, cientistas sociais, parteiras, de todos os estudos publicados sobre o tema desde 1950, seus desdobramentos ficaram conhecidos como medicina baseada na evidência científica e se organizou em grande medida sob a influência e o entusiasmo do epidemiologista clínico britânico Archie Cochrane (ENKIN *et al.*, 2005).

No Brasil, ao longo da década de 40, iniciou-se o processo de institucionalização do parto, sendo a primeira ação de saúde pública voltada à mulher até início dos anos 60, ou seja, resumindo-se na assistência ao parto. Com o crescimento da medicina preventiva, deu-se início aos programas de pré-natal, com o objetivo principal de reduzir a mortalidade infantil (BRASIL, 2001).

Nos anos 1980, algumas estratégias foram realizadas voltadas para redução da mortalidade materna, uma delas foi inserir as parteiras leigas ao sistema local de saúde, melhorando a assistência, diminuindo os riscos de forma a respeitar a cultura local. Outra foi o Programa de Assistência Integral à Saúde a Mulher (PAISM) em 1984, que incluiu a assistência pré-natal, entre outras. E, em 1996, o Projeto Maternidade Segura, propondo melhorias na assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 1984).

Voltando ao cenário internacional, na década de 90, a OMS passa a divulgar amplamente documentos baseados nos estudos randomizados e meta-análises, classificando os procedimentos de rotina no parto normal em quatro categorias: práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser usadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (WHO, 1996).

Entretanto, apesar desses avanços e da crescente ênfase do uso da medicina baseada em evidências, muitas das boas práticas permanecem incipientes, com baixa porcentagem de uso, principalmente no contexto do parto de baixo risco, no qual são mais

recomendadas, prevalecendo uma prática medicalizada e com alto uso de intervenções, características dos procedimentos realizados no ambiente hospitalar.

Assim, de fato, a hospitalização trouxe melhora dos índices de mortalidade materna e neonatal, entretanto acarretou transformações no cenário do nascimento; “O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais” (BRASIL, 2001). Ou seja, deixou de ser um momento, no qual as mulheres eram principalmente ativas, passando a prenominar a passividade e o medo, tendo em vista o desconhecimento sobre o ambiente hospitalar. De forma que a parturiente passou a ter insegurança, submetendo-se a todas as orientações que são dadas, perdendo sua autonomia e o protagonismo nesse processo.

Exemplo desse contexto é o excessivo número de cesarianas nos últimos anos, decorrentes de questões também de ética profissional, como o fato de ser maior o pagamento de honorários para o procedimento cirúrgico, possibilitando menor tempo e possibilidade de laqueadura. E uma das consequências desse novo cenário foi que parte importante dos obstetras não se encontra suficientemente motivada, segura, e até mesmo capacitada, para o acompanhamento ao parto normal (BRASIL, 2001).

Em 1998, o Ministério da Saúde inicia a implementação de uma série de iniciativas objetivando melhorar a qualidade da assistência obstétrica e são publicadas Portarias e Resoluções, regulamentando várias ações voltadas às questões como humanização, redução das taxas de cesáreas, revalorização do parto normal e fortalecimento da relação mãe e bebê.

Foi instituída a Iniciativa “Hospital Amigo da Criança” (IHAC) pelo UNICEF e pela OMS em 1991-92 e para os estabelecimentos que desenvolverem ações com objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A implantação da IHAC no Brasil iniciou-se em março de 1992, como ação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e OPAS. Com o passar dos anos, alguns hospitais foram descredenciados, e um dos motivos foi o não cumprimento dos critérios exigidos, como a redução da taxa de cesarianas (BRASIL, 2010).

Foram estabelecidos mecanismos de controle da cesárea com a criação de um teto percentual decrescente de limites a esta intervenção, (40% em 1998, 35% em 1999 e 30% no ano 2000), com previsão de sanções financeiras para os serviços que não reduzissem suas taxas (MS, 1998).

Nessa nova proposta de assistência ao parto de baixo risco, incluiu-se, na Tabela de Procedimentos do SUS, a assistência prestada pelo profissional enfermeiro obstétrico com

a denominação de “parto normal sem distorcia realizado por enfermeiro obstetra”, com finalidade principal de reduzir a mortalidade materna e reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto (BRASIL, 1998).

A profissão de enfermagem passa a ser revalorizada no sistema de saúde e são investidos recursos governamentais para sua capacitação. São criados polos de capacitação em enfermagem obstétrica em diversas universidades do país. Reflexo desta revitalização da profissão de enfermeira obstetra se reflete também na sua organização enquanto categoria, através da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras (ABENFO).

Em 2000, é criado o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), através de um conjunto de Normas e Portarias com estrutura de incentivos financeiros específicos, objetivando garantir um número mínimo de consultas no período pré-natal e qualidade na assistência ao parto, estimulando a organização da assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério ampliando o acesso das mulheres, garantindo a qualidade e consolidando a atenção obstétrica integral, associada à afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais (BRASIL, 2002).

A humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, é compreendida como respeito à dignidade da mulher, de seus familiares e do recém-nascido, através da atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor (BRASIL, 2002).

Para tanto é necessário instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher, adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Em junho de 2011, o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS, visando a assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Entre os objetivos da Rede Cegonha está o de “fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses” (BRASIL, 2011, artigo 3, inciso I).

Assim, em meio ao desconhecimento sobre o cenário do parto e nascimento no

Brasil, entre os anos 2011 e 2012, e sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) foi desenvolvida a Pesquisa Nascer no Brasil, a qual contemplou 266 maternidades com mais de 500 partos por ano, entre 191 municípios e 23.940 mulheres entrevistadas (LEAL et al., 2014).

Essa pesquisa gerou muitos estudos, entretanto os resultados dos mesmos, principalmente com relação aos partos de risco habitual, demonstraram que o uso das boas práticas obstétricas em todo o País foi pouco implementado, sendo o seu uso inferior a 50% nos casos com indicação. Essas práticas são: alimentação e mobilidade durante a primeira fase do trabalho de parto (período de dilatação), uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e o uso adequado do partograma para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto. E com relação ao uso das intervenções desnecessárias, apenas 5% dos partos não fizeram, ou seja, alta frequência de cateter intravenoso, ocitocina, amniotomia, analgesia peridural, pressão no fundo uterino, episiotomia, parto cesáreo e posição em litotomia para o parto vaginal (LEAL *et al.*, 2014).

Em 2013, é publicada a Portaria nº 904, de 29 de maio de 2013, que estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, sendo posteriormente redefinida as diretrizes através da portaria Nº 11, de 7 de janeiro de 2015 (BRASIL, 2015).

No componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, a adoção de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas se refere ao documento da OMS de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”. Seguindo essas determinações, o Ministério da Saúde, solicitou à Coordenação-Geral da Saúde da Mulher (CGSM) e à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) a elaboração de diretrizes para a assistência ao parto normal, para utilização no SUS e Saúde Suplementar no Brasil (BRASIL, 2017).

O escopo das Diretrizes foi definido a partir da participação e colaboração de grupos, entre eles sociedades e associações médicas, de enfermagem e das mulheres, agências reguladoras, pesquisadores, profissionais e conselhos de profissionais da saúde, além de áreas técnicas do Ministério da Saúde e a CONITEC, através de reuniões para discussões de cada uma delas e consultas públicas entre dezembro de 2015 e abril de 2016, tendo sido publicada a Portaria nº 353 em 14 de fevereiro de 2017, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (BRASIL, 2017).

Outro projeto lançado pelo MS em 2017 foi o *Apice On* - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, que é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora.

O *Apice On* propõe a qualificação nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal, em hospitais com as seguintes características: de ensino, universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha. Tem a perspectiva de potencializar a parceria entre o Ministério da Saúde, os hospitais de ensino e as instituições formadoras vinculadas a estes serviços, visando fortalecer o papel dos diferentes atores como agentes de cooperação na área obstétrica e neonatal (BRASIL, 2017b).

O projeto visa contribuir com a implementação de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização nos espaços preponderantes na formação dos novos profissionais, que tendem a replicar o que viram fazer e o que fizeram no ambiente de formação, especialmente na modalidade residência. Assim, desponta como ação estratégica para abordagens que possibilitem o aprimoramento e a introdução e/ou fortalecimento de inovações nas práticas de ensino, cuidado e gestão do trabalho.

Percebe-se que durante pouco mais de duas décadas tem-se realizado muito esforço no intuito de melhorar a assistência às mulheres, seus bebês e sua família, visando um cuidado qualificado, baseado nas melhores práticas disponíveis. Assim, e a partir do empenho não só das políticas, mas também de todos os entes envolvidos no cuidado, espera-se que o País esteja cada ano mais próximo de uma assistência segura e promotora da saúde materno infantil.

3.2 Uso das práticas e intervenções no trabalho de parto e parto e os desfechos maternos e neonatais

Com o advento dos estudos sobre as evidências a respeito das práticas na atenção ao trabalho de parto e parto, muitas pesquisas passaram a avaliar a frequência da aplicação dessas recomendações na prática clínica e suas repercussões para os desfechos maternos e neonatais.

O principal objetivo é tornar a assistência livre de iatrogenias e principalmente

mais humanizada, ou seja, mais próxima do fisiológico com menor número de intervenções desnecessárias e precoces. Compreende-se, assim, que o uso das melhores práticas, baseadas em evidências científicas, com o objetivo de proporcionar uma atenção de qualidade, além de um momento de satisfação e protagonismo à parturiente configurem o processo de humanização do parto e nascimento.

Portanto, tem-se a seguir alguns dos estudos que avaliaram as diferenças entre os diversos resultados maternos e neonatais, a partir da implementação de uma prática alinhada às evidências científicas, e os benefícios ou malefícios das práticas obstétricas. Assim, as organizações de saúde e gestores da área passaram a fazer recomendações e incentivos, tanto financeiros quanto de qualificação profissional, para a maior aplicação dessas evidências na prática clínica. Entretanto, ainda é identificado um cenário distante do esperado, ou seja, uma realidade mais intervencionista e medicamentosa.

Estudo comparou resultados obstétricos e a satisfação do parto das mulheres em dois modelos diferentes de maternidade, onde uma prevalecia o modelo de atenção biomédico, com predomínio de atenção intervencionista, e outra com atenção humanizada, tratando-se de dois hospitais universitários no sudeste da Espanha. Com relação aos resultados obstétricos, verificou-se diferença significativa com relação ao início do trabalho de parto no qual, onde no modelo humanizado predominou a forma espontânea e no biomédico uma associação com maior taxa de indução ($p=0,0005$). O modelo biomédico esteve associado aos métodos farmacológicos de alívio da dor ($p=0,0005$), ao parto instrumentalizado ($p=0,004$) e ao uso de episiotomia ($p=0,0005$). Enquanto o modelo humanizado apresentou menor tempo de trabalho de parto ($p=0,011$), podendo concluir esse modelo de assistência oferece melhores resultados (CONESA *et al.*, 2016).

No mesmo estudo, com relação aos resultados sobre satisfação, o modelo humanizado ofereceu melhores escores de satisfação das mulheres durante o parto, nascimento e período pós-natal imediato do que o modelo biomédico (CONESA *et al.*, 2016).

Estudo semelhante avaliou os resultados sobre o manejo do trabalho de parto, comparando três modelos de hospitais um Centro de Parto Normal (CPN), um hospital vencedor do título “Galba de Araújo” (HG) e uma maternidade com modelo assistencial prevalente (HP). O uso da ocitocina, amniotomia e episiotomia foi menor no CPN e maior no HP. Já o percentual de internação dos recém-nascidos e o de parto a fórceps foram mais altas no HP, mas não houve diferenças para o índice de Apgar e taxa de cesárea. Os resultados sugerem resistência ao uso seletivo de intervenções em todos os modelos assistenciais, embora favoreçam o CPN como estratégia no controle das intervenções durante o trabalho de

parto e parto nas gestantes de risco habitual sem prejuízos para as mulheres e os recém-nascidos (VOGT *et al.*, 2011).

Outro estudo comparou os modelos colaborativo (MC) e tradicional (MT) de assistência ao trabalho de parto em quatro hospitais do SUS em Belo Horizonte, incluindo também trabalho de parto induzido e prematuro, e avaliou os desfechos maternos e neonatais. Foi encontrado que no MC houve menor utilização da ocitocina, 50,2%, versus 65,5% no MT ($p < 0,001$), da ruptura artificial das membranas, 54,3%, versus 65,9% no MT ($p = 0,012$) e da taxa de episiotomia, 16,1%, versus 85,2% no MT ($p < 0,001$). E no MC houve maior utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, 85,0%, versus 78,9% no MT ($p = 0,042$). A associação entre o modelo colaborativo e a redução no uso da ocitocina, da ruptura artificial das membranas e da episiotomia manteve-se após o ajuste para fatores de confundimento (VOGT *et al.*, 2014).

Percebe-se, portanto que as diferentes atuações profissionais podem acarretar grandes mudanças no resultado da assistência. Com relação aos desfechos neonatais, nesse estudo citado, apesar de o modelo assistencial não ter associação com complicações neonatais ou maternas, as internações em unidade neonatal no modelo colaborativo foram inferiores (7,5%) ao do MT (9,0%). O valor de Apgar no primeiro minuto entre zero e seis foi atribuído a 28 recém-nascidos (8,4%) no MC e a 37 (11,5%) no MT. Assim, o estudo concluiu que o modelo colaborativo poderá reduzir as intervenções na assistência ao trabalho de parto e parto com resultados perinatais semelhantes (VOGT *et al.*, 2014).

Outro autor avaliou os resultados maternos e neonatais em mulheres de baixo risco atendidas em centro de parto normal peri-hospitalar e um hospital na cidade de São Paulo. Através de estudo transversal, encontrou diferenças estatisticamente significantes em relação às seguintes intervenções relacionadas à assistência materna: maior frequência de amniotomia entre nulíparas do hospital); maior utilização de ocitocina no trabalho de parto e utilização de analgésico no pós-parto no hospital entre mulheres de todas as paridades e taxa de episiotomia maior entre as nulíparas, nos dois locais (SCHNECK *et al.*, 2012).

Quanto às práticas relacionadas ao neonato, o estudo supracitado observou que houve maior frequência de intervenções no hospital, como aspiração das vias aéreas superiores (85% versus 10,7% no CPN), aspiração gástrica (80% versus 1,8% no CPN), lavagem gástrica e oxigênio por máscara aberta (20% versus 2,1% a 5% no CPN). Quanto aos desfechos, ocorreu mais no hospital bossa serossanguínea (23,4% dos bebês de nulíparas versus 2,1% de múltiparas do CPN), desconforto respiratório e internação na unidade neonatal (considerando todas as mulheres e as múltiparas, com diferença estatisticamente significantes

($0,0001 < p\text{-valor} = 0,0069$). Sem diferença nos valores de Apgar no quinto minuto nem casos de morte materna ou perinatal (SCHNECK *et al.*, 2012).

No contexto internacional, outro estudo, em sete hospitais regionais do Chile, avaliou os resultados obstétricos e neonatais, o nível de bem-estar materno-neonatal e percepções dos profissionais (médicos e enfermeiros obstetras) e dos pacientes sobre a assistência humanizada durante o trabalho de parto e parto. Encontrou que 92,7% das mulheres tiveram trabalho de parto acelerado com uso de intervenções como, ruptura artificial das membranas, ocitocina e analgesia epidural, sendo que um terço das mulheres relatou descontentamento com o atendimento recebido. Além disso, a maioria das mulheres não recebeu qualquer hidratação oral, quase todas receberam hidratação endovenosa; a maioria estava sob monitoramento fetal contínuo, trabalho de parto medicamente acelerado e pariram na posição litotômica (BINFA *et al.*, 2016).

Os resultados desses estudos corroboram com a afirmativa do quanto a assistência necessita melhorar com relação à aplicação da prática baseada em evidência, preocupando-se além do exercício de qualidade da prática obstétrica, perpassando pela humanização através da preocupação com a satisfação da mulher, em tornar esse momento, que apesar de corriqueiro ao profissional é único e inesquecível para cada parturiente atendida. Essa preocupação em aliar o conhecimento científico à atenção aos desejos e às expectativas maternas contribui com uma assistência humana e satisfatória.

Esse caráter sentimental ou subjetivo atribuído ao momento do parto, que antes da sua institucionalização era realizado no seio familiar, ou seja, nas suas próprias casas, foi sendo perdido com o advento da prática obstétrica e sua hospitalização. Com isso, houve a consequente mecanização e medicalização, sendo necessário repensar na humanização desse fenômeno. Assim, iniciou-se pesquisas com o intuito de avaliar as práticas obstétricas, quanto aos benefícios e suas reais recomendações, entre elas a presença do acompanhante, ou seja, do retorno da participação familiar, desde o pré-parto ao pós-parto.

Assim, percebe-se os benefícios do incentivo ao estudo e adoção das boas práticas na assistência ao parto e nascimento, podendo melhorar os resultados maternos e neonatais e dessa forma embasar estratégias que possam favorecer o aumento da adoção das evidências científicas na assistência obstétrica, lançando-se mão ao uso das intervenções apenas quando necessário e indicado.

Já quando se questiona profissionais e pacientes em grupos focais quanto a percepção do uso das boas práticas, estudo aponta que mulheres, enfermeiras obstetras e médicos indicaram que há treinamento inadequado, falta de orientação às diretrizes nacionais

para a prática e de preparação para o parto entre as mulheres, além da falta de infraestrutura para a participação da família no parto (BINFA *et al.*, 2016)

Outro estudo identificou como obstáculos para implantação do cuidado humanizado: o desconhecimento das mulheres e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; a atitude de resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissional de saúde e parturiente; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais; o despreparo da equipe para acolher o acompanhante; a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência; a prática institucional e profissional, que não incorporou integralmente ao cuidado obstétrico a ideia do parto como evento familiar e direito reprodutivo (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

O estudo supracitado apontou ainda aspectos positivos que contribuíram para a humanização do cuidado, como adesão da equipe de enfermagem aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, a presença da doula, a permissão do acompanhante no trabalho de parto para a maioria das mulheres, a inserção do acompanhante masculino, o apoio verbal e não verbal dos profissionais de saúde, o acolhimento da parturiente e a atuação do profissional anestesista constituem aspectos positivos que contribuíram para a humanização do cuidado.

Além de indicar como essencial que a formação acadêmica incorpore as mudanças no paradigma de atenção à saúde da mulher, para o enfoque da atenção integral e dos direitos sexuais e reprodutivos; o entrosamento das diversas disciplinas profissionais, com vistas ao trabalho em equipe que garanta a saúde e os direitos das mulheres e de seus recém-nascidos; o preparo da gestante para o parto e nascimento desde o pré-natal; a ampla divulgação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres na mídia e nos serviços de saúde; a efetiva incorporação do modelo humanizado da atenção como diretriz e filosofia institucional; e, sobretudo, a incorporação de novas atitudes por parte dos profissionais (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Vale ressaltar uma estratégia importante que passou a ser recomendada pelo Ministério da Saúde, que foi o incentivo à inserção dos enfermeiros obstetras na assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto, decorrente da verificação de melhora dos indicadores do uso das boas práticas e redução das intervenções desnecessárias, assim como aumento da satisfação materna com o parto (BRASIL, 2017).

Revisão Sistemática demonstrou que a enfermeira obstétrica é componente fundamental na assistência humanizada ao parto. Há evidências em estudos científicos

internacionais a respeito da melhoria da qualidade da assistência ao parto com a presença dessas profissionais, além de reduzido risco de intervenções como a episiotomia e o parto instrumental, proporcionando mais sensação de controle da experiência do parto pelas mulheres (SANDALL *et al.*, 2015).

Estudos nacionais também obtiveram achados semelhantes. Ao analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino, estudo transversal realizado em Mato Grosso, verificou que a inserção de enfermeiras obstétricas contribuiu para a qualificação do cuidado prestado ao parto e ao nascimento, uma vez que ocorreu a redução de intervenções, tais como a episiotomia (para uma taxa de 8,8%) e as cesarianas (redução superior a 10%). Houve incentivo ao uso de práticas que não interferem na fisiologia do processo parturitivo, como o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, posições verticais, presença do acompanhante de escolha da mulher e práticas humanizadas de recepção ao RN, gerando assim bons resultados perinatais. Evidenciou ainda que mesmo se tratando de um cenário de ensino, a inserção da enfermeira obstetra tem determinado o predomínio de um cuidado considerado humanizado, o que sugere que novos profissionais de saúde estão sendo formados nessa perspectiva assistencial (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Em estudo, secundário a pesquisa Nascer no Brasil, discutiu as práticas na assistência ao trabalho de parto e parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas. Das 238 puérperas que tiveram partos vaginais, mais de 71,6% foram assistidos por enfermeiras obstétricas, contra 28,4% assistidos por médicos, e em cinco desses partos o fórceps foi utilizado. Entretanto percebeu-se ainda alto uso de intervenções como amniotomia e ocitocina mesmo em CPN. Os resultados mostraram, ainda, ser incisiva a participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento nos cenários de estudo.

O predomínio dessas profissionais na assistência obstétrica reforça a sua importante contribuição no que se refere à prática assistencial, em concordância com a OMS, o MS e os princípios da humanização. Acredita-se que, mesmo em instituições que apoiam a inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e ao nascimento, a transformação do modelo assistencial ainda é um desafio e requer esforços de gestores, profissionais de saúde e da sociedade. Particularmente em relação à inserção de enfermeiras obstétricas, é imprescindível o apoio institucional, compromisso dos gestores com políticas públicas, formação qualificada e autônoma condizente com o seu papel na mudança do modelo e atuação comprometida com os preceitos éticos e legais da profissão (SOUSA *et al.*, 2016).

