

**Evaluation of vaginal delivery care at a public maternity hospital in Northeast Brazil**

**| Avaliação da assistência ao parto vaginal em uma maternidade pública no Nordeste do Brasil**

**ABSTRACT | Introduction:** *Maternal mortality is a topic of discussion at the national and international levels, due to the negative repercussions on the lives of families. Objective: To analyze the assistance to the vaginal delivery in the reference hospital of the city of Vitória de Santo Antão, according to the humanized good practices recommended by the World Health Organization and the Bologna index. Methods: A descriptive, transversal and quantitative study conducted with 266 mothers in rooming a state hospital in Vitória de Santo Antão (PE), Brazil, from December 2015 to March 2016, through a questionnaire and medical record. Results: (23.8 ± 6.2) was the average age, 78.9% of pregnant women received prenatal consultations and 47.4% were not informed of the guidelines on the labor and vaginal delivery. Effective practices were highlighted in childbirth care: accompanying the presence (99.2%); respect for privacy (95.5%); and auscultation of fetal heart rate (95.1%) and harmful practices: directed bearing down (94.7%); stimulus lithotomy position (78.1%) and routine use of synthetic oxytocin (77.9%). Conclusion: After the analysis provided, there were existing limitations in humanized care at delivery, and there is a need for reflection and transformation of care in the delivery scenario.*

**Keywords |** *Humanizing delivery; Labor; Obstetric; Normal labor.*

**RESUMO | Introdução:** A mortalidade materna é tema de discussão nos âmbitos nacional e internacional, devido à repercussão negativa na vida das famílias. **Objetivo:** Analisar a assistência ao parto vaginal no hospital de referência da cidade de Vitória de Santo Antão, segundo as boas práticas humanizadas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e o índice de Bologna. **Métodos:** Estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado com 266 puérperas, no alojamento conjunto de um hospital estadual de Vitória de Santo Antão (PE), Brasil, entre dezembro de 2015 e março de 2016, por meio de questionário e prontuário. **Resultados:** (23,8 ± 6,2) foi a média de idade, 78,9% das gestantes realizaram consultas de pré-natal, e 47,4% não foram informadas sobre as orientações quanto ao trabalho de parto e parto vaginal. Destacaram-se práticas eficazes de atenção ao parto: presença do acompanhante (99,2%); respeito à privacidade (95,5%); e ausculta dos batimentos cardíofetais (95,1%) e práticas prejudiciais: puxos direcionados (94,7%); estímulo à posição litotômica (78,1%) e uso rotineiro de ocitocina sintética (77,9%). **Conclusão:** Após a análise, verificaram-se limitações existentes na assistência humanizada ao parto, havendo a necessidade de reflexão e transformação dos cuidados prestados no cenário do parto.

**Palavras-chave |** Parto humanizado; Trabalho de parto; Parto normal.

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

## INTRODUÇÃO |

Mediante ampla discussão acerca da mortalidade materna nos âmbitos nacional e internacional, a Declaração do Milênio estabeleceu metas a serem atingidas até o ano de 2015, como a queda no número de mortes materna. Apesar da meta, o Brasil apresentou queda inferior ao compromisso assumido de 35 mortes por 100 mil nascimentos<sup>1</sup>.

O resultado insatisfatório nas taxas de mortes maternas é refletido na ocorrência de 303 mil óbitos maternos em 2015, relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério<sup>2</sup>. No Brasil, em 2014, ocorreram 1.552 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, embora seja razoavelmente aceitável até 20 óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos<sup>3</sup>. Esses dados demonstram o grave problema de saúde pública que o país enfrenta.

As causas de mortalidade materna em países em desenvolvimento poderiam ser evitadas com a realização da assistência qualificada no pré-natal, parto e pós-parto<sup>4</sup>. Entretanto, verifica-se que os cuidados durante o trabalho de parto e o parto são deficitários quando comparados a outros cuidados na área da saúde<sup>5</sup>.

O ministério da saúde, visando melhorar a assistência prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, desenvolveu políticas nacionais voltadas à saúde da mulher, como o Programa Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha. Trata-se de estratégias que buscam garantir a qualidade e humanização da atenção à saúde durante a gravidez, parto e puerpério<sup>6</sup>.

No entanto, mesmo com a implementação dessas políticas públicas, verifica-se que a qualidade da assistência prestada a essas mulheres se encontra ineficaz, haja vista os procedimentos e condutas que são difundidos de forma equivocada na prática obstétrica, como a episiotomia de rotina, manobra de Kristeller, amniotomia artificial, dieta zero, agressões verbais e altos índices de cesáreas<sup>1</sup>.