Estudo avaliou a assistência prestada por enfermeiros obstetras e verificou que variáveis como a taxa de episiotomia, métodos não farmacológicos para alívio da dor, contato pele a pele mãe-bebê, a pouca realização de amniotomia representam o compromisso do enfermeiro obstetra com a promoção da saúde na qualidade da assistência ao trinômio, demonstrando assim experiências exitosas no processo de trabalho de parto e parto mediante o uso das boas práticas obstétricas (VIEIRA *et al.*, 2016).

Contudo, percebe-se que os estudos veem demonstrando os benefícios de uma atenção diferente da tradicional, ou do modelo biomédico predominante, para a mãe e o recém-nascido, além da melhoria dos indicadores de qualidade da assistência em saúde. A partir disso, é importante que sejam elaboradas e adotadas estratégias para aumentar a frequência das boas práticas, pois através desses estudos, nota-se o quanto se precisa e tem a melhorar para uma assistência de maior qualidade, com melhor embasamento científico, considerando também os aspectos psicológicos envolvidos no momento do parto e nascimento.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Para construção deste estudo, foram utilizadas as orientações da lista de verificação STROBE, o qual oferece recomendações sobre como relatar estudos observacionais de forma mais adequada e, conseqüentemente, facilitar a leitura crítica dessas publicações por parte de editores, revisores e leitores em geral através de orientações quanto a informações que devem estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos que descrevem estudos observacionais (VON *et al.*, 2007).

Dessa forma, trata-se de um estudo do tipo observacional, retrospectivo, com componentes descritivos e analíticos, delineamento transversal e abordagem quantitativa.

O modelo observacional escolhido para o presente estudo justifica-se por permitir determinar as condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Em estudos descritivos, normalmente resgata-se dados pré-existentes a partir de fontes primárias, secundárias ou terciárias (ROUQUAYROL; SILVA, 2013). E o seu componente analítico por possibilitar examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde.

O delineamento transversal caracteriza-se pela realização das aferições em uma ocasião ou durante um curto período (HULLEY *et al.*, 2015). No presente estudo, utiliza-se da abordagem quantitativa, pois as informações foram coletadas mediante instrumentos formais, reunidas e analisadas de forma quantitativa, isto é, os dados foram mensurados, gerando informação numérica e essa analisada com procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), a qual é referência para o Estado do Ceará, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e pertencente ao Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Ceará (UFC), onde são desenvolvidas atividades de média e alta complexidade, na atenção hospitalar e ambulatorial. Destaca-se pela diversidade de atendimento à mulher, desde a fase adolescente até o climatério, contribuindo com estratégias de promoção da saúde, favorecendo melhor qualidade de vida à cliente que busca o serviço. Assim, sua missão é promover a formação de

recursos humanos em ações de aprendizagem, ensino, pesquisa e extensão, realizando um serviço de excelência à mulher e ao recém-nascido (RN).

O Centro Obstétrico da MEAC conta com oito quartos de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP), sendo três desses cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS) como leitos de Centro de Parto Normal Intra-hospitalar (CPN), no qual a condução da assistência ao parto de risco habitual deve ser realizada principalmente por enfermeiros obstetras. Conforme a RDC36, que trata do regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, o quarto PPP deve conter uma ambiência que favoreça uma assistência acolhedora, resolutiva e humana, com capacidade para um leito e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, ou seja, até a primeira hora após a dequitação (BRASIL, 2008).

A escolha desse local ocorreu por se tratar de uma maternidade eleita como Centro de Apoio às Boas Práticas na Atenção Obstétrica e Neonatal da Rede Cegonha no Estado do Ceará. Esses Centros têm como missão estimular a qualificação do cuidado e da gestão em saúde através de relações colaborativas com outros serviços, o que implica na corresponsabilização de todos os envolvidos: profissionais de saúde, gestores, apoiadores e usuários. E por isso ela é avaliada quanto aos indicadores de qualidade. Embora ocorra essa avaliação, ela costuma ser descritiva, com números brutos e absolutos. E dessa forma pretende-se investigar os indicadores de boas práticas, correlacionando-os com os desfechos maternos e neonatais.

Vale destacar que a MEAC está entre os 95 hospitais de ensino participantes do *Apice On*, projeto lançado pelo Ministério da Saúde cujo objetivo é promover ações de apoio e fortalecimento das estratégias da Rede Cegonha, garantir que os serviços de saúde à mulher sejam ofertados com mais qualidade através da qualificação da atenção obstétrica e neonatal das instituições que atuam como unidade auxiliar de ensino no âmbito da Rede Cegonha. A iniciativa preconiza a realização de ações de qualificação nas áreas de atenção ao parto, nascimento e abortamento; saúde sexual e reprodutiva; e atenção humanizada às mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2017b).

Assim, a coleta de dados aconteceu no primeiro semestre de 2018, através dos prontuários, utilizando as Fichas de Monitoramento/Avaliação da Assistência ao Parto e Nascimento da referida maternidade, dos partos realizados no período de janeiro a dezembro de 2017.

4.3 População e amostra do estudo

A população do estudo correspondeu a todas as parturientes e recém-nascidas que tiveram o parto normal ou cesárea no Centro Obstétrico/CPN da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) no ano de 2017, dados esses obtidos por meio dos registros de internamento da sala de parto. A escolha do período foi devido a ficha pela qual será realizada a coleta de dados ter sofrido alterações no final do ano de 2016, tornando-se mais completa em termos de informações.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas neste estudo todas as parturientes que tiveram o parto a termo (entre 37 e 41 semanas e 6 dias) por via vaginal ou cirúrgica (cesárea durante o trabalho de parto), tendo sido vivenciado o trabalho de parto espontâneo ou induzido, no centro obstétrico/CPN da Maternidade Escola no ano 2017.

4.3.2 Critérios de exclusão

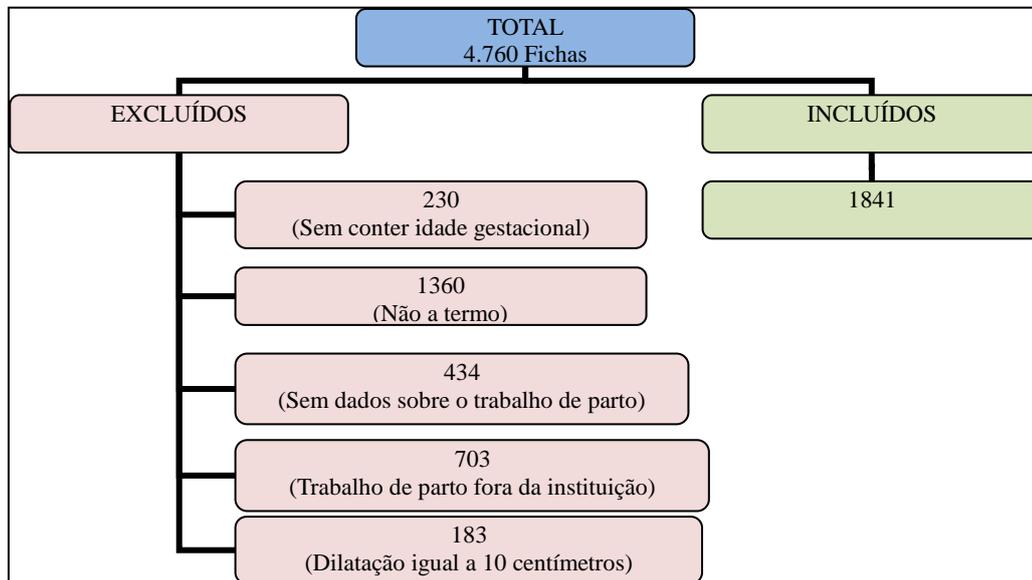
Foram excluídas as fichas de mulheres com idade gestacional em branco e que não foi possível calcular pelos dados da ficha, as que foram admitidas com dilatação em 10 centímetros por estar em período expulsivo e não ter tido oportunidade de vivenciar o trabalho de parto sob assistência da equipe, as cesáreas de emergência ou eletivas e as que não possuem a ficha de monitoramento da atenção ao parto e nascimento preenchida.

Assim a amostra foi do tipo censo, contemplando todas as mulheres elegíveis, segundo os critérios utilizados.

O total de partos realizados no período de 2017 com ficha de monitoramento do nascimento preenchida foi de 4760 partos, desses 230 não continham a idade gestacional preenchida, nem dava para calcular com os dados da ficha. Outros 1369 foram excluídos por não serem a termo e, portanto, não fazer parte dos critérios de inclusão. Com relação ao trabalho de parto, foram excluídos 434 que não continham dados e 703 por não ter vivenciado o trabalho de parto na instituição. Quanto à dilatação, foram excluídos 183 casos, que deram entrada na instituição com dilatação igual a 10 cm. Dessa forma, resultou em um total de 1841

partos (Fluxograma 1).

Figura 1 - Fluxograma da seleção da amostra da população



Fonte: elaborada pela autora.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2018, por meio da Ficha de Monitoramento da Atenção ao Parto e Nascimento (FMP), que é baseado nos indicadores de atenção ao parto e nascimento da rede cegonha.

A Ficha de monitoramento da atenção ao parto e nascimento é gerada no momento da admissão hospitalar e contém a caracterização da mulher, as informações obstétricas e relativas às boas práticas na atenção ao parto e nascimento propostos pela OMS, sendo subdividida em onze sessões.

A primeira e a segunda sessões são Procedência e Histórico Gestacional e Informações de Internação da Gestação Atual, ambas preenchidas na emergência. A terceira é Assistência ao Trabalho de Parto, que são as informações, intervenções e práticas realizadas no trabalho de parto. Já a quarta sessão é Morbidade Materna Grave, que só é preenchida caso a mulher receba cuidados mais intensivos, como uso de drogas vasoativas, transfusão sanguínea, hemodiálise, ressuscitação cardiopulmonar, entre outros.

A quinta sessão é Assistência ao Parto e Nascimento, preenchida no Centro Obstétrico/CPN, entretanto caso evolua para cesariana a quinta sessão é preenchida no centro cirúrgico. E em caso de morbidade, preenche-se a quarta sessão referida anteriormente. A

sexta sessão é a do Recém-Nascido, que é preenchido pela enfermeira da neonatologia no momento do parto e culmina na sala da neonatologia.

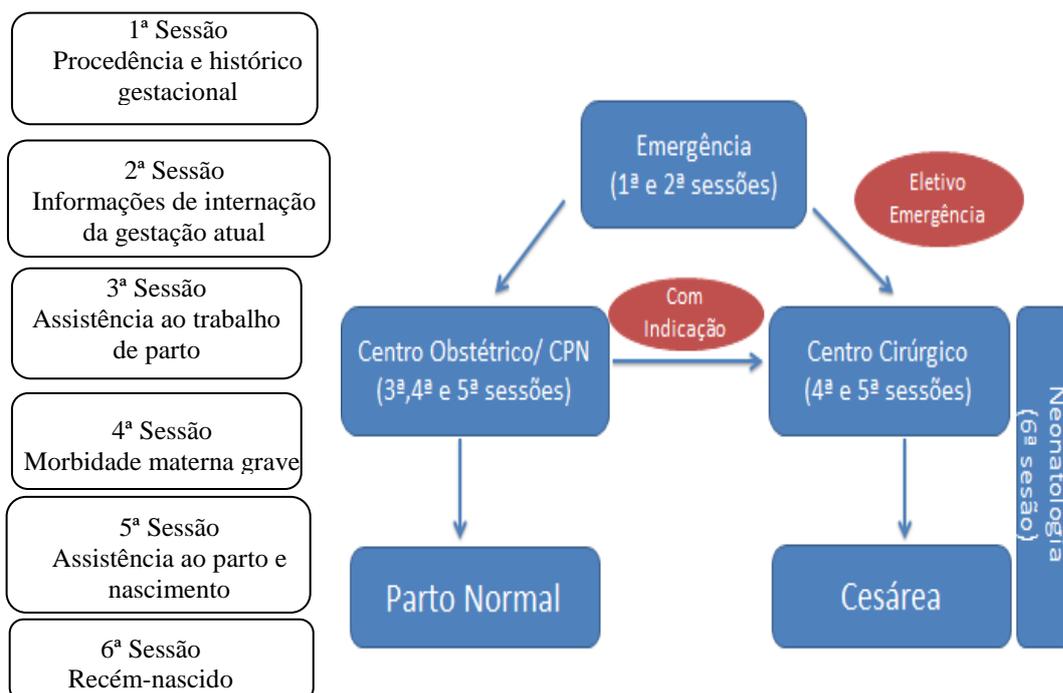
Por fim, a sétima, oitava e nona são Intercorrências do RN, Triagem Neonatal, Alta do RN, respectivamente, que são preenchidas nos locais em que o RN for admitido após sair da neonatologia no Centro Obstétrico. Essas sessões não foram incluídas, pois correspondem aos dados sobre internação do RN e não são de interesse para o objeto do estudo, assim como a décima e a décima primeira, Alta da mulher e Morbidade materna grave, que são preenchidas no local de alta, caso a mulher tenha se internado.

Dessa forma, foram utilizadas para o presente estudo as sessões Procedência e histórico gestacional, Informações de internação da gestação atual, Assistência ao Trabalho de Parto, Assistência ao Parto e Nascimento, Morbidade Materna Grave e Recém-Nascido (primeira à sexta sessão), que correspondem às informações relativas à gestação, assistência ao trabalho de parto e parto e os desfechos maternos e neonatais, conforme ANEXO A.

Vale ressaltar que todas as fichas são de responsabilidade e preenchimento do enfermeiro e são retidas no centro obstétrico e cirúrgico, onde ficam armazenadas para análise e controle dos indicadores.

Para melhor compreensão do processo da coleta de dados, criou-se um fluxograma com o objetivo de descrever o percurso da parturiente e do preenchimento da ficha de monitoramento.

Figura 2 - Fluxograma do preenchimento da ficha de monitoramento



Fonte: elaborada pela autora.

4.5 Variáveis do Estudo

4.5.1 Variáveis dependentes

Desfechos maternos

- **Forma de resolução da gestação:** expresso pelo tipo de parto, normal ou cirúrgico.
- **Existência de Laceração:** se houve laceração na vagina ou no períneo da parturiente. Categorizada em sim ou não. E grau da laceração, expressa em números, graduados de um a quatro.

A laceração perineal é classificada em primeiro grau quando envolvem os frênulos dos pequenos lábios, a pele do períneo, a mucosa vaginal, lacerações periuretrais, que podem sangrar profusamente. A laceração de segundo grau atinge, além disso, a fáscia e os músculos do corpo perineal, mas não o esfíncter anal. A laceração de terceiro grau estende-se para envolver o esfíncter anal externo. E a laceração de quarto grau atravessa toda a mucosa retal com exposição da luz, implicando em ruptura dos esfíncteres anais externo e interno (CUNNINGHAM, 2006).

Desfechos neonatais

- **Vitalidade do RN:** avaliação das condições de vida do recém-nascido através do índice de APGAR no 5º minutos de vida, segundo consta no prontuário, expressos em números arábicos inteiros de 0 a 10; e que também serão categorizados em < 7 e ≥ 7 .
- **Admissão do recém-nascido:** local para onde o recém-nascido foi encaminhado após o parto se alojamento conjunto ou unidade de internação neonatal.

4.5.2 Variáveis independentes

As variáveis explicativas são os indicadores de boas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto, que estão contidas na Ficha de Monitoramento da Atenção ao Parto

e Nascimento da referida maternidade, listadas a seguir com base na categorização estabelecida no manual de recomendações para o cuidado intraparto da OMS de 2018 (WHO, 2018):

- **Recomendado:** esta categoria indica que a intervenção ou opção deve ser implementada.
- **Não recomendado:** esta categoria indica que a intervenção ou opção não deve ser implementada.
- **Recomendado apenas em contextos específicos:** esta categoria indica que a intervenção ou opção é aplicável apenas à condição, configuração ou população especificada na recomendação e só deve ser implementada nesses contextos.
- **Recomendado apenas no contexto de pesquisa rigorosa:** esta categoria indica que existem incertezas importantes sobre a intervenção ou opção. Em tais casos, a implementação pode ainda ser empreendida em grande escala, desde que tome a forma de pesquisa que seja capaz de abordar questões não respondidas e incertezas relacionadas tanto à eficácia da intervenção ou opção quanto à sua aceitabilidade e viabilidade (WHO, 2018).

No presente estudo, as práticas foram divididas de acordo com o período clínico do parto, sendo caracterizada como prática recomendada ou não recomendada. Vale destacar que foram abordadas apenas as práticas contidas na Ficha de Monitoramento do Parto e Nascimento presente na instituição no período do ano de 2017.

No primeiro período clínico do parto, que consiste a fase de dilatação, as práticas consideradas recomendadas avaliadas foram: uso de partograma, avaliação dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) na admissão, presença do acompanhante no trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e forma do início do trabalho de parto se foi espontâneo ou não, necessitando de indução com misoprostol ou ocitocina e analgesia farmacológica. As práticas não recomendadas avaliadas nesse período foram: jejum, venóclise, uso de ocitocina e estágio de trabalho de parto do uso, amniotomia.

No segundo período clínico, fase da expulsão, quanto às práticas recomendadas, foi avaliado a posição na hora do parto e a presença de acompanhante. As práticas não recomendadas avaliadas foram: uso da manobra de Kristeller e episiotomia.

No terceiro período clínico, foi avaliado apenas o uso das práticas recomendadas como contato pele a pele (motivo de não contato, tempo de contato e motivo da retirada), estímulo à amamentação na primeira hora e clampeamento oportuno do cordão.

4.5.3 Variáveis de controle

Procedência: De onde a gestante saiu para chegar à maternidade, variável nominal, categorizada em residência, transferência de outro hospital, via pública, encaminhamento por serviço de saúde ou outro.

Meio de Transporte: Forma como a gestante chegou à maternidade. Variável nominal, categorizada em meios próprios, ambulância ou outros.

Quantos serviços procurou antes da internação: Número de locais de atendimento em saúde que passou antes de chegar à maternidade. Variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.

Número de gestações: gestações tidas pela mulher incluindo a atual, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.

Paridade: número de partos com idade gestacional superior a 22 semanas, tidos pela mulher anteriormente, independentemente da via de parto e/ou vitalidade do concepto, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.

Antecedente de aborto: número de abortos tidos pela mulher antes da gestação atual, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.

Antecedente de cesárea: se a mulher já foi submetida à cesárea previamente à gestação atual, variável categórica, expressa em sim ou não.

Número de cesáreas anteriores: Número de cesáreas realizadas antes da gestação atual, variável discreta, expressa em números arábicos inteiros.

Pré-natal no local do estudo: Se a gestante realizou o pré-natal na maternidade em que o estudo será realizado. Variável categórica, expressa em sim ou não.

Tempo do último parto: Expresso pela data do último parto antes da gestação atual.

Idade gestacional: Tempo de gestação da mulher, identificado pela diferença em semanas da data da última menstruação, ou primeira ecografia obstétrica, e as datas de internação e de resolução da gestação, expressa em semanas e dias.

Condições maternas pré-existentis tais como: Hipertensão arterial crônica, HIV/AIDS, Sífilis na gestação, Hepatite B, Toxoplasmose, categorizadas em sim ou não.

Pré-Eclâmpsia: Se houve aumento da pressão arterial na gestação. Variável categórica, expressa em sim ou não.

Tipo de Gestação: Número de fetos existentes intraútero. Expressa em números arábicos inteiros.

Corticóide antenatal: Se houve uso de corticóides para acelerar o amadurecimento pulmonar fetal. Variável categórica, expressa em sim ou não.

Apresentação Fetal: Se refere à região fetal que se encontra mais próxima da pelve materna. Categorizada em cefálica, pélvica, córmica.

Intercorrências: variável que será preenchida quanto à existência de intercorrências durante o trabalho de parto e parto, como hemorragias, retenção placentária, eclâmpsia/iminência, distórcia de ombro, prolapso de cordão.

Indicação de Cesariana: Se refere a algumas indicações mais comuns para a realização de cesária, como interatividade, apresentação pélvica/anômala, placenta prévia, infecção pelo HIV, descolamento prematuro de placenta, desproporção céfalo-pélvica, distorcia/discinesia, falha de indução (misoprostol), sofrimento fetal, pré-eclâmpsia (grave), dentre outras.

Profissional que atendeu o parto: Se refere à categoria e especialidade do profissional que conduziu o parto, categorizada em Médico obstetra, Médico cirurgião-geral, Médico residente, Enfermeira obstetra, Enfermeira, médico outra especialidade, Médico clínico, médico de saúde da família, médico generalista, estudantes (residente de enfermagem obstétrica ou interno de medicina).

4.6 Organização e análise de dados

Os dados foram organizados através do programa R e analisados por meio do programa SPSS ® versão 20.0. Para analisar a associação entre variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson, sendo considerado dado estatisticamente significativo aquele com p-valor <0,05. Para avaliar o papel de algumas variáveis de controle relacionadas às boas práticas como preditores para a ocorrência de desfechos maternos e neonatais desfavoráveis, foram estimadas as razões chance (OR) e seus respectivos intervalos de confiança IC95% ajustados para o efeito do desfecho, sendo importante a relação quando o IC não compreender o número um. Para análise descritiva foram consideradas a frequência absoluta, percentual e desvio padrão.

4.7 Aspectos Éticos

O estudo não ofereceu constrangimento, foi garantido anonimato e não colocou em risco a população envolvida, através de um cuidado máximo com os dados coletados. Foi preservada a integridade dos mesmos e respeitado todas as normas éticas para estudos científicos envolvendo seres humanos contidos na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição sob parecer número 2.855.683 (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como já mencionado, em 2018, a OMS divulgou um documento que passou a abordar as práticas de atenção ao trabalho de parto e parto em quatro categorias, diferentes das propostas em 1996. Essa nova categorização foi realizada a partir das atualizações de pesquisas e novos resultados e assim, a OMS passou a classificar as condutas obstétricas em práticas Recomendadas, Não recomendados, Recomendada apenas em contextos específicos, Recomendada apenas no contexto de pesquisa rigorosa (WHO, 2018).

Dessa forma, para a apresentação mais didática dos resultados e discussões do presente estudo, primeiramente será abordado os dados referentes a procedência e histórico obstétrico e em seguida será utilizada a categorização da OMS supracitada, dividida segundo os três primeiros períodos clínicos do trabalho de parto, dando ênfase aos resultados que apresentaram maior relevância para os desfechos maternos e neonatais estudados.

5.1 Análise da procedência das parturientes com desfechos maternos tipo de parto e presença de laceração

Tabela 1 – Distribuição da análise estatística da procedência relacionada ao desfecho materno tipo de parto em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Tipo de parto		P*	OR	IC
	Cesáreo n(%)	Normal n(%)			
Procedência (1.742)			<0,001	2,07	1,5-2,6
Residência	539 (78)	925 (88)			
Referenciada de outro hospital	90 (13)	64 (6,1)			
Via pública	1 (0,1)	1 (0,1)			
Encaminhada de serviço de saúde	61 (8,8)	61 (5,8)			
Serviços procurados antes (1.719)			<0,001	1,76	1,4-2,2
Nenhum	482 (70,7)	840 (81)			
Um	161 (23,6)	166 (16)			
Dois	33 (4,8)	22 (2,1)			
Três ou mais	6 (0,9)	9 (0,9)			
Meio de transporte (1.735)			<0,001	2,64	1,8-3,7
Meios próprios	566(82,1)	928(88,6)			
Transporte público	14(2)	36(3,4)			
Ambulância	94(13,6)	59(5,6)			

outros	14(2,2)	24(2,3)
--------	---------	---------

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson; OR=Razão de chances; IC= Intervalo de confiança.

Em 2017, foram realizados 4.760 partos com ficha de monitoramento do nascimento preenchida. Desses, após aplicação dos critérios de exclusão, a amostra ficou 1841 partos.

Com relação à procedência, por se tratar de uma instituição referência em obstetrícia, principalmente para gestação de risco, dos 1841 partos a termo realizados, 1468 (79,7%) tinham procedência de suas residências, seguido de 277 (15%) que foram admitidos através de transferência de outro hospital ou serviço de saúde. De forma que, 1326 (72%) não passaram por outro serviço de saúde antes, ou seja, a presente instituição, na maioria dos casos, foi a primeira a ser procurada, seguido de 328 (17,8%) e 55 (3%) que passaram por um e dois serviços respectivamente antes da presente instituição.

Tal fato representa a resolutividade da mesma, sendo esta uma instituição porta aberta na rede de atenção materno infantil, entretanto demonstra que uma porcentagem significativa teve que passar por mais de um serviço para conseguir essa resolutividade, ou seja, peregrinou pela rede de atenção obstétrica, o que pode representar riscos ou mesmo desfechos negativos ou insatisfatórios às famílias.

Estudo que avaliou a qualidade da atenção ao parto em todas as unidades públicas hospitalares da rede na cidade do Recife, Pernambuco, através de entrevista com 1.000 gestantes, encontrou que mais da metade (56,4%) passou por duas ou mais unidades na busca por atendimento no momento do parto, com 48,7% de usuárias transferidas entre as maternidades (SILVA *et al.*, 2017).

No presente estudo, procedência e número de serviços procurados antes da instituição avaliada são variáveis que apresentaram significância estatística com o tipo de parto, demonstrando que ser referenciado de outras instituições ou passar por mais de um serviço de saúde esteve associado e representou fator de proteção para parto cesáreo, enquanto quem chegou vindo de sua residência ou passou apenas pela instituição em estudo apresentou associação ($p < 0,001$) com parto normal. Em outras palavras, quem não procurou nenhum serviço apresentou 76% mais chances de ter parto normal (OR=1,76; IC=1,4-2,2) do que os que procuraram mais de um, assim como os que tinham procedência das suas residências apresentaram 2 vezes mais chances (OR=2,07; IC=1,5-2,6).

Esse achado pode ser interpretado sob vários aspectos, pois por se tratar de uma instituição referência para gestação de alto risco no Estado, as parturientes podem ter

procurado primeiro por instituições que não possuíssem o aporte técnico necessário tendo sido encaminhadas, como também a lotação de outras instituições ou mesmo a falta de qualificação para garantir a eficiência no atendimento dessas demandas. Fato que reafirma a importância de melhorar a qualidade da assistência a fim de minimizar as peregrinações entre a rede de atenção obstétrica, favorecendo assim o aumento do percentual de parto normal, bem como melhora da satisfação das gestantes.

A peregrinação da mulher em busca de assistência ao parto confirma-se como um real problema da saúde pública pela carência de vagas e leitos obstétricos, fatores impeditivos para uma assistência qualificada e resolutiva (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Um estudo com amostra de base populacional proveniente de duas cidades brasileiras com condições socioeconômicas contrastantes evidenciou que a peregrinação para o parto é um evento mais frequente em São Luís, Nordeste brasileiro, do que em Ribeirão Preto, no Sudeste do país, reforçando a hipótese de que a peregrinação é maior em locais menos desenvolvidos e com uma rede de serviços de saúde menos organizada. Ainda aponta a necessidade de integralidade entre a atenção primária e a especializada na assistência ao parto e da garantia de acesso universal e equânime, visto que as mulheres de regiões menos favorecidas sofrem mais para conseguir acesso e resolutividade na rede de atenção obstétrica (MORAES *et al.*, 2018).

Dessa forma, percebe-se que a peregrinação é um tipo de desrespeito aos princípios doutrinários do SUS e um tipo de violência a mulher, tendo em vista este momento único de sua vida. Portanto, uma forma que pode minimizar essa peregrinação seria a vinculação da gestante a uma maternidade de referência estabelecida pelo encaminhamento formal do profissional que a acompanha durante o pré-natal para o serviço que irá assisti-la no momento do parto. Assim, gestantes estariam informadas de qual serviço buscar e conheceriam a equipe que atua na maternidade na qual irão parir, deixando-as mais seguras no momento do parto (MORAES *et al.*, 2018).

Em Campina Grande, Paraíba, apenas 24,3% dos partos ocorreram na maternidade indicada, 20,8% das parturientes peregrinaram, 48% dos partos foram cesarianas. O início do pré-natal antes dos três meses, a cesariana e a presença de acompanhante no pós-parto foram significativamente mais elevados nas mulheres com maior escolaridade. O parto cesariano ocorreu com menor frequência em gestantes de pele negra e naquelas inscritas no Programa Bolsa Família (PEDRAZA, 2016).

Nesse sentido, a peregrinação de gestantes para o parto não deveria ser um problema de saúde pública na atualidade. Entretanto, esse fato é vivenciado por muitas

gestantes em diferentes regiões do país (MORAES *et al.*, 2018).

O transporte nesse contexto também pode influenciar o desfecho do tipo de parto. No presente estudo, a maioria, 1498 (81,4%) dos casos utilizaram meios próprios para se locomover até a instituição e 154 (8,4%) foram de ambulância. O meio de transporte ambulância apresentou associação com o tipo de parto cesáreo ($p < 0,001$), na qual o risco de ter parto cesáreo é 39% menor em pessoas que vão por meios próprios ou por transporte público em relação aos que vão de ambulância. Fato que também pode estar relacionado ao risco gestacional a questão do tipo de transporte necessário. E ir por meios próprios ou transporte público apresentou 2,6 vezes mais chance de ter parto normal (OR= 2,64; IC=1,8-3,7).

Sabe-se que por se tratar de um hospital de referência no Estado, muitas podem vim encaminhadas até mesmo de outros municípios vizinhos ou não, o que pode levar a demora do atendimento e até mesmo diversas consequências a gestante e ao feto. Um estudo com objetivo de identificar as situações de *near miss* materno durante a assistência ao trabalho de parto e parto, encontrou diferença estatística significativa entre o transporte para internação ($p=0,035$) e o desfecho de *near miss* materno (SANTOS *et al.*, 2018).

Estudo realizado no Afeganistão encontrou três causas principais que afetam diretamente no tempo de deslocamento à maternidade, dentre elas, o uso de ambulâncias (HIROSE *et al.*, 2015).

No presente estudo, não foi possível conhecer o tempo percorrido pelas gestantes até chegar à maternidade. Já um estudo realizado em Pernambuco refere que a ambulância (48%) e o carro próprio (38,3%) foram os meios de transportes mais utilizados pelas gestantes, proporção superior e divergente à do presente estudo. E nele, cerca de 28% das gestantes percorreram mais de 50km, levando mais de duas horas para chegar à unidade em que receberam atendimento (SILVA *et al.*, 2017).

Dessa forma, soma-se mais um motivo para a preocupação dos gestores, quanto à qualidade e resolutividade da assistência obstétrica nos seus municípios. O transporte por ambulâncias, apesar de ser uma tecnologia que facilita e favorece o atendimento, pode está sendo utilizado como rotina em municípios que não possuem a devida qualidade para atender a demanda obstétrica, entretanto deveria ser a última opção e não a primeira, o que favorece também o aumento da peregrinação.

É importante considerar que alguns deslocamentos intermunicipais no trabalho de parto podem ocasionar impactos para a parturiente e para o feto, pois pode provocar complicações como maior sofrimento da parturiente devido às contrações ocorrerem em local

desconfortável, risco de infecção por estar em veículo inadequado, risco de acidente de transporte, de congestionamento e até a falta de apoio familiar no momento do parto, já que nem sempre a família poderá se locomover para acompanhá-la (SOUSA; ARAÚJO; MIRANDA, 2017).

5.2 Análise do histórico obstétrico das gestantes com os desfechos maternos tipo de parto e presença de laceração

Tabela 2 - Distribuição da análise estatística do histórico obstétrico relacionado aos desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Tipo de parto		P*/OR/IC	Laceração		P*
	Cesáreo n(%)	Normal n(%)		Não n(%)	Sim n(%)	
Número de gestações (1.755)			0,092			<0,001
1	348(50)	486(45,9)		131(35,6)	317(49,9)	1,80
2 ou mais	348(50)	573(54,1)		237(64,4)	318(50,1)	1,3-2,3
Número de partos (1.753)			0,012			<0,001
Nenhum	397(57)	538(50,9)	0,78	141(38,9)	358(56,6)	2,0
1 ou mais	299(43)	519(49,1)	0,6-0,9	225(61,1)	275(43,4)	1,5-2,6
Cesáreas prévias (1.619)			<0,001			0,339
Nenhuma	493(73,7)	880(92,6)	4,48	291(91,5)	539(93,3)	
1 ou mais	176(26,3)	70(7,4)	3,3-6,0	27(8,5)	39(6,7)	
Aborto (1.603)			0,399			0,542
Nenhum	515(80)	789(82)		273(80,5)	474(82,1)	
1 ou mais	126(19,7)	173(18)		66(19,5)	103(17,9)	
Pré-natal na instituição (1.584)			0,194			0,257
Não	511(80,3)	786(82,9)		276(83,9)	461(80,9)	
Sim	125(19,7)	162(17,1)		53(16,1)	109(19,1)	
Intervalo do último parto (659)						
0-1 Ano						
2 ou mais anos			0,340			0,173
	41(15,7)	52(13,1)		28(16,7)	25(11,8)	
	220(84,3)	346(86,9)		140(83,3)	187(88,2)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson; OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança.

Com relação ao número de partos, verificou-se que ser nulípara, ou não ter realizado nenhum parto anterior, esteve associado a ter parto cesáreo nessa instituição ($p=0,012$; OR:0,78; IC=0,6-0,9)

Resultados da Pesquisa Nascer no Brasil confirmam tal associação. O fato de o Brasil ser conhecido mundialmente pela elevada incidência de cesarianas, com uma proporção de cesáreas de 45,5% em mulheres de risco obstétrico habitual. Demonstrou-se também que as mulheres mais velhas (> 35anos) primíparas também tiveram maior chance de realizar uma cesariana. Mulheres sem plano de saúde, adolescentes, nas categorias mais baixas de escolaridade (< 7 anos de estudo), não brancas (exceto as amarelas) e múltíparas, tiveram menos chances de realizar uma cesariana (LEAL *et al.*, 2014).

No presente estudo, todas as boas práticas e intervenções foram mais frequentes em primíparas, que costumam ter um trabalho de parto mais demorado. Verificou-se também que essas mulheres, em comparação às múltíparas, foram com mais frequência admitidas precocemente, com três ou menos centímetros de dilatação, ficando mais expostas às rotinas hospitalares. As intervenções sofridas, tais como episiotomia, manobra de Kristeller e cesariana dão início a uma história reprodutiva marcada por cicatrizes e perda da integridade do tecido perineal e uterino (LEAL *et al.*, 2014).

Os resultados do presente estudo ainda demonstraram que o número de gestações e de partos também esteve relacionados ao trauma perineal, bem como a paridade apresentou associação com grau de laceração (Tabela 2 e Tabela 3), no qual as mulheres nulíparas experimentaram mais lacerações (OR:2,0; IC:1,5-2,6), principalmente a partir de segundo grau.

Outro estudo também corrobora com esses achados quanto à paridade, o qual ao pesquisar os fatores de risco para o trauma perineal observou associação estatística com mulheres menores de 25 anos ($p = 0,019$), brancas ($p \leq 0,005$) e nulíparas ($p < 0,05$), mostrando que as mulheres brancas e nulíparas tinham respectivamente 3,89 (variação: 1,52–2,96) e 2,89 (variação: 1,69–4,95) vezes mais propensão a apresentarem lesões perineais. E quando se considerou a episiotomia como uma variável dependente, as mulheres nulíparas foram 4,81 (variação: 1,65-14,07) vezes mais propensas a episiotomia (PEPPE *et al.*, 2018).

Tabela 3 – Análise das variáveis número de gestações e de partos anteriores com o grau de laceração perineal no período de janeiro a dezembro de 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Laceração			P*
	Grau I	Grau II	Grau III e IV	

	n(%)	n(%)	n(%)	
Número de gestações (1.755)				0,112
1	157(46,2)	148(52,7)	14(63,6)	
2 ou mais	183(53,8)	133(47,3)	8(36,4)	
Número de partos (1.753)				0,007
Nenhum	171(50,4)	174(62,1)	15(68,2)	
1 ou mais	168(49,6)	106(37,9)	7(31,8)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Outro achado importante, que corrobora com a literatura, foi o fato de já ter realizado pelo menos uma cesárea anterior, no presente estudo 246 (13,4%), apresentar diferença estatística significativa com o tipo de parto, onde não ter realizado cesarianas esteve associado a maior chance de realizar mais parto normal.

Estudo no sul do Brasil com o objetivo de identificar os fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil, constatou que não ter cesárea prévia mostrou-se como fator protetor, visto que foi 80% menos prevalente nos partos cirúrgicos, dado estatisticamente significativo (SARAIVA; GOLVEIA; GONCALVES, 2017).

Outro estudo com o objetivo também de identificar fatores associados à cesárea entre os moradores de Maringá-PR, segundo a fonte de financiamento para o parto, observou que a ocorrência de parto cesárea anterior aumenta as chances de parto cesárea para as mulheres que realizaram o parto pelo SUS, $p < 0,006$, (OR=2,24; IC=1,51-3,33 e OR=16,99; IC=2,23-129,40, respectivamente) (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Dessa forma, tendo em vista que a existência de uma cesárea prévia acumula riscos para a realização de um novo parto cirúrgico, ressalta-se a importância de se evitar as cesáreas desnecessárias através da conscientização da sociedade e dos profissionais envolvidos nesse cuidado. Entretanto, o fato de ter sido realizado cesárea anterior não contraindica o futuro parto normal.

Com relação ao pré-natal, 288 (15,6%) das parturientes o fizeram na própria instituição. Há uma limitação com relação a essa variável do pré-natal, pois não foi possível identificar o percentual das gestantes que realizaram o pré-natal, somente as que o fizeram na instituição do estudo, que é principalmente ofertado para gestações de alto risco.

Considerando que no presente estudo só foram incluídas as parturientes que tiveram gestação a termo (entre 37 e 41 semanas e 6 dias), as idades gestacionais prevalentes foram 39 e 40 semanas com 556 (30,2%) e 509 (27,6%).

5.3 Análise do exame obstétrico na admissão com os desfechos maternos tipo de parto e presença de laceração

Tabela 4 – Distribuição da análise estatística do exame obstétrico realizado na admissão com os desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Tipo de parto		P*/OR/IC	Laceração		P*
	Cesáreo n(%)	Normal n(%)		Não n(%)	Sim n(%)	
Contração na admissão			<0,001 0,33			1
Não	83 (12)	47 (4,3)	0,2-0,4	16(4,3)	28(4,3)	
Sim	611 (88)	1035(95,7)		356(95,7)	623(95,7)	
Dilatação na admissão			<0,001 0,23			0,215
1 a 4 cm	335(57)	253(43)	0,1-0,2	75(32,5)	156(67,5)	
5 a 10 cm	243(24)	768(76)		272(37)	464(63)	
Membranas íntegras			0,412			0,296
Não	230(33,2)	338 (31,3)		109(29,7)	214(32,9)	
Sim	463(66,8)	741 (68,7)		258(70,3)	437(67,1)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson; OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança.

Com relação ao exame obstétrico realizado na admissão, as parturientes que chegavam na emergência tinham em média 5 cm de dilatação, apresentavam contrações 1650 (89,6%), membranas íntegras 1208 (65,6%), quando bolsa rota a média foi de 8 horas, sendo 22 (1,2%) com prescrição de antibiótico e 1804 (98%) tendo sido verificado batimentos cardíofetais na admissão.

Dessa forma, observou-se diferença estatística significativa entre a dilatação na admissão e o tipo de parto, sendo verificado que menor dilatação no momento da admissão está relacionada com o parto cesáreo ($p < 0,001$), assim como maior dilatação na admissão com o parto normal como verificado na tabela 3. Bem como se verificou que a ausência de contração esteve associada a menor chance de parto normal nesta instituição (OR=0,33; IC=0,2-0,4).

Estudo no sul do Brasil com o objetivo de identificar os fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade verificou que as características do

colo na admissão e da dinâmica uterina podem aumentar a chance de ter parto cesáreo, onde na ausência desta última constatou-se que a cesárea foi 1,53 vezes mais prevalente (SARAIVA; GOLVEIA; GONCALVES, 2017).

O mesmo estudo também constatou que com relação à dilatação na admissão, a cesárea foi mais prevalente entre as que foram admitidas com colo impérvio ou com menos de três centímetros de dilatação, sendo que 82,1% e 50,6%, respectivamente, submeteram-se à cesárea. Assim, a cesárea foi 4,6 vezes mais prevalente naquelas que apresentaram colo impérvio na admissão, e 2,5 vezes mais nas com dilatação inferior a três centímetros quando comparada aqueles com dilatação superior a esta (SARAIVA; GOLVEIA; GONCALVES, 2017).

5.4 Análise da gestação atual com os desfechos maternos: tipo de parto e laceração

A influência das patologias apresentadas durante a gestação nos desfechos tipo de parto e na laceração perineal foram demonstradas na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da análise estatística das patologias da gestação com os desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019.

	Tipo de parto		P*/OR/IC	Não n(%)	Laceração		P*/OR/IC
	Cesáreo n(%)	Normal n(%)			Sim n(%)		
Gestação de Risco							0,603
Não	330(49,5)	699(68,5)	<0,001	244(69,3)	415(67,7)		
Sim	337(50,5%)	321(31,5)	2,22	108(30,7)	198(32,3)		
Pré-eclâmpsia							0,817
Não	573(82,7)	979 (93,1)	<0,001	338(93,6)	594(93,2)		
Sim	120(17,3)	73 (6,9)	2,80	23(6,4)	43(6,8)		
Hipertensão							0,811
Não	616(90,3)	972 (93,9)	0,006	335(93,8)	586(94,2)		
Sim	66 (9,7)	63 (6,1)	1,65	22(6,2)	36(5,8)		
Portador de HIV							0,089
Não	657(98,1)	1015(99,5)	0,005	353(100)	609(99,2)		
Sim	13 (1,9)	5 (0,5)	4,0	-	5(0,8)		
Sífilis na gestação							0,488
1 Não	645(96,4)	977 (95,5)	0,460	334(94,6)	587(95,6)		
2 Sim	24 (3,6)	44 (4,3)		19(5,4)	27(4,4)		

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson; OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança.

Quanto ao risco gestacional, identificou-se que 660 (35,9%) mulheres com gestações de alto risco. Vale ressaltar que essa variável apresentou diferença estatística significativa com o tipo de parto, no qual a gestação sem ser de risco apresentou associação ($p < 0,001$) e 2,2 vezes mais chances de ter parto normal ($OR = 2,22$; $IC = 1,8-2,7$).

Estudo transversal realizado com o objetivo de descrever as práticas e as políticas utilizadas durante o trabalho de parto e parto e os fatores associados avaliou 768 puérperas das 11 maternidades do estado de Sergipe e encontrou que as gestantes que eram classificadas de alto risco apresentaram maior número de cesáreas intraparto ($ORa = 2,24$; $IC95\% 1,44-3,47$) e eletivas ($ORa = 1,9$; $IC95\% 1,31-2,74$) do que as gestantes de baixo risco, corroborando com o achado neste estudo (PRADO *et al.*, 2017).

A pesquisa Nascir no Brasil corrobora com o achado e ainda acrescentou que, contraditoriamente, a frequência das intervenções foi maior em mulheres de risco habitual, com exceção ao uso de cateter venoso, analgesia obstétrica e cesariana, demonstrando que, em grande parte, as intervenções foram desnecessárias e cumpriram o papel de repetição de uma rotina que parece não considerar nem a demanda clínica das pacientes nem as evidências científicas do campo (LEAL *et al.*, 2014).

Com relação às síndromes hipertensivas, 129 (7,5%) apresentavam hipertensão arterial crônica (HAC) e 193 (11,1%) pré-eclâmpsia. Nesse estudo, ter HAC ($p = 0,006$; $OR = 1,65$; $IC = 1,1-2,3$) e pré-eclâmpsia ($p < 0,001$; $OR = 2,8$; $IC = 2,0-3,8$) apresentou associação e aumentou as chances para parto cesáreo.