Diante da assistência obstétrica violenta, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, publicou o documento “Intrapartum care for a positive childbirth experience”, o qual visou melhorar o cuidado obstétrico, a partir do respeito à fisiologia do parto e realização mínima de intervenções invasivas baseadas em evidências científicas<sup>7</sup>.

Nessa perspectiva de humanização da assistência ao parto, observou-se a necessidade de analisar a qualidade da assistência ao parto vaginal, com isso foi pensada a análise a partir da identificação de procedimentos e normas, consideradas padrão-ouro, como o preenchimento do partograma, verificação dos batimentos cardíofetais, partos assistidos por médicos obstetras<sup>8</sup>.

No entanto, esses indicadores apresentam pouca abrangência, precisão e eficácia para quantificar a assistência obstétrica, pois nos locais em que a assistência é prestada apenas por enfermeiros obstetras e/ou obstetrix, não seria adequado para avaliar a qualidade dessa assistência. Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde tem recomendado um novo indicador para avaliar a assistência ao parto normal, o qual é denominado de índice Bologna<sup>9</sup>.

Esse índice é a primeira tentativa de se quantificar a qualidade de assistência ao parto vaginal, sendo uma ferramenta que serve para avaliar o serviço prestado durante o trabalho de parto e parto de forma mais eficaz porque é composto por variáveis que abordam desde aspectos emocionais e de apoio à gestante quanto aos procedimentos técnicos da assistência ao trabalho de parto e parto<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, o estudo se justifica, pois evidências científicas mostram que o uso de intervenções desnecessárias durante o parto vaginal favorece o aparecimento de desfechos desfavoráveis, como o alto índice de cesárea no Brasil, a violência obstétrica e a mortalidade materna por causas evitáveis. Diante disso, objetiva-se analisar a assistência ao parto vaginal no hospital de referência da cidade de Vitória de Santo Antão, no Nordeste do Brasil, preconizada pela Organização Mundial de Saúde e o índice de Bologna.

## MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. Essa pesquisa foi realizada no Hospital e Maternidade Estadual, referência para a mesorregião da mata, em Vitória de Santo Antão-PE, caracterizado como hospital de alto risco tipo II. Os dados foram coletados no alojamento conjunto entre os meses de dezembro de 2015 e março de 2016.

A população do estudo constou do número de partos vaginais de janeiro a dezembro de 2014, totalizando 2570 partos, segundo o censo disponibilizado pelo serviço de arquivo médico e estatístico (SAME). No entanto, para o cálculo amostral foi realizada a proporcionalidade de partos vaginais, segundo os três meses estabelecidos para a coleta dos dados, totalizando 645.

Para determinar o tamanho amostral, a partir do total de 645, foi utilizado o programa EPI-INFO na versão 6.04d para DOS, sendo estabelecido erro de 5 pp., confiabilidade de 95% e uma estimativa da frequência de 50%, com o objetivo de maximizar o tamanho da amostra, e ao final foi acrescido um percentual de perda de 10%, totalizando 266 puérperas.

Os critérios de inclusão foram: ser puérpera com idade entre 12 anos ou mais, ter realizado seu parto vaginal na instituição e estar nas primeiras 24 horas do pós-parto (puerpério imediato). Foram excluídas aquelas com patologia neurológica ou alteração no estado físico, comportamental e/ou psicológico que impossibilitou a comunicação e/ou negação para contribuir com a pesquisa.

O questionário foi elaborado a partir do Guia de Atenção ao Parto Normal da Organização Mundial de Saúde, que se divide em quatro categorias: categoria A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; categoria C - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação; categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado<sup>7</sup>.

No segundo momento, para quantificar a qualidade de assistência ao parto, utilizou-se o índice Bologna, indicador preconizado pela Organização Mundial de Saúde, o qual é constituído por cinco parâmetros: 1) presença de acompanhante durante o trabalho de parto e/ou parto; 2) presença de partograma e/ou anotação da evolução do TP no prontuário; 3) ausência de estimulação do trabalho de parto (ocitocina, pressão externa do fundo uterino) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (fórcipe e/ou vácuo extrator); 4) parto em posição não supina e 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora do nascimento<sup>8</sup>.