Pesquisa realizada com 15.354 mulheres em hospitais brasileiros entre 2004 e 2005 sobre fatores associados à realização de cesariana revelaram que a hipertensão e/ou pré-eclâmpsia são fatores diretos à maior razão de prevalência de partos operatórios (PÁDUA *et al.*, 2010).

Embora, no presente estudo, o parto normal tenha se mostrado como fator de proteção para os desfechos perinatais, outro estudo com o objetivo de analisar os fatores relacionados à via de parto em pacientes com pré-eclâmpsia encontrou que os pacientes com antecedentes de pré-eclâmpsia tiveram mais chance de ter parto cesáreo ($OR = 2,5$; $p < 0,02$), que todas as pacientes com cesárea anterior evoluíram para parto cesáreo na gestação atual ($p < 0,01$) e que as gestantes com pré-eclâmpsia grave tiveram 3,3 vezes mais chance de evoluir para parto cesáreo do que as com pré-eclâmpsia leve ($OR = 3,3$; $p < 0,01$) (LINHARES *et al.*, 2014).

Dessa forma, ao se investigar os casos de pré-eclâmpsia com relação ao número de partos e de cesáreas anteriores, verificou-se, no presente estudo, que não ter parto anterior

esteve mais associado a ter pré-eclâmpsia ($p=0,002$), porém o número de cesarianas anteriores não teve associação a patologia.

Quanto às patologias infecciosas investigadas na ficha, 18 (1%), 69 (3,7%), 6 (0,3%) e 17 (0,9%) eram portadoras de HIV, Sífilis, Hepatite B e Toxoplasmose. Entre as gestantes que tinham HIV, 13 (72,3%) tiveram parto cesáreo, com diferença estatística significativa com esse tipo de parto ($p=0,005$). Vale destacar que esse número se refere aos partos que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido, tendo em vista que as cesáreas eletivas ou que não entraram em trabalho de parto foram excluídos da amostra.

Dessa forma, percebe-se que na presente instituição há prevalência de parto cirúrgico em mulheres que possuem infecção pelo HIV. Achado semelhante ao de estudo transversal que avaliou também o desfecho reprodutivo de gestantes infectadas pelo HIV em hospital universitário em Vitória, Espírito Santo. Tendo encontrado que de 109 gestantes, 82,6% tiveram parto cesáreo, dessas 41,1% entraram em trabalho de parto, sendo 38,3% espontâneos e 2,8% induzidos. Houve ruptura espontânea de membranas em 21,7% dos casos. Vale ressaltar que 33% dos casos tiveram o diagnóstico de infecção pelo HIV durante a gestação atual, sendo 53,7% das gestantes tinham critérios para AIDS (REIS *et al.*, 2015).

O Grupo Cochrane realizou uma revisão sistemática, publicada em 2005, para avaliar a efetividade e segurança da cesariana eletiva na prevenção da transmissão vertical. Concluiu que a cesariana eletiva foi uma intervenção eficaz para a prevenção da transmissão vertical do HIV, nas mulheres que não fizeram uso de antirretrovirais (ARV) na gestação e naquelas que usaram apenas zidovudina (AZT) (READ; NEWELL, 2005).

Ressalta-se que apenas a infecção pelo HIV não contraindica o parto normal. A definição da via de parto deverá ser baseada no resultado da carga viral materna, realizada a partir da 34ª semana, em associação com a avaliação obstétrica. Em mulheres com carga viral menor que 1.000 cópias/ml, essa definição poderá ser discutida entre a gestante e seu obstetra, seja normal ou operatório, não altera o risco de transmissão vertical do HIV, resguardada as recomendações quanto ao manejo do parto (BRASIL, 2010).

5.5 Análise das práticas de atenção ao parto com os desfechos maternos

5.5.1 Primeiro período clínico do parto

Práticas Recomendadas

A influência da adoção das práticas recomendadas no primeiro período clínico do parto sob os desfechos maternos de tipo de parto e presença de laceração será demonstrada na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento no primeiro período clínico do parto com os desfechos maternos em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Tipo de parto		P/OR/ IC	Laceração		P/OR/ IC
	Cesáreo n(%)	Normal n(%)		Não n(%)	Sim n(%)	
Partograma			<0,001			0,824
Não	337 (50,8)	74 (7,0)	13,7	23 (6,2)	41 (6,5)	
Sim	326 (49,2)	986 (93)	10,3-18,2	349 (93,8)	586 (93,5)	
BCF na admissão			0,090			0,323
Não	3 (0,4)	13 (1,2)		6(1,6)	6(0,9)	
Sim	712 (99,6)	1088 (98,8)		372(98,4)	656(99,1)	
Acompanhante no TP			0,083			<0,001 0,31
Não	65 (9,7)	78 (7,3)		45 (12,2)	27 (4,2)	0,1-05
Sim	607 (90,3)	987 (92,7)		325 (87,8)	611 (95,8)	
Método não farmacológico de alívio da dor			<0,001 3,32 2,4-4,47			0,179
Não	138 (20,4)	78 (7,2)		29(7,7)	37(5,6)	
Sim	538 (79,6)	1012 (92,8)		347(92,3)	618(94,4)	
Início do trabalho de parto			<0,001 1,4 0,8-2,7			0,285
Espontâneo	575(82,3)	953(89,1)		324 (87,8)	583 (90)	
Induzido	123(17,6)	117(10,9)		45 (12,2)	65 (10)	
Indução			0,350			0,948
Misoprostol	102 (84,3)	100 (88,5)		39 (86,7)	54 (87,1)	
Ocitocina	19 (15,7)	13 (11,5)		6 (13,3)	8 (12,9)	
Analgesia Farmacológica			0,372			0,928
Não	715 (97,9)	1076 (97,3)		372 (97,4)	646 (97,3)	
Sim	15 (2,1)	30 (2,7)		10 (2,6)	18 (2,7)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson; OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança.

Com relação às práticas recomendadas no primeiro período clínico do parto e sua associação com o tipo de parto, evidenciou-se que ter preenchido o partograma e utilizar os métodos não farmacológicos de alívio da dor estão associados a ter parto normal, além de

início de trabalho de parto espontâneo. Enquanto ter realizado indução esteve associado a ter parto cesáreo (Tabela 6).

O uso de partograma foi uma prática utilizada na maioria dos partos 1312 (76,1%) e foi uma variável que se mostrou estatisticamente significativa para aumentar as chances em de ter parto normal em 13 vezes (OR=13,7; IC=10,3-18,2). Na presente instituição essa prática é uma rotina seguida em todas as mulheres com dilatação igual ou superior a seis centímetros.

Embora as evidências disponíveis não permitam a recomendação do uso rotineiro do partograma como estratégia para a redução de cesarianas e de desfechos negativos, devendo seu uso ser definido localmente, estudos conduzidos em países de menor desenvolvimento econômico mostraram menor proporção de cesarianas associadas ao uso do partograma, e identificação precoce de gestantes com progressão lenta do trabalho de parto (LAVENDER; HART; SMYTH, 2012).

Sobre a presença do acompanhante, a maioria 1599 (86,9%) das mulheres teve tanto durante o trabalho de parto quanto no parto normal ou cesáreo, não foi encontrado diferença estatística significativa com relação ao tipo de parto, o que reforça a afirmativa da instituição ser referência obstétrica e está em consonância com as leis que regularizam a presença do acompanhante em todos os partos. Entretanto, a presença do acompanhante no trabalho de parto esteve associada a laceração perineal ($p < 0,001$). Esse achado não apresenta uma representatividade na literatura que possa ser reforçado, o que sugere que a variável acompanhante no trabalho de parto possa estar influenciando o aumento de outra variável, sendo esta mais relacionada a existência de laceração.

Resultados da pesquisa Nascer no Brasil, realizada com 23.879 puérperas em todo território nacional, ratificou que nem sempre as boas práticas acontecem, o que não se mostrou diferente em relação à presença do acompanhante, mesmo com quase dez anos de existência da lei, 5.848 (24,5%) mulheres não tiveram acompanhantes em nenhum momento da internação, já 16.739 (70,1%) teve na admissão, 10.053 (42,1%) no trabalho de parto e 7.808 (32,7%) durante o parto, demonstrando que a porcentagem de acompanhamento diminui ao se aproximar do parto, o que pode gerar um momento desfavorável e de pouca satisfação à mulher (DINIZ et al,2014).

E no presente estudo, embora a presença do acompanhante não tenha sido estatisticamente relevante no tipo de parto, em outro estudo esteve significativamente associada à maior oferta de líquidos ou alimentos (RPa = 1,34; IC95% 1,10–1,63), à prescrição de algum tipo de dieta (RPa = 1,34 IC95% 1,15–1,57), ao uso de métodos não

farmacológicos para alívio da dor (RPa = 1,37; IC95% 1,21–1,56), ao uso de amniotomia (RPa = 1,10; IC95% 1,01–1,21) e de analgesia peridural ou ráqui (RPa = 1,84; IC95% 1,33–2,54). Além disso, a presença do acompanhante durante o trabalho de parto associou-se à redução no uso de tricotomia (RPa = 0,59; IC95% 0,53–0,65) e de enema (RPa = 0,49; IC95% 0,43–0,56) (MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Importante, enfatizar que a lei do acompanhante, como é conhecida, faz uma reafirmação da presença do acompanhante, como uma prática necessária à parturiente e já recomendada como uma tecnologia eficiente para a satisfação da mulher com o momento de parturição e a melhor "tecnologia" disponível para um parto bem-sucedido, segundo estudos baseados em evidências (RATTNER, 2009).

Quanto ao controle da dor, em 45 (2,4%) mulheres foi utilizada analgesia farmacológica e essa variável não apresentou associação com os desfechos tipos de parto e laceração perineal no presente estudo. Vale ressaltar que a analgesia de parto é um recurso que pode ser indicado a partir da solicitação materna, e que pode minimizar o medo da dor que algumas mulheres têm e até reduzir a indicação de cesárea a pedido da gestante. Entretanto, as Diretrizes Nacionais De Assistência Ao Parto Normal recomenda que a paciente receba orientações durante o pré-natal sobre os riscos potenciais relacionados à analgesia, ou seja, uma maior duração do segundo período de parto e uma maior chance de parto vaginal instrumental, o que não foi avaliado no presente estudo (CONITEC, 2017).

Quanto ao uso dos Métodos não farmacológicos de alívio da dor (MNF), houve uma prevalência de 1555 (84,5%), onde foi encontrada uma diferença estatística significativa quando relacionada ao parto normal, ou seja, o uso dos MNF aumentou as chances de ter parto normal (OR=3,32; IC=2,4-4,47). Esse achado demonstra sua eficiência e importância com relação à redução da taxa de partos cirúrgicos. Além da sua adequação, enquanto instituição, às recomendações da OMS, do Ministério da Saúde e da Rede Cegonha, os quais recomendam que todas as gestantes saudáveis devam experimentar os MNF no alívio da dor durante o trabalho de parto.

Estudo realizado na mesma cidade, porém em outra instituição, com 300 gestantes encontrou realidade bem divergente com relação não só aos MNF como outras práticas recomendadas, onde 84,0% das parturientes não utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor; 67,0% permaneceram em dieta zero durante o trabalho de parto; 84,7% não teve acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto e apenas 48,3% dos partos tiveram o preenchimento do partograma (MELO *et al.*, 2017).

No âmbito internacional, estudo realizado com países da América Latina e Caribe

encontrou que no Uruguai e Peru, mais de 90% das mulheres utilizaram apenas métodos não farmacológicos de alívio da dor (não utilizaram outros métodos para acelerar o trabalho de parto) e no Peru teve a menor taxa (4%) de cesarianas. Já na República Dominicana nenhum método de alívio da dor foi oferecido às mulheres e apresentou a maior taxa de cesariana (30%). Entre os métodos não farmacológicos, a deambulação era comum, com proporção da menor para a maior de Chile (48%), Uruguai (50%), Peru (65%) e no Brasil (85%). Neste caso, a República Dominicana foi um caso que fugiu a regra, 95% das mulheres deambularam em trabalho de parto, mas talvez como um meio de mitigar a dor do parto (BINFA *et al.*, 2016).

A instituição em estudo dispõe de quartos pré-parto, parto e pós-parto individuais espaçosos equipados com material útil para a realização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor além de um banheiro privativo que possibilita às mulheres o banho de aspersão no trabalho de parto. Tal prática apresenta baixo custo e bom impacto na qualidade do cuidado, podendo substituir o uso de medicações analgésicas e anestésicas (CONITEC, 2017). Portanto a associação demonstrada entre o uso dessa prática e o parto normal nessa instituição reafirma a sua importância.

Revisão integrativa procurou fundamentar o uso de MNF para o alívio da dor do TP por meio de alternativas avaliadas de acordo com evidências na literatura disponível. Encontrou diferentes MNFs estudados e avaliados durante o TP para o alívio da dor. O uso da Eletroestimulação Transcutânea (EET), por exemplo, deu-se no início da primeira fase do TP, aumentando a tolerância à dor; a deambulação e/ou a prática de manter a parturiente em postura vertical mostrou-se uma estratégia importante para o alívio da dor, embora tenha sido descrito que maiores são os escores de dor à medida que se dá a evolução da dilatação cervical. E durante a fase ativa do TP, os usos associados da massagem lombossacral, exercício respiratório e relaxamento e/ou os usos da crioterapia, do banho de chuveiro e da imersão mostraram-se MNFs eficazes. A técnica de exercício respiratório isolada foi significativa na redução da dor, mas citada somente em um estudo durante todo o TP (MAFETONI; SHIMO, 2014).

Já uma revisão sistemática que objetivou avaliar a efetividade de métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto encontrou evidências que massagem, aromaterapia, banho de imersão, acupuntura e acupressão são eficazes métodos para aliviar a dor no trabalho de parto, pois além de diminuir a percepção dolorosa, ainda reduzem os níveis de ansiedade e de estresse. Dentre eles o que se mostrou mais eficaz foi a massagem, principalmente quando aplicada na primeira fase do

trabalho de parto. Entretanto, contrapondo com o resultado do presente estudo, as intervenções não interferem no tipo e na duração do trabalho de parto, mostrando-se seguras à prática clínica (OSÓRIO; SILVA JÚNIOR; NICOLAU, 2014).

Destacaram-se, as recomendações sobre os MNF pelo Ministério da Saúde são que devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos. Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto, e ser apoiada quanto ao uso de técnicas de massagem que tenham sido ensinadas aos seus acompanhantes, técnicas de relaxamento no trabalho de parto, acupuntura se houver profissional habilitado e disponível para tal, músicas de escolha de sua escolha, áudio-analgésia e aromaterapia. Vale ressaltar que, a estimulação elétrica transcutânea, citada em estudo acima não deve ser utilizada em mulheres em trabalho de parto estabelecido (BRASIL, 2017).

Com relação ao início do trabalho de parto, a maioria das parturientes, 1533 (83,3%) entrou em trabalho de parto de forma espontânea e 240 (13%) foram induzidas. Das gestantes que tiveram trabalho de parto induzido, 206 (85,8%) utilizaram o misoprostol e 34 (14,1%) a ocitocina (Tabela 6). Vale ressaltar, que foi verificada associação estatística relevante, entretanto ao realizar a razão de chance, o intervalo de confiança passou pelo um, não evidenciando influência significativa entre as gestantes que foram induzidas com a realização de cesariana e as que entraram em trabalho de parto de forma espontânea com a evolução para o parto normal ($p < 0,001$). Também a droga da indução (misoprostol e ocitocina) não apresentou associação significativa.

Nesse contexto, revisão sistemática com o objetivo de avaliar os efeitos da prática de indução do trabalho de parto encontrou resultado divergente do presente estudo. Ao comparar a prática de indução com a política de gestão expectante, observou que nas mulheres que foram induzidas ao trabalho de parto houve menos cesarianas em comparação com o manejo expectante e um aumento marginal correspondente nos partos vaginais operatórios com indução. Não houve evidência de diferença entre os grupos para trauma perineal, hemorragia pós-parto ou tempo de internação materna. No entanto, o parto vaginal operatório foi mais comum nas induções no subgrupo de gestação <41 semanas, em comparação com as induções em idades gestacionais posteriores (MIDDLETON; PASTOR; CROWTHER, 2018).

Com relação ao uso de misoprostol, ocitocina, membrana íntegra e amniotomia, estudo também não encontrou relação com o parto cirúrgico, corroborando com os achados do presente estudo (SARAIVA; GOLVEIA; GONCALVES, 2017).

Práticas Não Recomendadas

Tabela 7 – Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento não recomendadas no primeiro período clínico do parto com os desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Tipo de parto		P/OR/ IC	Laceração		P*
	Cesáreo n(%)	Normal n(%)		Não n(%)	Sim n(%)	
Jejum			<0,001			0,524
Não	358 (50,4)	989 (91,3)	10,37	348 (92,6)	597 (91,4)	
Sim	353 (49,6)	94 (8,7)	8,0-13,4	28 (7,4)	56 (8,6)	
Venóclise			<0,001			0,213
Não	93 (13,9)	639 (64,3)	11,16	234 (68,2)	384 (35,8)	
Sim	577 (86,1)	355 (35,7)	8,6-14,4	109 (31,8)	214 (35,8)	
Uso de ocitocina			0,001			0,975
Não	506 (85,3)	760 (78,3)	0,61	0,4-0,8	265 (78,6)	461 (79,1)
Sim	87 (14,7)	211 (21,7)		72 (21,4)	122 (20,9)	
Estágio da Octocina			<0,001			0,540
Dilatação	76 (92,7)	104 (48,1)	0,07	0,0-0,1	36(51,4)	60(46,9)
Expulsão	6 (7,3)	112 (51,9)			34(48,6)	68(53,1)
Amniotomia			<0,001			0,807
Não	513 (84,2)	746 (74,7)	0,55	0,4-0,7	261 (75,2)	451 (75,9)
Sim	96 (15,8)	252 (25,3)		86 (24,8)	143 (24,1)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson; OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança.

A OMS recomenda para mulheres de baixo risco a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto (OMS, 2018). Entretanto, a prática do jejum ainda é muito comum nas maternidades brasileiras e também fora do país devido ao medo de aspiração do conteúdo estomacal durante uma possível anestesia (MELO *et al.*, 2017; MONGUILHOTT *et al.*, 2018; BINFA *et al.*, 2016; PAZANDEH, 2015).

O risco de aspiração, entretanto, está associado à anestesia geral, que é raramente praticada, principalmente em ambientes de baixo risco. Baseado na necessidade de manter uma hidratação e um aporte calórico adequado à mulher durante o parto, assim como oferecer

conforto e bem-estar, em vários locais permite-se a ingestão de alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto (CONITEC, 2017).

No presente estudo, observou-se diferença estatística significativa entre o jejum e o tipo de parto, onde a não restrição alimentar apresentou associação e aumento das chances de 10,3 vezes para parto normal ($p < 0,001$; OR=10,37; IC=8,0-13,4).

Estudo no Caribe e América Latina ao examinar a hidratação oral e alimentação em trabalho de parto, encontrou que o Chile teve a maior proporção de mulheres em jejum (69%), enquanto na República Dominicana 13% em jejum e 36% em dieta leve (BINFA *et al.*, 2016).

Há evidências que não tem necessidade de restrição de líquidos e alimentos em trabalho de parto de mulheres com baixo risco de complicações (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

O CONITEC traz que uma dieta leve e a ingestão de soluções calóricas diminui a produção de corpos cetônicos e aumenta os níveis de glicose e insulina. Entretanto há um aumento do conteúdo estomacal e a probabilidade de náuseas. Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água. E se não estiverem sob efeito de opioides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve. Os antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de baixo risco para anestesia geral durante o trabalho de parto e sim para as que receberem opioides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral (CONITEC, 2017).

Com relação à venóclise, ou o uso de cateter venoso como intervenção durante o trabalho de parto, o estudo demonstrou que a sua realização esteve associada ao parto cesáreo ($p < 0,001$) e o seu não uso aumentou as chances de parto normal (OR=11,1; IC=8,6-14,4). Esse tipo de conduta quando realizada de rotina é considerada uma intervenção ou uma prática desnecessária, pois muitas vezes além de limitar a mobilidade da parturiente, ainda pode ser utilizada para administração de medicações que reduzam o tempo do trabalho de parto, sendo essa uma finalidade não recomendada pela OMS (OMS, 2018).

E, portanto, essa deve ser uma prática desencorajada. Entretanto, verifica-se que é muito presente nos serviços de obstetrícia com frequências elevadas, e variadas. Estudo relatou que cerca de 90% das mulheres apresentavam fluidos intravenosos durante o trabalho de parto nos países Chile, Argentina e República Dominicana, seguidos do Peru (59%), do Uruguai (18%) e do Brasil (16%) (BINFA *et al.*, 2016).

Contraditoriamente, o não uso da ocitocina no presente estudo esteve relacionado

ao parto normal (OR=0,61; IC=0,4-0,8), no qual os casos em que não houve uso da ocitocina reduziu as chances de ter parto normal em 39%. A associação também foi encontrada no momento do uso da ocitocina, seja na dilatação ou na expulsão, também entendida como condução do trabalho de parto e parto, quando o seu uso foi após o início do trabalho de parto. Nesse sentido, dos 240 partos que foram induzidos, 34 (13,9%) fizeram uso de ocitocina. Enquanto no geral, 298 (12,6%) utilizaram ocitocina, na dilatação 180(60,4%) e na expulsão 118 (39,6%). Vale ressaltar que o uso da ocitocina na dilatação esteve associado a menor chance de ter parto normal em 93% (OR=0,07, IC=0,0-0,1).

O uso de ocitocina na condução do trabalho de parto também foi avaliado em pesquisa realizada na América Latina e Caribe, que verificou um uso amplamente variável, embora tenha predominado alta proporção de mulheres cujo trabalho de parto foi acelerado, pois só participou do estudo mulheres que entraram em trabalho de parto espontâneo. Qualquer mulher cujo trabalho de parto foi acelerado por meios externos, como uso de ocitocina, amniotomia ou uso peridural, foi considerado conduzido. A República Dominicana teve o menor índice de utilização do fármaco (33%). Em contrapartida, Chile (86%), Brasil (82%), Argentina (71%), Peru (62%), Uruguai (59%) tiveram as maiores porcentagens em ordem decrescente (BINFA et al., 2016).

A partir do alto percentual de uso de ocitocina na condução do trabalho de parto no estudo supracitado, chamou-se atenção ao uso de métodos farmacológicos (uso peridural) ou não farmacológicos de alívio da dor. No Uruguai e Peru, mais de 90% das mulheres utilizaram apenas métodos não farmacológicos de alívio da dor e ainda assim apresentaram muito uso de condução, enquanto no Chile, apenas 20% das mulheres usaram métodos não farmacológicos de alívio da dor e apresentaram maior índice de condução. Já a República Dominicana fugiu a regra, no qual nenhum método de alívio da dor era oferecido a mulheres e mesmo assim apresentou menor uso de condução. (BINFA *et al.*, 2016).

Considerando a variável dos MNF, no presente estudo houve uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor esteve presente em 87% (1.550) dos casos.

Outros estudos também analisaram as práticas de assistência ao parto, encontrando taxas superiores de 41,7% e 49,66% de infusão de ocitocina (REIS CSC et al, 2016; SOUSA AMM, 2016). Taxas aumentadas como essas indicam o quanto a assistência em obstetrícia precisa se adequar às evidências científicas, visto que o uso precoce ou indiscriminado de intervenções revela a necessidade de atualização e capacitação dos profissionais com relação às práticas de atenção ao trabalho de parto e parto a fim de evitar desfechos negativos.

Portanto, com base nos resultados apresentados, o presente estudo revela um uso racional desse tipo de intervenção, que é realizada com base no protocolo institucional que recomenda o alcance da dinâmica uterina ideal para cada gestante.

Outro resultado positivo do estudo, que demonstra o uso racional desta intervenção, foi que a realização da ocitocina apresentou associação com o desfecho de parto normal, apenas o seu uso no estágio de dilatação foi associado ao parto cesáreo ($p < 0,001$).

Estudo da Pesquisa Nascir avaliou o uso de ocitocina durante o trabalho de parto e encontrou que foi mais frequente entre as usuárias do setor público e nas gestantes de menor escolaridade, coincidindo com os mesmos grupos que apresentaram menor frequência do uso de analgesia obstétrica, reforçando a prática do parto doloroso, que pode trazer como consequência o temor do parto vaginal e o aumento do prestígio da cesariana entre as mulheres brasileiras (LEAL *et al.*, 2014)

Já com relação ao uso de ocitocina e o desfecho laceração perineal, não foi encontrado associação no presente estudo, assim como em Ribeirão Preto, São Paulo, evidenciou-se que o uso de ocitocina na fase ativa do trabalho de parto não foi fator de risco para lacerações de 1º e 2º grau (OLIVEIRA LS *et al.*, 2014).

No presente estudo, a não realização de amniotomia esteve associado com menor chance de parto normal, ou seja, o risco de ter cesáreo é maior quando não realizado amniotomia (OR=0,55; IC=0,4-0,7). Esse dado pode indicar para uma prática adequada com relação ao uso dessa intervenção, demonstrando que a utilização da intervenção está sendo apenas nos casos necessários. Acrescenta-se que uso da amniotomia realizada com maior dilatação esteve associado também ao parto normal, enquanto amniotomia realizada com menor dilatação esteve mais associada ($p < 0,001$) ao parto cesáreo.

Verificou-se que a amniotomia foi realizada em 67,1% das mulheres em Belo Horizonte (SOUSA *et al.*, 2016). Em estudo conduzido em CPN em São Paulo, com 1079 nascimentos, houve taxa de 53,4% (SILVA *et al.*, 2013). Em maternidade do Rio de Janeiro, houve 27,38% deste procedimento referente aos partos realizados por enfermeiras obstetras, resultado semelhante ao achado nesta pesquisa (REIS, 2016). Em estudo com 3.034 puérperas que tiveram gestação a termo, em Ribeirão Preto, São Paulo, verificou-se um achado curioso: a ruptura de membranas que ocorreu entre 12 e 18 horas antes do parto e reduziu o risco de lacerações perineais em quase 50% (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Não ocorrendo esta associação nos dados aqui apresentados.

Com relação ao uso de misoprostol, ocitocina, membrana íntegra e amniotomia, estudo não encontrou relação com o parto cirúrgico, corroborando com os achados do

presente estudo (SARAIVA; GOLVEIA; GONCALVES, 2017).

5.5.2 Segundo Período Clínico do Parto

Práticas Recomendadas

Tabela 8 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no segundo período clínico do parto com o desfecho materno laceração perineal, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Laceração		P*/OR/IC
	Não n(%)	Sim n(%)	
Acompanhante no Parto			<0,001
Não	55 (14,4)	43 (6,5)	0,41
Sim	327(85,6)	621(93,5)	0,2-0,6
Posição no Período expulsivo			0,033
Deitada	18(5)	13(2,1)	
Semi deitada	309(85,1)	536(85,1)	
Lateral	14(3,9)	24(3,8)	
Cócoras ou 4 Apoios ou banquetas ou em pé	22(6,1)	57(9)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson; OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança.

Um achado controverso no presente estudo se refere a presença do acompanhante e sua relação com a laceração perineal, no qual a ausência do acompanhante diminuiu as chances de não apresentar laceração (OR=0,41; IC=0,2-0,6). Entretanto pode haver alguma variável que esteja sendo afetada com a presença do acompanhante, que está levando a ter mais lacerações.

Estudos apontam que a presença do acompanhante esteve estatisticamente associada à maior oferta de líquidos/alimentos (RPa=1,34), prescrição de dieta (RPa=1,34), uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor (RPa=1,37), amniotomia (RPa=1,10), analgesia peridural ou ráqui (RPa=1,84), adoção de posição não litotômica no parto (RPa = 1,77), permanência na mesma sala durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (RPa=1,62), contato pele a pele no parto (RPa=1,81) e na cesariana (RP = 2,43), bem como redução da manobra de Kristeller (RPa = 0,67), tricotomia (RPa = 0,59) e enema (RPa=0,49) (MONGUILHOTT *et al.*, 2018).

Outro estudo, apesar de apresentar convergência de resultado sobre a influência da paridade com laceração, mostrou divergência com relação à posição, no qual em uma maternidade com alta prevalência de posição vertical na segunda etapa do trabalho de parto (42%), não se observou diferenças quanto à prevalência de lesões perineais graves (um caso no grupo litotomia versus um caso na posição vertical). Mulheres nulíparas apresentaram um fator de risco para a apresentação de lesões obstétricas do esfíncter anal ou para realização de episiotomia, mas a instituição apresentando baixa incidência de episiotomia (PEPPE et al., 2018).

Práticas Não Recomendadas

Tabela 9 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento não recomendadas no segundo período clínico do parto com os desfechos maternos, tipo de parto e laceração perineal, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Tipo de parto		Laceração		P*/OR/IC
	Normal n(%)	Não n(%)	Sim n(%)		
Kristeller					0,363
Não	1011(98,8)	364(98,6)	644(99,2)		
Sim	12 (1,2)	5 (1,4)	5 (0,8)		
Episiotomia					<0,001
Não	993 (95,4)	349(91,6)	652(98,9)		8,5
Sim	48 (4,6)	32 (8,4)	7 (1,1)		3,7-19,6

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson; OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança.

Quanto à episiotomia, verifica-se uma taxa reduzida na instituição em estudo, 49(4,6%) casos. A ausência dessa intervenção aumentou em 8,5 vezes as chances de ter lacerações ($p < 0,001$, $OR = 8,5$; $IC = 3,7-19,6$). Entretanto, vale ressaltar que as mulheres que não foram submetidas à episiotomia tiveram mais lacerações vaginais espontâneas, sendo estas em sua maioria de 1º e 2º grau, caracterizando-se como traumas perineais leves, sem repercussões negativas para a mãe.

Com relação ao grau de laceração perineal, houve 672 (36,5%) casos de laceração, sendo a maioria de grau de I 354 (52,6%) e grau II 294 (43,7%). Houve 23 (3,4%) de grau III e apenas um caso de grau IV. Vale ressaltar que o estudo não considerou a episiotomia como um tipo de trauma perineal, apenas nos casos em que houve maior extensão da laceração após uma episiotomia. Portanto, a classificação do trauma perineal nos casos em que ocorreu episiotomia pode ser considerada um viés da pesquisa.

No século passado, a episiotomia foi incorporada a prática com o intuito de reduzir as lacerações perineais, o risco de uma posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto. Porém, essa prática foi incorporada à rotina da assistência obstétrica sem evidências sobre seus riscos e benefícios. Contudo, estudos controlados demonstraram que a episiotomia aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus, de infecção e hemorragia, sem diminuir as complicações a longo prazo de dor e incontinência urinária e fecal. Por essas razões, as novas diretrizes clínicas, baseadas em estudos adequadamente desenhados para essa avaliação, desestimulam o seu uso rotineiro na assistência obstétrica (OMS, 2018).

Em relação ao grau da laceração, estudos encontraram resultados semelhantes nos quais 87,25% foram de 1º grau, 12,46% de 2º grau e apenas 0,29% de 3º grau em hospital no Rio de Janeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2014). Foi verificada proporção parecida em outro estudo, onde 95,8% eram de 1º e 2º grau e 4,2% de 3º e 4º grau (REIS, 2016).

Já com relação à associação da episiotomia, a episiotomia médio-lateral apresentou efeito protetor em relação ao trauma perineal leve e severo, trazendo a episiotomia como intervenção passível de ser utilizado como manobra de proteção perineal no período expulsivo do parto (REIS, 2016). Resultado que diverge do presente estudo além de ir de encontro a OMS, que considera uma intervenção invasiva e não recomendada quando de caráter rotineiro (WHO, 2018).

Achado semelhante em estudo realizado em Zaragoza, Espanha, com 568 nulíparas, no qual o grupo sem episiotomia teve um aumento notável de lacerações de 1º grau em relação às lacerações de 2º grau (55,6% e 15,7%, respectivamente), sem ocasionar riscos ao bem-estar fetal (PÉREZ *et al.*, 2014). Estes resultados assemelham-se aos dados aqui encontrados, visto que a não realização de episiotomia aumentou a probabilidade de lacerações perineais leves, nas quais se houver necessidade de sutura pode ser realizada pelo enfermeiro obstetra, representando um desfecho perineal sem intercorrências clínicas.

Vale ressaltar que apesar de no presente estudo o uso da Manobra de Kristeller não ter apresentado associação com laceração perineal, estudo de intervenção aponta que esteve associado ao alongamento da incisão da episiotomia e a maiores lacerações cervical (ACMAZ *et al.*, 2015). Portanto, vale considerar que ao se lançar mão dessa prática está indo de encontro com a humanização da assistência a mulher, visto ser uma conduta desnecessária e arriscada, além de ser uma violação ao direito da mulher a sua integridade corporal, uma vez que, além da exposição aos riscos, causa à parturiente o desconforto da dor durante a sua realização (SOUSA *et al.*, 2016).

5.5.3 Terceiro Período Clínico do Parto

Práticas Recomendadas

Tabela 10 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no terceiro período clínico do parto com o desfecho materno tipo de parto em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	n	Tipo de Parto		P*
		Cesáreo n(%)	Normal n(%)	
Contato pele a pele imediato	1772			<0,001
Não	477	324 (46)	153 (14,4)	
Sim	1292	380 (54)	912 (85,6)	
Motivo do não contato	476			<0,001
Vitalidade	293	164(51,6)	128(81,5)	
Prematuridade	7	2(0,6)	5(3,2)	
Disp. profissional	113	104(32,7)	9(5,7)	
Complicação materna	63	48(15,1)	15(9,6)	
Tempo de contato	1011			<0,001
Até 30 min	437	260 (81,3)	177 (25,7)	
30-60 min	194	41 (12,8)	153 (22,2)	
>60 min	380	19 (5,9)	360 (52,2)	
Motivo da retirada	463			0,182
Pedido da mae	87	37 (16,4)	50 (21,1)	
Profissional	270	130 (57,5)	140 (59,1)	
Vitalidade do RN	106	59 (6,1)	47 (19,8)	
Estímulo à amamentação na 1ª hora	1676			<0,001
Não	707	442 (68)	265 (26,4)	
Sim	949	208 (32)	740 (73,6)	
Clampeamento oportuno do cordão	1720			<0,001
Até 1º minuto	305	187 (26,8)	118 (11,7)	
1 a 3 minutos	1384	511 (73,2)	871 (86,1)	
> 3 minutos	7	-	23 (2,3)	
Uso de Oxigênio	1668			0,007
Não	1526	596(39,1)	930(60,9)	
Sim	142	71(50)	71(50)	
Reanimação na sala de parto	1706			0,004
Não	1630	639(39,2)	991(60,8)	
Sim	76	42(55,3)	34(44,7)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

No presente estudo, os resultados descritivos apontam um índice elevado de

clampeamento oportuno (1 a 3 minutos) do cordão com 1384 (81,6%) casos, contato pele a pele com 1292 (72,9%) e estímulo à amamentação na primeira hora de vida de 949 (57,3%), sendo 32% nas cesáreas e 73,6% nos partos normais. Dados que demonstram uma boa prevalência da aplicação das boas práticas. Nota-se também que se pode melhorar com relação ao estímulo à amamentação na primeira hora de vida, com exceção dos casos em que a vitalidade do recém-nascido ou as condições da mãe não favoreçam esse momento, como é demonstrado na tabela 10 e discutido a seguir.

Com relação às taxas, outra instituição na mesma cidade do presente estudo, encontrou que o contato pele a pele ininterrupto da mãe e recém-nascido esteve presente em 171(57%) e amamentação na sala de parto em 196 (65,3%) casos (MELO et al., 2016). Resultado que sugere a necessidade de melhora do uso das práticas, pois se refere aos partos normais de risco habitual, diferente do presente estudo que engloba os cirúrgicos.

Estudo com objetivo de descrever os resultados obstétricos e neonatais em maternidades selecionadas de seis países da América Latina encontrou que contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido após o parto foi maior na Argentina e no Peru (97% e 95%, respectivamente), seguido pelo Brasil (91%), Chile (75%), República Dominicana (64%) e Uruguai (58%). A amamentação imediata foi alcançada em 97% dos recém-nascidos na Argentina, seguida por 88% no Peru, 79% no Brasil, 62% no Chile, 51% no Uruguai e 46% na República Dominicana (BINFA et al., 2016).

Os resultados encontrados na pesquisa anterior, referentes ao Brasil, apresentaram uma melhora com relação aos dados encontrados pela pesquisa Nascer no Brasil nos anos de 2011 e 2012, na qual foi verificado contato pele a pele com o recém-nascido em apenas 34,1% e amamentação na sala de parto em 48,6% das mulheres (BALDISSEROTTO et al., 2016).

Portanto, vale ressaltar que ao se analisar os dados referentes aos partos normais, verifica-se resultados ainda melhores que os nacionais, como contato pele a pele em 912 (85,6%) mulheres, sendo 360 (52,2%) com tempo de contato maior que 60 minutos e 153 (22,2%) entre 30 e 60 minutos. Além do estímulo à amamentação em 740 (73,6%) e clampeamento oportuno em 871 (86,1%). O que sugere uma avaliação a aplicação das boas práticas no centro cirúrgico, com intenção de verificar se o tipo de parto está influenciando pelo perfil dos casos atendidos ou se pela não aplicação por parte dos profissionais.

Verificou-se, no presente estudo, que a análise estatística do terceiro período com os desfechos perinatais demonstrou que o tipo de parto esteve associado ao contato pele a pele e ao tempo de contato, estímulo à amamentação na primeira hora e clampeamento oportuno

do cordão. Ter nascido de parto normal demonstrou experimentar mais o contato pele a pele e por mais tempo e maior estímulo à amamentação na primeira hora ($p < 0,001$). Enquanto o parto por intervenção cirúrgica demonstrou ter menor contato pele a pele e em menor tempo, abaixo de 30 minutos, por motivo da vitalidade do bebê 164(51,6%) e disponibilidade profissional 104(32,7%) ($p < 0,001$).

Estudo que buscou identificar fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em amostra representativa da cidade do Rio de Janeiro encontrou que a taxa foi menos prevalente entre as mães que não tiveram contato com os recém-nascidos na sala de parto (RP = 0,62; IC99 por cento 0,29;0,95), as que tiveram parto cesariano (RP = 0,48; IC99 por cento 0,24;0,72) e entre os recém-nascidos com intercorrências imediatas após o parto (RP = 0,47; IC99 por cento 0,15;0,80) (BOCCOLINI *et al.*, 2011).

Dessa forma, percebe-se a importância de se estimular o contato pele a pele, prática recomendada pela OMS a todos os recém-nascidos que estejam bem e possam experimentar, tendo em vista que o aleitamento materno pode ser prejudicado devido ao não uso da prática.

A variável clampeamento oportuno do cordão também apresentou diferença estatística significativa, onde o clampeamento no parto cesáreo aconteceu mais rápido que no parto normal. O clampeamento oportuno do cordão umbilical (acima de um minuto) é uma prática recomendada pela OMS com vistas a melhorar a saúde materna e infantil, além dos resultados nutricionais. Somado a isso, os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para evitar hipotermia e promover a amamentação. E todos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (PLL), que sejam capazes de amamentar, devem ser colocados no peito logo que possível após o nascimento, quando estão clinicamente estáveis, e a mãe e o bebê estiverem prontos (WHO, 2018).

Estudo com o objetivo de verificar o conhecimento e prática sobre a amamentação na primeira hora de vida entre membros da equipe multiprofissional de um hospital do município de Maringá, Paraná, encontrou deficiência no conhecimento dos profissionais sobre a amamentação na primeira hora de vida e que o tipo de parto foi destacado pelos profissionais de saúde como barreira para a amamentação na primeira hora, especialmente o parto cesáreo (BENATTI ANTUNES *et al.*, 2017). Pesquisa afirma que um dos principais entraves para o cumprimento do quarto passo (colocação do recém-nascido em contato pele a pele com a mãe na primeira meia hora de vida da criança, sendo mantido por pelo menos 30 minutos ou até que o bebê realizasse a primeira mamada) está diretamente relacionado com o

modelo de atenção ao parto (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2017).

Um inquérito, realizado no Brasil em 2014, apontou que as taxas de cesarianas são de 52% no setor público e 88% no setor privado; e que os partos vaginais que acontecem estão permeados por intervenções desnecessárias. Além disso, este inquérito afirma que o parto cirúrgico contribui para a separação da mãe do bebê, em contraste com os partos vaginais em que houve a permanência maior entre eles. Portanto, o tipo de parto contribui significativamente para que o quarto passo aconteça (LEAL *et al.*, 2014).

Outros entraves percebidos em estudo foram os déficits ainda existentes no conhecimento acerca da amamentação na primeira hora de vida entre os profissionais que prestam assistência à parturiente e ao recém-nascido, a divergência de opinião e condutas profissionais, a alta demanda de partos e o número insuficiente de funcionários, bem como a prevalência do parto cesariano, somada a uma rotina assistencial fragmentada e pautada no cumprimento de tarefas. Tais entraves foram considerados desafios para a efetiva implantação do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BENATTI ANTUNES *et al.*, 2017).

Frente a tantas dificuldades, os profissionais sugeriram uma atenção pré-natal mais eficiente, capaz de sensibilizar e preparar a mulher para a amamentação, bem como a reorganização das rotinas hospitalares com vistas à prática da amamentação na primeira hora de vida (BENATTI ANTUNES *et al.*, 2017).

Pesquisas apontam que a assistência ao parto prestada por profissionais enfermeiros está associada a maior uso de boas práticas e redução das intervenções desnecessárias. Estudo que buscou analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino da capital do estado de Mato Grosso após a inserção de enfermeiras obstétricas, avaliou 701 partos normais ocorridos entre os anos de 2014 e 2016. E verificou que o parto verticalizado 470 (70,4%), clampeamento oportuno do cordão umbilical 474 (76%), contato pele a pele 495 (73,1%), aleitamento na 1ª hora de vida 537 (80%) foram práticas que tiveram melhoras nos seus índices (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Outro estudo, sendo documental, objetivou identificar e avaliar a assistência de Enfermeiras Obstétricas em uma Maternidade Municipal do Rio de Janeiro quanto as Boas Práticas no momento do parto. Quanto à prática do contato pele a pele e clampeamento oportuno do cordão umbilical, 97% foram colocados diretamente em contato com a pele materna logo após o nascimento e, 21% não, em decorrência ao nascimento ter tido necessidade de algum tipo de cuidado mais específico. Quanto ao clampeamento do cordão

foi constatado que em 88% dos recém-nascidos ocorreram dentro do período de um a três minutos após o nascimento ou a cessação da pulsação do cordão umbilical, 11% foram realizados o clampeamento precoce. O aleitamento materno na primeira hora de vida foi realizado em 82% nos recém-nascidos, 10% não tiveram tal prática na primeira hora e 8% não havia dados informados nos documentos (RAMOS *et al.*, 2018).

Dessa forma, o estudo citado anteriormente constatou que as enfermeiras obstétricas ofereceram assistência à 367 parturientes utilizando as boas práticas de forma segura e humanizada. Demonstrou ainda que o uso das boas práticas tem grande influência na recuperação da fisiologia materna, na adaptação do recém-nascido e redução da anemia na primeira infância (ANTUNES RAMOS *et al.*, 2018).

5.6 Análise da procedência das gestantes com desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido

Tabela 11 – Distribuição da análise estatística da procedência relacionada com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019.