Ao final atribui-se uma nota para cada um desses parâmetros, aos quais foram atribuídas nota “0” se ausente, e “1” se presente. A nota total máxima corresponde a “5”,

o que demonstra uma efetiva condução do trabalho de parto e parto, e a nota “0” corresponde a um parto normal conduzido de forma insatisfatória<sup>9</sup>.

A aplicabilidade do questionário ocorreu após a identificação diária das puérperas que haviam parido por parto vaginal, no censo do alojamento conjunto. A seguir, as que aceitaram participar da pesquisa foram convidadas para ir a um ambiente reservado, com a finalidade de manter a privacidade, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam ao questionário.

No segundo momento, foram extraídas do questionário as variáveis para a realização do índice de Bologna. Concomitante à aplicação do questionário, realizou-se a análise de prontuários, com a finalidade de captar informações relevantes para o estudo.

Para o processamento dos resultados, foi utilizado o banco de dados no programa *Microsoft Office Excel*® 2010 e analisados utilizando o *Software STATA*® 12.0. Foi empregada a estatística descritiva para as variáveis categóricas com a distribuição de frequência (relativa e absoluta) e para as variáveis numéricas foram calculados valores de média e desvio-padrão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, conforme o CAAE 49970515.8.0000.5208 e parecer de número 1.327.012.

## RESULTADOS |

O maior número de partos realizados foi em gestantes na faixa etária adulta jovem entre 20 e 30 anos (52,7%), com média de idade de  $23,8 \pm 6,2$ . No tocante à cor, 62,1% se declararam pardas. A religião mais prevalente foi a católica, com 48,4%. Em relação ao estado civil, 42,4% eram solteiras, e 28,6% apresentavam união estável.

Das 266 puérperas, cerca de 27,4% residiam em Vitória de Santo Antão, 37,2% relataram ter concluído o ensino médio, 39,8% tinham ensino fundamental incompleto, e 44,7% relataram não possuir emprego.

Em relação aos dados obstétricos, 78,9% das gestantes realizaram consultas de pré-natal, 83,9% das puérperas não tiveram abortos, 51,4% relataram possuir apenas 1 filho.

Acerca da orientação quanto ao trabalho de parto e parto vaginal, verificou-se que 47,4% não foram informadas no pré-natal, e 71,4% não sabiam qual o local de referência caso entrassem em trabalho de parto já que essa informação não foi repassada durante o pré-natal.

Os dados referentes à frequência de realização das práticas úteis e que devem ser estimuladas (Categoria A) podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1 - Frequência de realização das práticas úteis e que devem ser estimuladas (Categoria A). Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Respeito à privacidade	254	95,5
<b>Apoio dos profissionais</b>		
Médico (a)	262	98,5
Enfermeiro (a)	264	99,2
Técnico (a) de Enfermagem	266	100,0
Técnico (a) de Laboratório	265	99,6
Presença do acompanhante	264	99,2
Fornecimento de informações e explicações	181	68,1
Oferta de líquidos	121	45,5
Ausulta dos BCF	253	95,1
Uso do Partograma	211	79,3
Uso da bola suíça	91	54,8
Estimulação de posições verticais	194	72,9
Uso da penumbra	15	9,0
Ensinou técnica de respiração	83	50,0
Uso de massagem lombar	73	44,0
Contato pele a pele	222	83,5

Fonte: Os autores (2016).

A Tabela 2 apresenta a frequência de realização das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas (Categoria B). Os resultados mostram que a prática prejudicial se encontra presente na vida das parturientes.

Os estudos que são pautados nas evidências científicas são de primordial importância, pois direcionam a melhor forma de assistir a parturiente. A Tabela 3 apresenta práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação (Categoria C).

A restrição hídrica e alimentar ainda é uma prática presente na obstetrícia e normalmente está relacionada à possibilidade de um procedimento cirúrgico como a cesariana, como pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 2 - Frequência de realização das práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas (Categoria B). Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Enema de rotina	37	13,9
Tricotomia de rotina	31	11,7
Hidratação venosa	175	65,8
Exame retal de rotina	14	5,3
Realizou lavagem vaginal	207	77,9
Uso de ocitocina de rotina	200	75,2
Uso rotineiro da posição litotômica	208	78,1
Uso de puxo direcionado	252	94,7

Fonte: Os autores (2016).

Tabela 3 - Frequência de práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação (Categoria C). Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Amniotomia precoce de rotina	155	58,3
Tração do cordão umbilical	195	73,4
Clampeamento precoce do cordão umbilical	252	94,7

Fonte: Os autores (2016).

Tabela 4 - Frequência de realização das práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (Categoria D). Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
Episiotomia de rotina	110	41,4
Transferência rotineira da parturiente do pré-parto para sala de parto	197	74,1
Restrição hídrica e alimentar	140	52,6

Fonte: Os autores (2016).

A Tabela 5 demonstra que o índice de Bologna foi satisfatório, pois apresentou a média igual a 4,15. Porém é importante relatar que isso caracteriza a assistência que utilizou três ou mais práticas benéficas ao atendimento ao parto, demonstrando certa qualidade na assistência realizada por essa instituição.

Tabela 5 - Escala de Bologna. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil, 2016

Variáveis	n	%
1	2	0,8
2	15	5,6
3	32	12,0
4	108	40,6
5	109	41,0

Média (IC a 95%): 4,15. Fonte: Os autores (2016).

## DISCUSSÃO |

Observa-se que houve um índice elevado na média da idade das puérperas, o que contradiz quando comparado ao estudo transversal realizado no Sul do país<sup>10</sup>, o qual mostrou que a faixa etária prevalente das gestantes ficou entre 18 e 21 anos de idade. Esse fato se justifica dado que quanto maior a idade, maior a preferência pelo parto vaginal, e isso revela maior julgamento nas escolhas sobre a via de parto<sup>11</sup>.

O estudo mostra que grande quantidade de mulheres foi mãe com idade próxima aos 30 anos. Isso se explica pela realidade em que as mulheres, atualmente, suspendem o sonho da maternidade até alcançarem a independência profissional<sup>12</sup>. A mulher moderna vem mudando seu papel na sociedade, buscando trabalhar fora do domicílio, o que posterga a realização da maternidade<sup>13</sup>.

Quando se refere ao grau de instrução, encontrou-se um número elevado de puérperas com ensino médio completo. Esse resultado corrobora o estudo nacional de base hospitalar<sup>14</sup>, o qual verificou que as gestantes com maior nível de escolaridade tiveram maior preferência pelo parto vaginal. A escolaridade pode aumentar a chance da gestante buscar o conhecimento dos pontos positivos e negativos acerca das vias de parto e, assim, escolher o parto vaginal como via que traz benfeitorias para a mãe e o feto e, caso necessite de uma cesariana, esse procedimento ocorre com uma indicação real e necessária<sup>15</sup>.

No tocante ao estado civil, verificou-se que a maior prevalência foi de solteiras. O fato de estar solteira após o nascimento do filho requer maiores adaptações na vida, pois a ausência de um companheiro poderá trazer episódios de estresse, como também problemas financeiros, carga maior de trabalho, sentimentos de medo e isolamento. Ademais, a combinação desses eventos estressantes e a falta de apoio podem contribuir para uma gravidez, parto e pós-parto com mais riscos, dificuldades e complicações<sup>11</sup>.

Quanto à percepção da cor, observou-se que a maioria das puérperas entrevistadas relatou considerar-se da cor parda. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a porcentagem de negros e pardos na Região Nordeste é de 65,7%, taxa que corrobora os valores encontrados neste estudo<sup>15</sup>.

No estudo realizado em todas regiões do Brasil<sup>14</sup>, foi evidenciado que as mulheres brancas, com situação conjugal estável e maior escolaridade, tiveram maiores chances de realização de cesariana. Um outro estudo desenvolvido na maternidade do Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (HU/ULBRA) também verificou ter havido um predomínio da taxa de cesariana nas mulheres brancas (55,1%)<sup>16</sup>. Isso se deve ao fato de que as mulheres brancas, de classe média e alta, com maior escolaridade e residentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, têm um maior acesso aos serviços privados, e com isso podem escolher a via de parto<sup>10</sup>.

Quanto ao respeito à privacidade das parturientes, verificou-se que sua prática foi priorizada no hospital estudado. Esse dado se encontra embasado nas boas práticas obstétricas, preconizadas pela Organização Mundial da Saúde<sup>7</sup> e no manual prático para implantação da Rede Cegonha para a humanização do parto<sup>17</sup>.

A humanização do parto relaciona-se ao cuidado obstétrico com espaço acolhedor e agradável para a parturiente, que permita a privacidade e favoreça a formação do vínculo com o profissional e também com o seu acompanhante, contribuindo para a redução do estresse durante o trabalho de parto<sup>18</sup>.