	Apgar		P*	AC/PPP n(%)	Admissão	
	<7 n(%)	=>7 n(%)			UN n(%)	P*/OR/IC
Procedência			0,282			0,017
Residência	12(75)	1383(84,7)		844(84,5)	46(73)	2,01
Referenciada ou Encaminhada de outro serviço de saúde	4(25)	249(15,3)		155(15,5)	17(27)	1,1-3,6
Quantos serviços procurou antes			0,328			0,003
Nenhum	10(66,7)	1247(77,3)		772(78,1)	39(61,9)	2,18
Um ou mais	5(33,3)	366(22,7)		217(21,9)	24(38,1)	1,2-3,7
Meio de transporte			0,785			<0,001
Meios próprios	14(93,3)	1457(91,3)		902(92,2)	47(74,6)	4,04
Ambulância	1(6,7)	138(8,7)		76(7,8)	16(25,4)	2,1-7,4

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança, AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

Os resultados do estudo mostram que a procedência e o percurso da mulher até o local do parto podem influenciar no desfecho da admissão hospitalar do recém-nascido, onde

ter procedência da sua residência (OR=2,01, IC=1,1-3,6), ir através de meios próprios ou seja, não indo em ambulância (OR=2,18; IC=1,2-3,7) e não procurar nenhum outro serviço antes da maternidade (OR=2,18; IC=1,2-3,7) apresentou mais de duas vezes chances de ser admitido no alojamento conjunto.

Já o oposto, em que ter sido referenciado ou encaminhado de outro serviço de saúde, ter procurado mais de um serviço (peregrinação) e ter ido de ambulância para a instituição apresentaram diferença estatística significativa com ser internado em unidade neonatal, ou seja, não ter ido ao alojamento conjunto com a mãe. Esses fatores implicam em demora no atendimento, o que acarreta a internação em unidade neonatal, ou seja, desfechos negativos.

Estudos de caso-controle em 36 municípios nas regiões Norte, Nordeste e Vale do Jequitinhonha do Brasil incluíu todos os óbitos de nascidos vivos nessas cidades, demonstrando que a peregrinação para o parto (OR = 1,46) e tempo de espera para o atendimento ao parto (OR = 1,97) são fatores de risco para o óbito neonatal. Bebês de mães que esperaram mais de quatro horas para o atendimento antes do parto apresentaram mais do que o dobro de risco de óbito quando comparados com os de mães que aguardaram menos de meia hora (BATISTA; CARVALHO; VASCONCELOS; 2018).

Resultados que apontam um aspecto grave e que precisa de maior atenção para a melhora dos índices de mortalidade infantil no Estado do Ceará, tendo em vista a grande quantidade de mulheres que peregrinam por atenção ao parto e demoram para conseguir atendimento, principalmente de maior especificidade, podendo acarretar internações e até óbitos neonatais.

Estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal, secundário a pesquisa Nascer no Brasil, analisou os potenciais fatores de risco para o óbito neonatal. Entre os fatores relacionados as maiores taxa de mortalidade neonatal estão a peregrinação para o parto, residir na Região Norte do Brasil, a inadequação da atenção pré-natal de referência para gestação de alto risco e com UTI neonatal no serviço público (LANSKY *et al.*, 2014).

Estudo nacional de caso-controle com objetivo de identificar os determinantes sociais e demográficos, além dos determinantes da saúde reprodutiva e uso de serviços de saúde, associados à mortalidade infantil em municípios de pequeno e médio porte das regiões Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil observou interações significativas para explicar a ocorrência de mortalidade infantil entre a gestação de alto risco e a peregrinação ao parto. Concluiu que o número excessivo de partos domiciliares e a peregrinação pelo parto indicam falhas na linha de assistência à maternidade e falta de colaboração entre os níveis de

atendimento ambulatorial e hospitalar. O estudo reforça a necessidade de uma gestão integrada das redes de atenção à saúde, alavancando as capacidades das cidades em atender as necessidades de gravidez, trabalho de parto e parto com qualidade (LEAL *et al.*, 2017).

Portanto, verifica-se a importância de estudos no Estado do Ceará que avaliem os motivos dessa peregrinação e que possam sugerir aos gestores medidas resolutivas para esse problema, considerando as especificidades do Estado, tendo em vista as graves consequências que podem acontecer com o binômio e família.

5.7 Análise do histórico obstétrico das gestantes com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido

Tabela 12 - Distribuição da análise do histórico obstétrico relacionado com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Apgar		P	Admissão		P*/OR/IC
	<7 n(%)	=>7 n(%)		AC/PPP n(%)	UN n(%)	
Número de gestações			0,638			0,117
1	8(53,3)	778(47,2)		460(45,5)	33(55,9)	
2 ou mais	7(46,7)	869(52,8)		552(54,5)	26(44,1)	
Número de partos			0,287			0,044
Nenhum	10(66,7)	870(52,9)		515(50,9)	38(64,4)	0,57
1 ou mais	5(33,3)	775(47,1)		496(49,1)	21(35,6)	0,3-0,9
Cesáreas prévias			0,322			0,414
Nenhuma	15(93,7)	1287(84,8)		786(84,2)	52(88,1)	
1 ou mais	1(6,3)	230(15,2)		148(15,8)	7(11,9)	
Aborto			0,338			0,366
Nenhum	10(71,4)	1225(81,4)		777(82,2)	37(77,1)	
1 ou mais	4(28,6)	279(18,6)		168(17,8)	11(22,9)	
Pré-natal na instituição			0,292			0,698
Não	10(71,4)	1219(82,3)		752(82,2)	48(84,2)	
Sim	4(28,6)	263(17,7)		163(17,8)	9(15,8)	
Intervalo do último parto			0,733			0,068
< 2 anos	1(20)	91(14,6)		55(13,6)	5(29,4)	
= ou > 2 anos	4(80)	533(85,4)		349(86,4)	12(70,6)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança, AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

Com relação aos dados obstétricos da mãe, no presente estudo, ser nulípara esteve relacionado com redução de chances de ir ao alojamento conjunto (OR=0,57, IC=0,3-0,9).

Estudos apontam que as nulíparas apresentam maiores chances de sofrerem mais intervenções durante o trabalho de parto e parto além de estarem mais associadas à ocorrência

de intervenções cirúrgicas e cesáreas (SCHNECK *et al.*, 2012). No presente estudo, ser nulípara também esteve associado a ter parto cirúrgico. Dessa forma, a variável paridade pode está acarretando influenciando outra variável capaz de confundir ou interferir da ocorrência de internação do recém-nascido em unidade neonatal.

Apesar de no presente estudo as variáveis gestação de risco e história de perda fetal anterior não ter tido relação com o apgar no quinto minuto nem no local de admissão do recém nascido, outro estudo demonstrou que são fatores de risco para o óbito neonatal (BATISTA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2018).

5.8 Análise do exame obstétrico na admissão com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido

Tabela 13 - Distribuição da análise estatística do exame obstétrico da admissão com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019.

	Apgar		P/OR/IC	Admissão		P*/OR/IC
	<7 n(%)	=>7 n(%)		AC/PPP n(%)	UN n(%)	
Contração na admissão			0,952			0,575
Não	1(6,7)	118(7,1)		74(7,2)	3(5,3)	
Sim	14(93,3)	1552(92,9)		950(92,8)	54(94,7)	
Dilatação na admissão			0,014			0,020
			3,94			0,51
< 5 cm	9(1,6)	547(98,4)	1,2-12,8	327(92,6)	26(7,4)	0,2-0,9
> 5 cm	4(0,4)	958(99,6)		588(96,1)	24(3,9)	
Membranas íntegras			0,225			0,070
Não	7(46,7)	533(32)		323(31,7)	25(43,1)	
Sim	8(53,3)	1134(68)		697(68,3)	33(56,9)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança, AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

Quanto ao exame obstétrico realizado na admissão, a dilatação no momento da admissão apresentou associação com apgar no quinto minuto ($p=0,014$) e com local de internação do recém-nascido ($p=0,02$), onde mulheres que foram admitidas com menores dilatações aumentaram 3,9 vezes as chances de apgar abaixo de sete no quinto minuto (OR=3,94; IC=1,2-1,8) e reduziu as chances de ir ao alojamento conjunto no pós-parto (OR0,51, IC=0,2-0,9).

Verificou-se no presente estudo que a variável dilatação na admissão também apresentou associação com o desfecho do tipo de parto, no qual as mulheres que chegavam

com dilatação inferior a cinco tinha maior propensão a ter parto cesáreo, como foi abordado em sessão anterior, que por sua vez, ter parto cesáreo também apresentou associação com o desfecho neonatal local de internação do recém-nascido na própria instituição. Dessa forma, entende-se que a dilatação na admissão é uma variável que pode apresentar uma relação indireta com desfechos neonatais.

5.9 Análise da gestação atual com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido

Tabela 14 – Distribuição da análise estatística das patologias da gestação com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Apgar		P*	Admissão		P*
	<7 n(%)	=>7 n(%)		AC/PPP n(%)	UN n(%)	
Gestação de Risco			0,144			0,144
Não	7(43,8)	974(61,6)		594(61,4)	30(51,7)	
Sim	9(56,3)	607(38,4)		374(38,6)	28(48,3)	
Pré-eclâmpsia			0,306			0,340
Não	13(81,3)	1460(89,2)		890(89)	51(85)	
Sim	3(18,8)	176(10,8)		110(11)	9(15)	
Hipertensão			0,423			0,254
Não	14(87,5)	1494(92,7)		913(92,4)	53(88,3)	
Sim	2(12,5)	117(7,3)		75(7,6)	7(11,7)	
Portador de HIV			0,677			0,619
Não	16(100)	-		959(99)	57(98,3)	
Sim	1570(98,9)	17(1,1)		10(1)	1(1,7)	
Sífilis na gestação			0,413			0,325
1 Não	15(100)	1520(95,7)		926(95,7)	58(98,3)	
2 Sim	-	68(4,3)		42(4,3)	1(1,7)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson. AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

O presente estudo não demonstrou relação significativa entre gestação de risco, pré-eclâmpsia, HAC, portador de HIV e sífilis na gestação com os desfechos neonatais de apgar no quinto minuto e admissão hospitalar.

Estudo que avaliou os fatores de risco para mortalidade neonatal encontrou que o risco de morte em recém-nascidos foi maior quando a mãe tinha história de perda fetal anterior (OR = 1,74) e gestação de risco (OR = 4,03) (BATISTA; CARVALHO; VASCONCELOS, 2018). Resultados da pesquisa Nascer no Brasil também analisou fatores de risco para o óbito neonatal, encontrando resultados semelhantes, apontando relação com gestação atual ou prévia de risco (natimorto, prematuro e baixo peso prévios) (LANSKY *et al.*, 2014).

5.10 Análise das práticas de atenção ao parto com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão do recém-nascido

5.10.1 Primeiro período clínico do parto

Práticas Recomendadas

Tabela 15 – Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no primeiro período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Apgar		P*/OR/IC	AC/PPP n(%)	Admissão		P*/OR/IC
	<7 n(%)	=>7 n(%)			UN n(%)		
Partograma							
Não	7(50)	382(23,6)	0,021	215(21,7)	21(38,9)	0,003	
Sim	7(50)	1237(76,4)	0,30	775(78,3%)	33(61,1)	0,43	
			0,1-0,8			0,2-0,7	
BCF na admissão			0,766			0,216	
Não	-	10(0,6)		5(0,5)	1(1,7)		
Sim	15(100)	1699(99,4)		1040(99,5)	58(98,3)		
						0,157	
Acompanhante no TP			0,109				
Não	3(20)	137(8,4)		69(7)	7(11,7)		
Sim	12(80)	1495(91,6)		923(93)	52(88,1)		
Método não farmacológico de alívio da dor			0,612			0,792	
Não	3(20)	199(11,9)		119(11,6)	7(12,3)		
Sim	12(80)	1459(87,5)		897(87,6)	50(87,7)		
Início do trabalho de parto			0,387			0,197	
Espontâneo	11(78,6)	1437(86,4)		861(85,5)	54(91,5)		
Induzido	3(21,4)	224(13,5)		146(14,5)	5(8,5)		
Indução			0,473			0,353	
Misoprostol	3(100)	186(85,3)		121(85,2)	5(100)		
Ocitocina	-	32(14,7)		21(14,8)	-		
Analgesia Farmacológica			0,341			0,183	
Não	15(93,8)	1681(97,5)		1027(97,3)	65(100)		
Sim	1(6,3)	43(2,5)		28(2,7)	-		

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança, AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

No presente estudo, com relação às práticas recomendadas no primeiro período clínico do parto, a utilização do partograma apresentou diferença estatística com o apgar no quinto minuto ($p=0,021$) e admissão do recém-nascido ($p=0,003$). Não ter o partograma reduziu as chances de ter um apgar no quinto minuto acima de sete ($OR=0,3$; $IC=0,1-0,8$) e de ir para o alojamento conjunto ($OR=0,43$; $IC=0,2-0,7$).

Embora as evidências disponíveis não deixem claro se existe alguma diferença entre o uso de partograma nas taxas de cesariana, aumento de ocitocina, duração do primeiro estágio do trabalho de parto ou Apgar com pontuação menor que sete no quinto minuto, a maioria dos estudos avaliados em revisão sistemática relatou escores de Apgar menores que sete no quinto minuto quando utilizado o partograma (LAVENDER; CUTHBERT; SMYTH, 2018).

Estudo de coorte decorrente da pesquisa Nascer no Brasil analisou os potenciais fatores de risco para o óbito neonatal e evidenciou que a não utilização de boas práticas durante o trabalho e no parto, a não utilização de partograma durante o trabalho de parto e não ter acompanhante em algum ou nenhum momento durante a internação para o parto são fatores de risco para óbito neonatal. Ressaltou ainda a pouca utilização do partograma para acompanhamento do trabalho de parto, seja entre os recém-nascidos que sobreviveram (35,7%) ou entre os que morreram (36,5%) (LANSKY *et al.*, 2014).

O presente estudo e a pesquisa supracitada apontam que, mesmo que não se tenha estudos com forte evidência sobre a indicação do partograma para acompanhamento do trabalho de parto, há resultados que demonstram a sua importância também para os desfechos neonatais favoráveis.

Vale ressaltar que apesar do presente estudo não ter demonstrado associação do uso de indução com os desfechos neonatais, revisão sistemática com o objetivo de avaliar os efeitos de uma prática de indução do trabalho de parto encontrou que, quando comparada à conduta de gestão expectante (esperar o parto espontâneo ou aparecer uma indicação de indução), a política de indução de parto foi associada com menos mortes perinatais, menor taxas de internação em unidade de terapia intensiva neonatal e menos bebês com escores de Apgar menores que sete no quinto minuto nos grupos de indução em comparação com o manejo expectante e ainda não houve evidência de uma diferença para o trauma perinatal (MIDDLETON; PASTOR; CROWTHER, 2018).

Práticas Não Recomendadas

Tabela 16 – Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento não recomendadas no primeiro período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	<7 n(%)	Apgar =>7 n(%)	P	AC/PPP n(%)	Admissão UN n(%)	P*/OR/IC
Jejum			0,891			0,026
Não	10(76,9)	1270(75,3)		793(76,6)	37(63,8)	0,53
Sim	3(23,1)	417(24,7)		242(23,4)	21(36,2)	0,3-0,9
Venóclise			0,845			0,060
Não	7(46,7)	691(44,2)		432(45,4)	19(32,8)	
Sim	8(53,3)	874(55,8)		519(54,6)	39(67,2)	
Uso de ocitocina			0,747			0,858
Não	11(84,6)	1189(81,1)		756(82,3)	39(81,2)	
Sim	2(15,4)	277(18,9)		163(17,7)	9(18,8)	
Estágio da Octocina			0,245			0,537
Dilatação	2(100)	165(59,6)		97(59,9)	5(50)	
Expulsão	-	112(40,4)		65(40,1)	5(50)	
Amniotomia			0,665			0,153
Não	10(83,3)	1187(78,1)		727(78,1)	40(87)	
Sim	2(16,7)	332(21,9)		204(21,9)	6(13)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança, AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

Observou-se que as intervenções relacionadas à alimentação no trabalho de parto apresentou diferença estatística significativa com o desfecho neonatal admissão do recém-nascido ($p=0,026$). Não fazer restrição alimentar esteve associado à redução de chances de ser internado em unidade neonatal ($OR=0,53$; $IC=0,3-0,9$).

Não foi encontrada na literatura alguma referência que tenha analisado o efeito do jejum no trabalho de parto com o desfecho local de internação do recém-nascido. Entretanto, o CONITEC trouxe evidências de estudos e concluiu que o receio de se liberar a dieta é o risco de vômitos, entretanto pode ser minimizado com uso de medicações, que ainda assim não alteram os resultados neonatais, o que diverge com o achado no presente estudo (BRASIL, 2017).

5.10.2 Segundo Período Clínico do Parto

Práticas Recomendadas

Tabela 17 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no segundo período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Apgar		P*	AC/PPP n(%)	Admissão UN n(%)	P/OR/IC
	<7 n(%)	=>7 n(%)				
Acompanhante no Parto			0,758			0,004
Não	7(43,8)	821(47,6)		470(44,5)	41(63,1)	
Sim	9 (56,2)	903(52,4)		585(55,5)	24(36,9)	
Posição no Período expulsivo			0,522			0,315
Deitada	1(11,1)	30(3,1)		16(2,6)	2(9,5)	
Semi deitada	7(77,8)	807(84,6)		512(83,9)	16(76,2)	
Lateral	-	38(4)		27(4,5)	1(4,8)	
Cócoras ou 4 Apoios ou banquetas ou em pé	1(11,1)	79(8,3)		55(9)	2(9,5)	
Atendeu ao parto			0,885			0,712
Enfermeiro	3(30)	360(36,3)		225(35,8)	7(29,2)	
Médico	7(70)	625(63,1)		403(64,2)	17(70,8)	
Tipo de parto			0,820			<0,001
Cesárea	10(62,5)	1028(59,7)		396(37,5)	38(59,4)	2,4
Normal	6(37,5)	694(40,3)		659(62,5)	26(40,6)	1,4-4,0

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança, AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

Verificou-se no presente estudo que o tipo de parto influenciou na admissão do recém-nascido, no qual os que nasceram de cesárea apresentaram maior associação com internação em unidade neonatal. Onde ter parto normal aumentou 2,4 vezes as chances de ir para o alojamento conjunto em 2,4 vezes (OR=2,4; IC=1,4-0,4).

Estudo buscou avaliar o custo e benefício com relação ao tipo de parto e encontrou que para as gestantes primíparas, o parto vaginal espontâneo obteve maior

efetividade para os desfechos morbidade materna evitada, internação em UTI neonatal evitada e óbito neonatal evitado, sendo considerado eficiente (ENTRINGER *et al.*, 2018). Já outro estudo, que buscou avaliar os fatores relacionados a mortalidade neonatal encontrou que o parto cirúrgico representa um fator protetor de mortalidade neonatal (MATA *et al.*, 2014).

Já ao pesquisar as repercussões da forma de nascimento para o recém-nascido (RN). Uma coorte avaliando escore de Apgar nos RN de cesariana (com anestesia regional) e parto vaginal demonstrou que o risco do RN apresentar índice de Apgar menor que 4 no 1º minuto foi maior naqueles nascidos de cesariana (RR 3,04 95% IC 1,80- 5,13) (ANNIBALE *et al.*, 1995).

No presente estudo, o tipo de parto não influenciou no desfecho do apgar no quinto minuto (Tabela 17), corroborando com o achado de um estudo retrospectivo realizado em Cingapura. Esse estudo avaliou os resultados maternos e neonatais após cesareanas, no qual, embora o índice de Apgar dos recém-nascidos tenha sido baixo ao nascimento em 8,2% dos pacientes, o índice de Apgar foi > 4 aos 5 minutos para todos os recém-nascidos (RADHA *et al.*, 2012).

Estudo com objetivo de associar o escore de Apgar do primeiro e do quinto minuto de vida com recém-nascidos de parto normal e de cesárea com 150 recém-nascidos a termo, sendo 75 nascidos de parto normal e 75 de cesárea, encontrou diferença significativa (P=0,046) nos escores de Apgar de 4 a 6 no primeiro minuto de vida, demonstrando uma tendência de diminuição na vitalidade nos bebês imediatamente após o nascimento quando nascidos por cesárea (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007).

A realização de operações cesarianas desnecessárias em mulheres com real idade gestacional ao redor da 37ª semana, o procedimento passa a ser um importante contribuinte da ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal (SOUZA *et al.*, 2010). Estudo retrospectivo que avaliou 119 prontuários de uma Unidade de Terapia Intensiva, encontrou que 80,7% nasceram por intervenção cirúrgica. (COSTA *et al.*, 2017).

Uma particularidade é o caso das síndromes hipertensivas, estudo transversal que analisou os resultados perinatais de 920 prontuários de gestantes de risco em um ambulatório, encontrou que no tocante aos desfechos perinatais de mulheres com hipertensão arterial preexistente e pré-eclâmpsia, o parto normal representou fator de proteção, ou seja, as gestantes com parto normal obtiveram resultados perinatais melhores enquanto que o parto cesáreo foi considerado fator de risco desfavorável (BENATTI ANTUNES *et al.*, 2017).

Com relação a variável acompanhante no parto, essa variável apresenta um viés visto que todos os casos reportados se tratam de parto normal, ainda assim apresentou uma associação com a admissão do recém-nascido. Estudo de coorte sobre a mortalidade neonatal resultado da pesquisa Nascer no Brasil analisou os potenciais fatores de risco para o óbito neonatal. Entre os fatores relacionados às maiores taxa de mortalidade neonatal estão a não utilização de boas práticas durante o trabalho de parto e parto e não ter acompanhante em algum ou nenhum momento durante a internação para o parto (LANSKY *et al.*, 2014).