No que concerne à presença do acompanhante de escolha da parturiente durante o pré-parto, parto e pós-parto, foi verificado que a opção foi respeitada. Isso vem reafirmar o direito garantido no Brasil pela Lei nº 11.108/2005, regulamentado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2418/2005<sup>17</sup>. O acompanhamento no cenário do parto transmite segurança emocional à mulher, trazendo benefícios à sua saúde e à do bebê<sup>4</sup>, favorecendo um trabalho de parto mais curto<sup>19</sup>, diminuição do uso da ocitocina sintética durante o pré-parto, diminuição da taxa de cesariana e da necessidade de analgesia<sup>20</sup>.

O uso das tecnologias não farmacológicas nos cuidados de enfermagem foi verificado como fator de melhora na evolução do trabalho de parto, como também no alívio da dor<sup>21</sup>. Essa aceleração fisiológica do trabalho de parto se deve à promoção da vasodilatação, reversão da resposta nervosa simpática e redução de catecolaminas, ajudada pelas mudanças de posição vertical, favorecendo a ação da gravidade e as mudanças no formato da pelve<sup>15</sup>.

Quanto à abertura do partograma, verificou-se prevalência significativa, sugerindo que o setor, habitualmente, esteja valorizando seu uso. No entanto, faz-se necessário refletir acerca da qualidade do preenchimento adequado, pois caso as anotações não correspondam às reais avaliações, o desfecho da assistência ao parto pode ser negativo para a mãe e/ou feto<sup>9</sup>.

Outras recomendações úteis e que devem ser estimuladas foram observadas, como a liberdade para posições verticais, a massagem lombar e o uso da bola suíça<sup>4</sup>. Essas práticas proporcionam menor intensidade e alívio da dor, pois com a liberdade de movimentação, a gestante irá escolher as melhores posições<sup>22</sup>.

As massagens fazem a parturiente se sentir melhor, diminuindo a dor e facilitando o relaxamento. Dessa forma, aceleram o trabalho de parto, diminuem a pressão arterial, evitam o trauma perineal, reduzem a necessidade de intervenção e aumentam o controle da mulher sobre o parto<sup>18</sup>.

As bolas suíças juntamente com a adoção de posições verticalizadas no trabalho de parto foram as práticas mais verificadas. Esse resultado demonstra que a bola de bobath possibilita uma participação ativa da mulher no processo de parturição porque diminui a dor durante as contrações, facilita a circulação materno-fetal e a descida do feto pela pelve materna e minimiza o risco de trauma perineal<sup>4</sup>.

Outra recomendação que precisa ser estimulada diz respeito às orientações no pré-natal sobre o trabalho de parto e parto vaginal, pois mais de 47,4% das entrevistadas referiram que não receberam nenhuma orientação. Essa prevalência é preocupante visto que é no pré-natal que as gestantes precisam entrar em contato com as informações acerca do processo fisiológico da gestação, do trabalho de parto e o local ao qual devem ser encaminhadas<sup>23</sup>.

Essas informações devem ser trabalhadas no pré-natal através da criação de atividades educativas em grupo e a participação das gestantes nos grupos que preparam para o parto nas Unidades Básicas<sup>14</sup>. Atualmente, as rodas de conversas com gestantes estão em evidência, pois proporcionam uma discussão efetiva entre os pares quanto aos procedimentos possíveis durante o trabalho de parto e parto vaginal, possibilitando às mulheres expressarem seus sentimentos e dúvidas<sup>23</sup>.

Mesmo levando em consideração que possa existir a possibilidade de uma cesárea caso ocorra uma urgência obstétrica, deixar de informar é desconsiderar seu direito e violar princípios éticos, refletindo numa má atitude. Dessa forma, o profissional de saúde deve orientar antecipadamente a gestante sobre o que possivelmente irá acontecer<sup>16</sup>.

Quanto ao contato pele a pele precoce com o bebê, verificou-se uma alta prevalência, e isso demonstra que os profissionais estão respeitando o *imprinting*, favorecendo a hora dourada entre o binômio mãe e filho. Essa prática permite a formação do vínculo entre mãe e filho e potencializa a promoção do aleitamento materno exclusivo<sup>8,21</sup>.

Por outro lado, verificou-se que, dentre as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, o uso do puxo direcionado, seguida da posição de litotomia durante o parto, lavagem vaginal e o uso rotineiro de ocitocina sintética, foram as mais realizadas na instituição, evidenciando ainda o alto grau de interferência na fisiologia do parto, contrariando as evidências científicas atuais<sup>6</sup>.