Práticas Não Recomendadas

Tabela 18 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento não recomendadas no segundo período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Apgar 5 minuto		P*/OR/IC	Admissão		P*
	<7 n(%)	=>7 n(%)		AC/PPP n(%)	UN n(%)	
Kristeller			0,004			0,149
Não	8(88,9)	965(99)	0,08	619(99)	24(96)	
Sim	1(11,1)	10(1)	0,0-0,7	6(1)	1(4)	
Episiotomia			0,440			0,401
Não	9(90)	942(95,2)		608(95,7)	24(92,3)	
Sim	1(10)	47(4,8)		27(4,3)	2(7,7)	

Fonte: dados da pesquisa.

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança, AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

Com relação às práticas não recomendadas no segundo período, verificou-se associação entre o uso da manobra de Kristeller e o apgar no quinto minuto ($p=0,004$), na qual não realizar a intervenção kristeller reduziu as chances de ter apgar abaixo de 7 no quinto minuto (OR=0,83; IC=0,0-0,7). Apesar de estudos relatarem que seu uso não representa benefícios para o desfecho materno e nem alteração nos desfechos neonatais, o presente estudo demonstra que há relação com a vitalidade neonatal, podendo influenciar o apgar no quinto minuto e, portanto sugere o reforço e consenso da recomendação para evitá-la, podendo acarretar danos ao recém-nascido.

Entretanto, apesar de amplamente difundida como prática não recomendada e sem evidências sobre seus benefícios ainda é observada na prática clínica. Ao pesquisar sobre os fatores relacionados aos óbitos neonatais, a partir da Pesquisa Nascer, verificou-se que entre as práticas não recomendadas, a manobra de Kristeller foi utilizada em 36,5% do total dos partos vaginais e em 21,5% dos óbitos neonatais (LANSKY *et al.*, 2014). Assim como outros

estudos, em Sergipe foi observado uma taxa de 31,7% de uso da manobra de Kristeller (PRADO *et al.*, 2017) e em Belo Horizonte em 9,3% das mulheres, que ainda fez uma alerta pela invisibilidade da intervenção na prática por não constar nos prontuários e registros (SOUSA *et al.*, 2016).

Entretanto estudos não têm encontrado relação e consequências negativas aos desfechos neonatais. Estudo avaliou o uso da manobra de Kristeller através de um estudo de intervenção e encontrou que a Manobra de Kristeller não apresentou diferença entre os grupos de intervenção e controle com relação a escores de Apgar, internação na UTIN, bebês que necessitavam de ajuda pediátrica ou bebês saudáveis. Entretanto esteve relacionada ao alongamento da incisão da episiotomia e a maiores lacerações cervical (ACMAZ *et al.*, 2015).

Revisão sistemática avaliou dois ensaios clínicos sobre o uso da pressão no fundo do útero no segundo período clínico do parto e não encontrou relação com a redução do apgar, porém relata que não são ensaios de alta evidência. E recomenda pesquisas futuras que possam descrever em detalhes como a pressão do fundo foi aplicada e considerar a segurança do feto, os resultados perineais, os desfechos materno-infantis de longo prazo, bem com a satisfação materna (HOFMEYR *et al.*, 2017).

Portanto, como não existem provas do benefício da manobra de Kristeller realizada no segundo período do parto e, além disso, existem algumas evidências, ainda que escassas, de que tal manobra constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal, o Ministério da Saúde, recomenda que deva ser evitada e considera que sua realização durante a segunda etapa do parto deve ser limitada a protocolos de investigação desenhados para avaliar sua eficácia e segurança para a mãe e o feto (BRASIL, 2017).

5.10.3 Terceiro Período Clínico

Práticas Recomendadas

Tabela 19 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no terceiro período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Apgar		P/OR/IC	AC/PPP n(%)	Admissão	
	<7 n(%)	=>7 n(%)			UN n(%)	P/OR/IC
Contato pele a pele imediato			<0,001			<0,001 0,05

Não	14(93,3)	435(25,8)	193(18,6)	51(81)	0,0-0,1
Sim	1(6,7)	1248(74,2)	842(81,4)	12(19)	
Motivo do não contato			0,116		<0,001
Vitalidade	12(92,3)	261(60)	94(46,8)	44(86,3)	
Prematuridade	-	4(0,9)	1(0,5)	3(5,9)	

Continua...

Tabela 19 - Distribuição da análise estatística das práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas no terceiro período clínico do parto com os desfechos neonatais, apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido, em 2017. Fortaleza, Ceará, 2019

	Apgar		P/OR/IC	AC/PPP n(%)	Admissão	
	<7 n(%)	=>7 n(%)			UN n(%)	P/OR/IC
Disp. profissional	-	110(25,3)		76(37,8)	1(2)	
Complicação materna	1(7,7)	60(13,8)		30(14,9)	3(5,9)	
Tempo de contato						0,006
Até 30 min		423(43,4)		302(42,6)	11(84,6)	
30-60 min		185(19)		148(20,8)	2(15,4)	
>60 min		366(37,6)		260(36,6)	-	
Motivo da retirada						0,002
Pedido da mae		85(19,1)		59(18,2)	-	
Profissional		258(57,8)		210(64,6)	4(40)	
Vitalidade do rn		103(23,1)		56(17,2)	6(60)	
Estímulo a amamentação na 1ª hora			<0,001			
Não	11(100)	661(41,9)	0,98			
Sim	-	915(58,1)	0,9-0,9			
Clampeamento oportuno do cordão						
Até 1º minuto	14(93,3)	278(17)	<0,001	141(14,1)	40(63,5)	<0,001
1 a 3 minutos	1(6,7)	1333(81,7)	68,1	846(84,5)	22(34,9)	10,60
> 3 minutos	-	21(1,3)	8,9-520,6	14(1,4)	1(1,6)	6,1-18,2
Reanimação na sala de parto						
Não	4(36,4)	1560(95,9)	<0,001	1001(96,2)	39(3,8)	<0,001
Sim	7(63,6)	66(4,1)		15(41,7)	21(58,3)	0,28
Uso de Oxigênio			<0,001			<0,001
Não	1(9,1)	1469(92,2)		980(97,8)	22(2,2)	0,01
Sim	10(90,9)	125(7,8)		18(34,6)	34(65,4)	0,0-0,0

Fonte: dados da pesquisa.

Conclusão

*Teste Qui-quadrado de Pearson. OR=Razão de chances; IC=Intervalo de confiança, AC: Alojamento Conjunto; PPP: Quarto pré-parto, parto e pós-parto imediato; UN: Internação em Unidade neonatal.

As variáveis contato pele a pele imediato, estímulo à amamentação na primeira hora, clampeamento oportuno do cordão, necessidade de oxigênio e reanimação na sala de parto foram variáveis que apresentaram associação com os desfechos neonatais apgar no quinto minuto e admissão hospitalar do recém-nascido. No caso do clampeamento oportuno do cordão em até um minuto aumentou em 10,6 vezes as chances de internação na unidade neonatal (OR=10,6; IC=6,1-18,2). O uso do oxigênio e a necessidade de reanimação aumentaram em 2,8 e 2,3 vezes mais a chance de internar em unidade neonatal. Cabe ressaltar que o presente resultado já era esperado visto o protocolo da instituição quanto ao manejo do recém-nascido com apgar baixo.

Vale ressaltar que o motivo do não contato pele a pele que prevaleceu entre os recém-nascidos que foram para a unidade foi a vitalidade (86,3%), entretanto dos que foram para o alojamento conjunto, essa taxa (46,8% referente a vitalidade) é balanceada com a influência da falta de disponibilidade do profissional (37,8%). E dos que permaneceram em contato pele a pele, a maioria foi menor que 30 minutos (42,6%), sendo a maior retirada por motivo de pedido profissional (64,6%).

Com relação ao estímulo a amamentação, dos casos com apgar igual ou acima de sete 58,1% receberam o estímulo na primeira hora. E sobre o clampeamento oportuno do cordão, a grande maioria (81,7%) aconteceu entre 1 a 3 minutos.

A instituição em estudo trata-se de um hospital referência em boas práticas de atenção ao parto e nascimento. E, portanto, possui protocolos e incentivos aos profissionais para aplicação das melhores evidências na assistência. Entretanto, sabe-se que é algo desafiante, visto que envolve outras variáveis difíceis de controlar, como o comportamento e adesão profissional às boas práticas.

Estudo com objetivo de comparar a prevalência de cesarianas e de desfechos neonatais de mulheres cujo parto ocorreu no hospital atípico com aqueles de mulheres cujo parto ocorreu em hospitais privados, os quais adotam o modelo de atenção perinatal padrão descrito (hospitais típicos), encontrou que as boas práticas relacionadas ao cuidado neonatal, como contato precoce pele a pele, aleitamento materno na primeira hora após o parto, alojamento conjunto e alta em aleitamento materno exclusivo foram mais frequentes entre bebês nascidos no hospital atípico, o qual se assemelha mais ao perfil do hospital em estudo (TORRES *et al.*, 2014).

Conclui-se, portanto que o uso das práticas recomendadas pode influenciar a

ocorrência de desfechos positivos e que a frequência deles pode ser prejudicada pelo uso de práticas inadequadas, levando a ocorrência de desfechos negativos.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo propôs a avaliação da associação das práticas obstétricas com os desfechos maternos e neonatais.

Com relação ao tipo de parto, as práticas como, uso do partograma, oferta dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, a forma de início do trabalho de parto (espontâneo ou induzido), jejum, venóclise, uso de ocitocina, estágio do uso da ocitocina, amniotomia e dilatação na amniotomia foram as que influenciaram na forma de nascer no presente estudo. Já com relação à existência de laceração, apresentaram diferença estatística as práticas, presença do acompanhante e episiotomia.

No tocante aos desfechos neonatais, o partograma e a manobra de Kristeller apresentaram associação com o apgar no quinto minuto. E partograma, jejum, presença do acompanhante e tipo de parto apresentaram associação com o tipo de internação do recém-nascido na maternidade.

Verificou-se que, na presente instituição, que há prevalência do uso das boas práticas obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto, o que representa um avanço para a instituição frente a outras realidades em vários locais no País. Aconselha-se o aumento do estímulo à variação de posições de parto verticalizadas, pois prevaleceu a posição semideitada. E aumento da taxa de contato pele a pele, pois foi identificado apenas um pouco mais da metade, o que leva a perda da oportunidade de muitas mulheres experimentarem essa prática, que pode influenciar e se desdobrar em outras tão importantes como o sucesso do aleitamento materno.

Identificou-se, com relação às práticas não recomendadas pela OMS, que ainda é alta a taxa de venóclise, podendo-se investigar a necessidade dessa alta demanda de intervenção, visto que ela está relacionada à limitação da movimentação durante o trabalho de parto e ao aumento de outras intervenções não recomendadas, devido à facilidade do acesso venoso já realizado.

Foram encontradas algumas limitações durante a realização do trabalho, as quais estão relacionadas a estudos realizados através de fontes secundárias, como as frequentes

subnotificações. Dois desfechos maternos que eram de interesse a serem analisados era a duração do trabalho de parto e da internação hospitalar e as intercorrências durante o parto, porém não existia na ficha de atenção ao parto e nascimento o horário de admissão na sala de parto, a ficha de alta da mulher não era preenchida nem alimentada na planilha da instituição em 2017 e o campo de intercorrências era pouco preenchido.

Recomenda-se a elaboração de estratégias que possam favorecer a adoção das práticas recomendadas também no centro cirúrgico, tendo em vista que a maioria das práticas recomendadas tem menor incidência nesse local, sendo, portanto, de extrema importância sensibilizar os profissionais do setor com vistas a melhorar os indicadores e, principalmente, oferecer oportunidades a maior quantidade de mulheres experimentarem, por exemplo, o contato pele a pele, o aleitamento materno na primeira hora e o clampeamento oportuno do cordão umbilical.

Sugere-se também ações para o estímulo à variação de posição de parto verticalizadas, visto que a posição semideitada prevaleceu diante das outras, não sendo possível verificar até que ponto essa possa ser considerada verticalizada por não se ter conhecimento da angulação da cabeceira da cama. Além disso, indica-se a melhora da prática do contato pele a pele e a redução da taxa de venóclise, considerando a real necessidade.

REFERÊNCIAS

ACMAZ, G. *et al.* The effect of Kristeller maneuver on maternal and neonatal outcome. **Arch Clin Exp Surg.**, v.4, n.1, p.29-35, 2015. Disponível em: <<https://www.scopemed.org/?mno=154890>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ANNIBALE, D.J. *et al.* Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v.149, n.8, p.862-867, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7633538>>. Acesso em: 20 nov. 2018.

ANTUNES, M.B. *et al.* Síndrome hipertensiva e resultados perinatais em gestação de alto risco. **REME – Rev Min Enferm.**, n.21, e-1057, 2017. Disponível em: <www.reme.org.br/exportar-pdf/1195/e1057.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à saúde da mulher.** Bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2815, de 29 de maio de 1998** - Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1998a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2816/GM, de 29 de maio de 1998. Determina que no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar, SISA, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. **Diário Oficial da União**, 1998b junho, Seção 1, p.48.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: MS/FREBASGO/ABENFO, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html>. Acesso em: 8 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo Da Criança.** Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal-versao-resumida/>>. Acesso em: 8 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Apice On** - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - DAPES/SAS/MS. Brasília/DF, agosto de 2017b.

BALDISSEROTTO, M. L.; THEME FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. **Reprod Health**, v.13, Suppl 3, p.124, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27766979>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

BATISTA, C. B. *et al.* Access to and use of health services as factors associated with neonatal mortality in the North, Northeast, and Vale do Jequitinhonha regions, Brazil. **J Pediatr. (Rio J.)**, v. 94, n. 3, p. 293-299, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572018000300293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

BENATTI ANTUNES, M. *et al.* Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. **Av Enferm.**, v. 35, n. 1, p. 19-29, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

BINFA, L. *et al.* Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. **Midwifery**, n.40, p. 218-225, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.010>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

BINFA, L. *et al.* Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. **Midwifery**, n.35, p.53-61, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**. 2003. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

COSTA, L. D. *et al.* Fatores preditores para a admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Baiana Enferm.**, v.31, n.4, e20458, 2017.

CUNNINGHAM, F.G. **Obstetrícia de Williams**. 24. ed. Porto Alegre: AMGH, 2016.

DAMASO, M. *et al.* Fatores relacionados à mortalidade perinatal em hospital público de Huánuco. **Acta Méd Peru**, v.31, n.1, p.15-22, 2014.

ENTRINGER, A. P. *et al.* Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, v.34, n.5, e00022517, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00022517>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

ENKIN, M. *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e o parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERRER, C. B. *et al.* Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. **BMJ Open**, v.6, e011362, 2016. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/6/8/e011362>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

FRANCESCHINI, D. T. B.; CUNHA, M. L. C. Association between newborn vitality and type of delivery. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 28, n. 3, p. 324-330, 2007. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4678>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

GAMA, S.G. *et al.* Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Reprod Health.**, v.13, Suppl 3, p.123, 2016. Disponível em: <<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0236-7>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

HIROSE, A. *et al.* Difficulties leaving home: a cross-sectional study of delays in seeking emergency obstetric care in Herat, Afghanistan. **Soc Sci Med.**, v. 73. n. 7. p. 1003-1013. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21862194>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

HOFMEYR G.J. *et al.* Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 7, n.4, CD0060672017, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821352>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

HULLEY, S.B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**.4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

LANSKY, S. *et al.* Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. **Cad Saúde Pública**, v.30, Suppl 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300024&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 17 feb. 2019.

LAVENDER, T.; CUTHBERT, A.; SMYTH, R.M.D. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD005461, 2018. Disponível em: <https://www.cochrane.org/CD005461/PREG_effect-partograph-use-outcomes-women-spontaneous-labour-term>. Acesso em: 17 feb. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Determinantes da mortalidade infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.51, p.12, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000100206&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 17 feb. 2019.

LEAL, M.C. *et al.* **Nascer no Brasil**: inquérito sobre parto e nascimento: sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

LINHARES, J. J. *et al.* Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 6, p. 259-263, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000600259&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

MAFETONI, R. R.; SHIMO, A. K. K. Non-pharmacological methods for pain relief during labor: integrative review. **Rev Min Enferm.**, v.18, n.2, p.513-520, 2014. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140037>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

MEDEIROS, R.M.K. *et al.* Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. **Rev Bras Enferm.**, v.69, n.6, p.1029-1036, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

MELO, B.M. *et al.* Implementation of good practice in assistance to labor at a reference maternity. **Rev Rene**, v.18, n.3, p.376-382, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300013>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

MIDDLETON, P.; SHEPHERD, E.; CROWTHER, C.A. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, CD004945, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub4>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev Saúde Pública**, v.52, n.1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

MORAES, L.M.V. *et al.* Factors associated with the involuntary pilgrimage for childbirth care in São Luís (Maranhão State) and Ribeirão Preto (São Paulo State), Brazil: a contribution from the BRISA cohort. **Cad Saúde Pública**, v.34, n.11, e001512172018, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018001105002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1859-1868, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000800014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 feb. 2019.

OLIVEIRA, L.S. *et al.* Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. **Sao Paulo Med J.**, v.132, n.4, p.231-238, 2014. Available from: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802014000400231&lng=en>. Acesso em: 17 feb. 2019.

OLIVEIRA, R. R. *et al.* Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 5, p. 733-740, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500733&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

OSÓRIO, S.M.B.; SILVA JÚNIOR, L.G.; NICOLAU, A.I.O. Assessment of the effectiveness of non-pharmacological methods in pain relief during labor. **Rev Rene**, v.15, n.1, p.174-184, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000100022>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

PÁDUA, K.S. *et al.* Factors associated with cesarean sections in Brazilian hospitals. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.1, p.70, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000100008>. Acesso em: 17 feb. 2019.

PAZANDEH, F. *et al.* An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. **Midwifery**, v.31, n.11, p.1045-1053, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.003>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

PEDRAZA, D. F. Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina grande, Paraíba. **Cad Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.460-467, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000400460&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 feb. 2019.

PEPPE, M. V. *et al.* Perineal Trauma in a Low-risk Maternity with High Prevalence of Upright Position during the Second Stage of Labor. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 40, n. 7, p. 379-383, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032018000700379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

PÉREZ, J.H. *et al.* Factores que influyen en la realización de una episiotomía selectiva en mujeres nulíparas. **Enferm Glob.**, v.13, n.35, p.398-411, 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000300022&lng=es>. Acesso em: 17 feb. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, D. S. *et al.* Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 63, n. 12, p. 1039-1048, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017001201039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

RAMOS, A. W. M. *et al.* Contribuição da enfermeira obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 10, n. 1, p. 173-179, 2018. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6019>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

READ, J.S.; NEWELL, M.L. Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD005479, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005479>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

REIS, C. S. C. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **J Res: Fundam Care Online**, v.8, n.4, p.4972-4979, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

REIS, C.S.C. *et al.* Clinical and epidemiological profile and reproductive outcome in hiv-infected pregnant women assisted at a university hospital maternity in vitória, Brazil. **DST - J Bras Doenças Sex Transm.**, v.27, n.1-2, p.9-15, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5533/DST-2177-8264-2015271-203>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

RODRIGUES, D.P. *et al.* The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. **Esc Anna Nery**, v.19, n.4, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

RADHA, P. *et al.* Maternal and perinatal morbidity after Caesarean delivery at full cervical dilatation. **Cingapura Med J.**, v.53, n.10, p.655-658, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15958005>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. R. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAMPAIO, A.R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol Serv Saúde**, v.25, n.2, p.281-290, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200007>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD004667, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SANTOS, I. D. L. *et al.* Near Miss materno no trabalho de parto e parto à luz das tecnologias em saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 52, e03409, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100493&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SARAIVA, J. M.; GOUVEIA, H. G.; GONCALVES, A. C. Fatores associados a cesáreas em um hospital universitário de alta complexidade do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 3, e69141, 2017. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300412&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SCHNECK, C.A. *et al.* Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.1, p.77-86, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000300037&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SILVA, A.L.A. *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad Saúde Pública**, v.33, n.12, e001751162017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00175116>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SILVA, C. M. *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Rev Nutr.**, v. 29, n. 4, p. 457-471, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000400457&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SILVA, F. M. B. *et al.* Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 5, p. 1031-1038, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M.L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD003930, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>>. Acesso em: 17 feb. 2019.

SOUSA, A.M.M. *et al.* Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, v.20, n.2, p.324-331, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf>._ Acesso em: 17 feb. 2019.

SOUSA, L.M.O.; ARAÚJO, E. M.; MIRANDA, J. G. V. Characterization of access to normal childbirth care in Bahia State, Brazil, based on graph theory. **Cad Saúde Pública**, v.33, n.12, e00101616, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00101616>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

SOUZA, J.P. *et al.* Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. **Bulletin World Health Organ.**, v.88, n.2, p.113-119, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814475/>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

TORRES, J. A. *et al.* Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. Suppl 1, pp. S220-S231, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129813>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

VIEIRA, M.J.O. *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. **Rev Eletr Enf.**, v.18, e1166, 2016. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36714>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

VOGT, S.E. *et al.* Characteristics of labor and delivery care in three healthcare models within the Unified National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n.9, p.1789-1800, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/51706223_Characteristics_of_labor_and_delivery_care_in_three_healthcare_models_within_the_Unified_National_Health_System_in_Belo_Horizonte_Minhas_Gerais_State_Brazil>. Acesso em: 17 fev. 2019.

VOGT, S.E. *et al.* Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.2, p.304-313, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000200304&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 fev. 2019.

VON, E.L.M.E. *et al.* Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **BMJ**, v.335, n.7624, p.806-808, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034723/>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, v.24, n.8452, p.436-437, 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

_____. **Care in normal birth:** a practical guide. Geneva: WHO, 1996.

_____. **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO Nº01

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ	
NOME DA TAREFA: COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO	ESTABELECIDO EM: OUTUBRO DE 2017.
<p>RESPONSÁVEL: JÉSSICA LOURENÇO CARNEIRO</p> <p style="text-align: center;">OBJETIVOS</p> <p>Avaliar o uso das boas práticas e intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto e sua associação com os desfechos maternos e neonatais</p>	
<p style="text-align: center;">MATERIAL NECESSÁRIO</p> <p>- Termo de fiel depositário; - Questionário de avaliação.</p> <p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar no prontuário da mulher o atendimento aos critérios de inclusão na pesquisa. Em caso afirmativo, proceder às etapas seguintes; 2. Dirigir-se à Ficha de monitoramento da atenção ao parto e nascimento para coletar os dados referentes às boas práticas obstétricas na atenção ao trabalho de parto e parto. 3. Nos casos em que a ficha não esteja no prontuário, ou seja, esteja retida em algum setor, como centro obstétrico ou centro cirúrgico, realizar a coleta no mesmo. 	
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES	
PREPARADO POR:	EXECUTADO POR:

**APÊNDICE B - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE
PRONTUÁRIOS MÉDICOS**

**AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E DESFECHOS MATERNOS
EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA**

Os pesquisadores abaixo se comprometem a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico do Hospital Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) - UFC, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Fortaleza, _____ de outubro de 2018.

Jéssica Lourenço Carneiro

Ana Kelve de Castro Damasceno

ANEXOS

ANEXO A – FICHA DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO

FICHA DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO - MEAC		ANO 2016 Nº:	
SETOR: EMERGÊNCIA - SALA DE PARTO (1/5)			
A01. NOME DA GESTANTE: _____		A03. Nº DO PRONTUÁRIO: _____	
A02. DATA DE INTERNAÇÃO: / / _____		A04. HORA DA INTERNAÇÃO: h m	
PROCEDÊNCIA E HISTÓRICO GESTACIONAL	Q01. PROCEDÊNCIA: (1) residência (2) transferência de outro hospital (3) via pública (4) Encaminhada por serv. saúde (99) ignorado		
	Q02. MEIO DE TRANSPORTE: (1) meios próprios (2) transporte público (3) ambulância (4) outros (99) ignorado		
	Q03. QUANTOS SERVIÇOS PROCUROU ANTES DA INTERNAÇÃO: (1) nenhum (2) um (3) dois (4) três ou mais (99) ignorado		
	Q04. Nº DE GESTAÇÕES: _____ Q05. Nº DE PARTOS: _____ Q06. Nº DE ABORTOS: _____	Q07. PRÉ-NATAL NA MEAC: (1) não (2) sim Q08. Nº DE CESAREANAS ANTERIORES: _____ Q09. DATA DO ÚLTIMO PARTO: / / _____	
INFORMAÇÕES DE INTERNAÇÃO NA GESTAÇÃO ATUAL	Q10-111 IDADE GEST. NA INTERNAÇÃO: semanas / dias	Q12. DUM: / / _____ (99) ignorado	Q13. GESTANTE DE RISCO: (1) não (2) sim (99) ignorado
	Q14. PORTADORA DO HIV: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q19. TOXOPLASMOSE: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q20. CORTICÓIDE ANTENATAL: (1) não (2) sim (99) ignorado
	Q15. HIPERTENSÃO: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q21. TIPO DE GESTAÇÃO (1) única (2) gemelar (3) tripla ou mais	
	Q16. SÍFILIS NA GESTAÇÃO: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q22. APRESENTAÇÃO FETO I (1) cefálica (2) pélvica (3) outras-córmica/transversal (99) ignorado	Q23. APRESENTAÇÃO FETO II (1) cefálica (2) pélvica (3) outras-córmica/transversal (99) ignorado
	Q17. PRÉ-ECLAMPSIA: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q18. HEPATITE B: (1) não (2) sim (99) ignorado	
ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO	Q24. INÍCIO DO TRAB. PARTO: (0) sem trabalho de parto (1) espontâneo (2) induzido	Q26. USO DE OCITOCINA (1) não (2) sim	Q31. DILATAÇÃO NA ADMISSÃO: cm
	Q25. INDUTOR: (1) misoprostol (2) ocitocina (99) ignorado	Q27. ESTÁGIO: (1) dilatação (2) expulsão (99) ignorado	Q32. MEMBRANAS INTEGRAS: (1) não (2) sim (99)
	Q28. ACOMPANHANTE NO TP: (1) não (2) mãe (3) companheiro (4) outro (99)		Q33. TEMPO DE BOLSA ROTA: h
	Q29. MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO DE ALÍVIO DA DOR: (1) não (2) chuva (3) bola (4) escada de ling (5) banheira (6) acupuntura (7) cavalinho (8) outro (99) ignorado		Q34. PARTOGRAMA: (1) não (2) sim (99)
	Q30. ANALGESIA FARMACOLÓGICA NO TP (1) não (2) sim (3) peridural (4) raquidiana (5) opioide (99) ignorado		Q35. CONTRAÇÕES NA ADMISSÃO: (1) não (2) sim (99) ignorado
			Q36. VENÓCLISE: (1) não (2) sim (99)
			Q37. BCF NA ADMISSÃO: (1) não (2) sim (99)
			Q38. JEJUM: (1) não (2) sim (99)
			Q39. AMNIOTOMIA: (1) não (2) sim (99)
			Q40. DILATAÇÃO DO COLO NA AMNIOTOMIA: cm
MORBIDADE MATERNA GRAVE	M01. USC CONTÍNUO DE DROGAS VASOATIVOS (DOPAMINA, DOBUTAMINA, ADRENALINA): (1) não (2) sim (99) ignorado		
	M02. HISTERECTOMIA PÓS-PARTO OU PÓS-ABORTO POR INFECÇÃO OU HEMORRAGIA (1) não (2) sim (99) ignorado		
	M03. TRANSFUSÃO >=5 UNIDADES DE HEMÁCIAS: (1) não (2) sim (99) ignorado	M06. SEPSIS OU INFECÇÃO SISTÊMICA GRAVE: (1) não (2) sim (99) ignorado	
	M04. DIÁLISE PARA TRATAMENTO DE INSUF. RENAL AGUDA: (1) não (2) sim (99) ignorado	M07. RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR: (1) não (2) sim (99) ignorado	
	M05. ADMISSÃO EM UTI: (1) não (2) sim (99) ignorado	M08. RUPTURA UTERINA: (1) não (2) sim (99) ignorado	M09. HEMORRAGIA GRAVE: (1) não (2) sim (99) ignorado
	M10. TIPO DE DISFUNÇÃO: (1) cardiovascular (2) respiratória (3) renal (4) hepática (5) hematológica (6) neurológica (99) ignorado		
	R01. RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA (1/5): _____		

FICHA DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO - MEAC

ANO 2016 Nº:

SETOR: SALA DE PARTO - CENTRO CIRURGICO (2/5)

A05. NOME DA GESTANTE: _____

A06. Nº DO PRONTUÁRIO: _____

ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Q44. CESAREANA EM TRABALHO DE PARTO: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q49. EPISIOTOMIA: (1) não (2) sim Q50. DO TIPO: (1) médio lateral (2) mediana (99) ignorado	Q51. LACERAÇÃO VAGINAL/ PERINEAL: (1) não (2) sim Q52. DE GRAU: (1) (2) (3) (4) (99) ignorado
	Q45. ACOMPANHANTE NO PARTO: (1) não (2) mãe (3) companheiro (4) outro		
	Q47. MANOBRA DE KRISTELLER (1) não (2) sim (99) ignorado		
	Q48. POSIÇÃO NO PERÍODO EXPULSIVO: (1) deitada (4) lateral (2) semi-deitada (5) outra (3) cócoras (6) ignorado	Q53. USOU SULFATO DE MAGNÉSIO (1) não (2) sim (99) ignorado	
	Q54. INTERCORRÊNCIA: (1) hemorragia (2) retenção placentária (3) distócia de ombro (4) prolapso de cordão (5) sem intercorrências (6) eclâmpsia/iminência (7) outros (99) ignorado		
	Q55. INDICAÇÃO DA CESAREANA: (1) iteratividade (6) desproporção céfalo-pélvica (11) outros (2) apresentação pélvica/anômala (7) distócia/discinesia (99) ignorado (3) placenta prévia (8) falha de indução (misoprostol) (4) infecção pelo HIV (9) sofrimento fetal (5) descolamento prematuro de placenta (10) pré-eclâmpsia (grave)	Q56. NOME DO PROFISSIONAL: _____	
	Q57. TIPO DE ANESTESIA NA CESAREANA: (1) raquidiana (2) peridural (3) geral (99) ignorado	Q58. NOME DO PROFISSIONAL: _____	
	Q59. ATENDEU O PARTO: (1) médico obstetra (4) enfermeira/obstetra/obstetiz (7) médico clínico (10) outro (2) médico cirurgião geral (5) enfermeira (8) médico de saúde da família (99) ignorado (3) médico residente (6) médico outra especialidade (9) médico generalista		
	Q60. NOME DO PROFISSIONAL: _____		

MORBIDADE MATERNA GRAVE	M11. USO CONTÍNUO DE DROGAS VASOATIVOS (DOPAMINA, DOBUTAMINA, ADRENALINA): (1) não (2) sim (99) ignorado		
	M12. HISTERECTOMIA PÓS-PARTO OU PÓS ABORTO POR INFECÇÃO OU HEMORRAGIA (1) não (2) sim (99) ignorado		
	M13. TRANSFUSÃO >=5 UNIDADES DE HEMÁCIAS: (1) não (2) sim (99) ignorado	M16. SEPSIS OU INFECÇÃO SISTÊMICA GRAVE: (1) não (2) sim (99) ignorado	
	M14. DIÁLISE PARA TRATAMENTO DE INSUF RENAL AGUDA: (1) não (2) sim (99) ignorado	M17. RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR: (1) não (2) sim (99) ignorado	
	M15. ADMISSÃO EM UTI: (1) não (2) sim (99) ignorado	M18. RUPTURA UTERNA: (1) não (2) sim (99) ignorado	M19. HEMORRAGIA GRAVE: (1) não (2) sim (99) ignorado
	M20. TIPO DE DISFUNÇÃO: (1) cardiovascular (2) respiratória (3) renal (4) hepática (5) hematológica (6) neurológica (99) ignorado		
	R02. RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA (2/5): _____		

SETOR: NEO - CENTRO OBSTÉTRICO (3/5)

A07. NOME DA GESTANTE: _____

A08. Nº DO PRONTUÁRIO: _____

RECÉM-NASCIDO	Q41. DATA DO PARTO: / / Q42. HORA DO PARTO: h m	B01. ORDEM DE NASCIMENTO: (1) (2) (3) (4) (5) Nota: Se for parto gemelar, um dos bebês será de ordem 1 e o outro de ordem 2	
	Q43. TIPO DE PARTO: (1) parto normal de risco habitual (2) parto normal em gestação de alto risco (3) fórceps (4) vácuo (5) parto cesareana de risco habitual (6) parto cesareana em gestação de alto risco (7) parto cesareana em laqueadura (8) cesárea intraparto (9) cesárea anteparto (99) ignorado MOTIVO: _____	Q46. LOCAL DO PARTO: (1) sala de parto (4) CPN (2) quarto PPP (5) outro (3) centro cirúrgico (6) ignorado	Q61. RESULTADO PERINATAL: (1) nativo (2) óbito fetal antes da admissão (3) óbito fetal durante a internação e antes TP (4) óbito fetal no TP (5) óbito na primeira hora após o nascimento (6) óbito após a primeira hora do nascimento
	Q62. CONTATO PELE A PELE IMEDIATO: (1) não → Q63. MOTIVO: (2) sim (1) vitalidade do RN (3) disponibilidade do profissional (99) (2) prematuridade (4) complicação materna	Q64. TEMPO DE CONTATO: (1) até 30 minutos → Q65. MOTIVO DA RETIRADA: (2) de 30 a 60 minutos (1) solicitação da mãe (3) > 60 minutos (2) solicitação do profissional (3) > 60 minutos (3) vitalidade do RN	Q66-67. IG ESTIMADA: _____ semanas _____ dias
	Q70. AMAMENTAÇÃO 1ª HORA VIDA: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q71. CLAMPEAMENTO DO CORDÃO: (1) menos de 1 min (2) entre 1 e 3 min (3) maior que 3 min (99) ignorado	Q68. APGAR (1 minuto): _____ Q69. APGAR (5 minuto): _____
	Q72. RASTREAMENTO DE HIPOGLICEMIA (48H): (1) não (2) sim (99) ignorado	Q73. USO DE OXIGÊNIO: (1) não (2) sim (99) ignorado	
	Q74. REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO: (1) não (2) sim → DO TIPO: Q75. máscara e balão (1) não (2) sim Q76. máscara e ventilador mecânico/manual (1) não (2) sim Q77. intubação traqueal (1) não (2) sim Q78. massagem cardíaca (1) não (2) sim Q79. drogas (1) não (2) sim (99) ignorado	Q80. ATENDEU O RN NO NASCIMENTO: (1) médico pediatra (2) enfermeira obstetra/obstetiz (3) enfermeira (4) enfermeiro neonatologista (5) médico residente (6) médico outra especialidade (99) ignorado	Q81. NOME DO PROFISSIONAL: _____
	Q82. RN ADMITIDO EM: (1) alojamento conjugado (2) Unidade neonatal (3) PPP (4) Outro (99) ignorado		
	R03. RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA (3/5): _____		

SETOR: INTERNAÇÃO (4/5)

A09. NOME DA GESTANTE: _____

A10. Nº DO PRONTUÁRIO: _____

INTERCORRÊNCIA DO R.N	Q83. RASTREAMENTO PARA INFECÇÃO: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q88. INFECÇÃO: (1) não (2) sim	Q90. PERFIL CANGURU: (1) não (2) sim (99) ignorado
	Q84. ICTERÍCIA NEONATAL: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q89. DO TIPO: (1) conjuntivite (2) exposto ao HIV (3) impetigo (4) onfalite (5) sepse (6) sífilis (7) rubéola (8) toxoplasmose (99) ignorado	Q91. USO DE FÓRMULA LÁCTEA: (1) não (2) sim
	Q85. FOTOTERAPIA: (1) não (2) sim (99) ignorado	(99) ignorado	Q92. DO TIPO: (1) hipoglicemia (2) perda de peso (3) intercorrência materna (4) recusa materna (5) anatomia da mama desf. (99) ignorado
	Q86. QUEDA: (1) não (2) sim (99) ignorado		(99) ignorado
	Q87. FLEBITE: (1) não (2) sim (99) ignorado		

TRIAGEM NEONATAL	Q93. VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL (MÃE): (99) ignorado (1) não (2) sim →	Q94. TIPO: (1) Transtorno psíquico (2) Usuária de drogas
	Q95. TESTE DE ORTOLANI: (1) positivo (2) negativo (99) ignorado	
	Q96. TRIAGEM AUDITIVA: (1) não (2) sim (99) ignorado →	Q97. EXAME ALTERADO (TRIAGEM AUDITIVA): (1) não (2) sim (99) ignorado
	Q98. TESTE DO OLHINHO: (1) não (2) sim (99) ignorado →	Q99. EXAME ALTERADO (TESTE DO OLHINHO): (1) não (2) sim (99) ignorado
	Q100. TESTE DO PEZINHO: (1) não (2) sim (99) ignorado →	Q101. EXAME ALTERADO (TESTE DO PEZINHO): (1) não (2) sim (99) ignorado
	Q102. CORAÇÃOZINHO: (1) não (2) sim (99) ignorado →	Q103. EXAME ALTERADO (CORAÇÃOZINHO): (1) não (2) sim (99) ignorado
	Q104. LINGUINHA: (1) não (2) sim (99) ignorado →	Q105. EXAME ALTERADO (LINGUINHA): (1) não (2) sim (99) ignorado
	Q106. VACINA HEPATITE B: (1) não (2) sim (99) ignorado	Q107. VACINA BCG: (1) não (2) sim (99) ignorado
	ENCAMINHAMENTOS: Q108. Ortopedista: (1) não (2) sim Q109. Cardiologista: (1) não (2) sim Q110. Cirurgião: (1) não (2) sim Q111. Geneticista: (1) não (2) sim Q112. Oftalmologista: (1) não (2) sim Q113. Neurologista: (1) não (2) sim Q114. Outros:	PROCEDIMENTOS: Q115. Punção Lombar: (1) não (2) sim Q116. ECG: (1) não (2) sim Q117. Exanguíneo parcial: (1) não (2) sim Q118. Hemocultura: (1) não (2) sim Q119. Lavagem gástrica: (1) não (2) sim Q120. Antibioticoterapia endovenos: (1) não (2) sim Q121. Frenotomia (1) não (2) sim Q122. Outros:
	EXAMES DE IMAGEM: Q123. USG quadril: (1) não (2) sim Q124. USG abdominal: (1) não (2) sim Q125. USG urinário: (1) não (2) sim	Q126. RX ossos largos (1) não (2) sim Q127. RX tórax: (1) não (2) sim Q128. RX clavícula: (1) não (2) sim

ALTA DO RN	Q132. MOTIVO DE SAÍDA DO RN: (1) alta (2) permanência (3) transferência (4) óbito (5) outros (99) ignorado
	Q133. DATA DE SAÍDA: / / _____

Q134. ALIMENTAÇÃO NA ALTA/TRANSFERENCIA:
(1) leite materno (2) fórmula (3) fórmula exclusiva (99)

R04. RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA (4/5): _____

FICHA DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO - MEAC

ANO 2016 Nº:

SETOR: ENFERMARIA (5/5)

A11. NOME DA GESTANTE: _____

A12. Nº DO PRONTUÁRIO: _____

ALTA MULHER	Q135. IMUNOGLOBULINA ANTI-RH (1) não (2) sim (99) ignorado	Q137. ACOMPANHANTE NO PÓS-PARTO (1) não (2) mãe (3) companheiro (4) outro (99)
	Q136. MOTIVO DE SAÍDA DA MULHER (1) alta (3) transferência (5) outro (2) permanência (4) óbito (99) ignorado	Q138. DATA DA SAÍDA: / / _____
		Q139. DATA DA ALTA: / / _____
		Q140. NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: _____

MORBIDADE MATERNA GRAVE	M21. USO CONTÍNUO DE DROGAS VASOATIVOS (DOPAMINA, DOBUTAMINA, ADRENALINA): (1) não (2) sim (99) ignorado		
	M22. HISTERECTOMIA PÓS-PARTO OU PÓS ABORTO POR INFECÇÃO OU HEMORRAGIA (1) não (2) sim (99) ignorado		
	M23. TRANSFUSÃO >=5 UNIDADES DE HEMÁCIAS: (1) não (2) sim (99) ignorado	M26. SEPSIS OU INFECÇÃO SISTÊMICA GRAVE: (1) não (2) sim (99) ignorado	
	M24. DIÁLISE PARA TRATAMENTO DE INSUF RENAL AGUDA: (1) não (2) sim (99) ignorado	M27. RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR: (1) não (2) sim (99) ignorado	
	M25. ADMISSÃO EM UTI: (1) não (2) sim (99) ignorado	M28. RUPTURA UTERINA: (1) não (2) sim (99) ignorado	M29. HEMORRAGIA GRAVE: (1) não (2) sim (99) ignorado
	M30. TIPO DE DISFUNÇÃO: (1) cardiovascular (2) respiratória (3) renal (4) hepática (5) hematológica (6) neurológica (99) ignorado		
	R05. RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA (5/5): _____		

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA

Pesquisador: JÉSSICA LOURENÇO CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82284317.7.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.855.683

Apresentação do Projeto:

O projeto AVALIAÇÃO DE BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA é uma reapresentação para atender a pendência na 1ª apresentação.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a associação das práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto com os desfechos maternos e neonatais em maternidade de referência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto não oferecerá constrangimento, pois a coleta será realizada nos prontuários. Os riscos ao paciente serão minimizados através de um cuidado máximo com os prontuários solicitados para coleta. Será preservada a integridade dos mesmos e respeitado todos os preceitos éticos e legais de pesquisas envolvendo seres humanos presentes na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. (Brasil, 2012c).

Benefícios:

Este estudo visa avaliar as boas práticas e as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.855.683

e parto. Essa avaliação poderá contribuir com informações quanto à prática atual, gerando, baseado nas recomendações de boas práticas obstétricas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil, possibilidades para identificação e atuação nas lacunas da assistência prestada com vistas a uma melhor atenção às gestantes, tendo em vista a importância desse momento a toda família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Reafirma-se a importância da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados.

Recomendações:

Somos pela aprovação do projeto, uma vez que as pendências foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto

Considerações Finais a critério do CEP:

Atendida a recomendação feita pela INSTITUIÇÃO em nome da divisão de gestão do cuidado e Grupo Gestor do CO/CPN/MEAC, que concordou com o uso dos dados tabulados pela mesma, de que fosse corrigido o projeto, mencionando que será utilizado o referido banco de dados da instituição, as variáveis utilizadas e que haverá participação direta do estatístico da instituição.

Somos pela aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1191668_E1.pdf	07/08/2018 19:46:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOATUALIZADOCOMITE.doc	07/08/2018 19:40:48	JÉSSICA LOURENÇO CARNEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromisso_ConcordanciaPesquisadores.doc	03/01/2018 14:39:06	JÉSSICA LOURENÇO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartadeAnuencia_TermodeCiencia_FielDepositario.doc	03/01/2018 14:38:40	JÉSSICA LOURENÇO CARNEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.doc	03/01/2018 14:24:22	JÉSSICA LOURENÇO	Aceito
TCLE / Termos de	solicitacaodedispensa.docx	14/11/2017	JÉSSICA	Aceito

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.855.683

Assentimento / Justificativa de Ausência	solicitacaodedispensa.docx	18:58:20	CARNEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	14/11/2017 18:25:28	JÉSSICA LOURENÇO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 30 de Agosto de 2018

Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 **Fax:** (85)3366-8528 **E-mail:** cepmeac@gmail.com