No que concerne aos puxos direcionados, trata-se de uma prática que deve ser extinta já que não diminui o período da dilatação e o expulsivo. Além disso, pode causar efeitos deletérios, como a alteração da frequência cardíaca do feto, com piores desfechos perinatais, principalmente na posição de litotomia e aumenta de 2 a 3 vezes a chance de uma laceração perineal de segundo grau<sup>16</sup>.

É válido ressaltar que à prevalência do uso rotineiro da ocitocina no trabalho de parto e parto vaginal neste estudo verificaram-se semelhanças em estudos realizados no Brasil, os quais mostraram altas prevalências, demonstrando ser uma prática bastante utilizada de forma inadequada em serviços obstétricos<sup>9,24</sup>.

A infusão rotineira de ocitocina sintética na parturiente favorece a diminuição do número de receptores de ocitocina no útero, visando prevenir uma estimulação em excesso. No entanto, a mulher tem maiores riscos de hemorragia pós-parto, pois ocorrerá uma diminuição na captação da ocitocina, tendo como possível consequência a ausência do globo de segurança de Pinard<sup>25</sup>.

Outro efeito nocivo da ocitocina sintética está relacionado às contrações produzidas, pois elas acontecem de forma muito rápida e ininterrupta, podendo levar ao sofrimento fetal devido à pressão exercida de forma contínua pelo útero<sup>22</sup>, além de favorecer a ruptura uterina<sup>6</sup>.

Foi verificada uma alta prevalência de nascimentos na posição litotômica, e o que possivelmente ocorreu foi que no hospital existem duas salas de parto vaginal, e cada uma possui uma mesa cirúrgica com perneiras, o que favorece o impedimento do parto no leito ou em posições verticais. Contudo, é comprovado cientificamente que a posição vertical deve ser estimulada durante o trabalho de parto e parto, em comparação com a posição supina, pois permite a diminuição da duração do período expulsivo, de episiotomia e alívio da dor<sup>15</sup>.

A tricotomia e o enema são práticas que já deveriam ter sido abolidas da prática obstétrica, porém ainda foram verificadas na maternidade estudada. Esse dado é preocupante visto que as melhores evidências demonstram que esses hábitos aumentam o custo da assistência, trazem desconforto à puérpera, causando micro e macrolesões e não mostram valores significativos na diminuição das taxas de infecções<sup>26</sup>.

As práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação apresentaram altas prevalências. As principais práticas foram o clampeamento precoce, a tração do cordão umbilical e a amniotomia precoce de rotina. Tais fatos demonstram que os profissionais que assistem diretamente as parturientes estão perpetuando práticas já comprovadamente ineficientes.

O clampeamento precoce do cordão umbilical é a prática de realizar a onfalotomia logo após a saída do recém-nascido, sendo esse procedimento bastante usado na cultura hospitalar. Sua realização dificulta a adaptabilidade respiratória e favorece a diminuição do estoque de ferro na primeira infância<sup>27</sup>.

As evidências científicas mostram que deve ser estimulado o clampeamento tardio do cordão umbilical, o que caracteriza a realização da onfalotomia após três minutos ou até cessar o batimento arterial, pois assim proporcionará uma melhor transição pulmonar e um aumento da concentração de hematócrito e hemoglobina do nascimento aos três meses de idade, reduzindo o risco de anemia em crianças a termo<sup>17,28</sup>.

O uso da amniotomia artificial foi evidenciado em quase 60% das assistências realizadas no primeiro estágio do trabalho de parto. Essa alta prevalência corrobora o estudo nacional de base hospitalar realizado com 23.940 mulheres<sup>15</sup>, o qual mostrou que 40% dos profissionais realizaram amniotomia artificial.

Essa prática pode acarretar complicações, tais como a diminuição dos batimentos cardíacos fetais, alterações sobre o polo cefálico, prolapso de cordão umbilical e risco de infecção ovular e puerperal. Logo, as evidências científicas recomendam que a amniotomia artificial isoladamente deve ser evitada<sup>21</sup>.

De acordo com as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, verificou-se que a transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto, seguida da restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto e, por fim, o uso liberal ou rotineiro de episiotomia foram as mais prevalentes.

A conduta de proibição da ingestão hídrica é bastante comum no trabalho de parto intra-hospitalar. Isso se deve ao fato de o profissional de saúde temer uma possível necessidade de anestesia geral em uma indicação cirúrgica na cesárea<sup>24</sup>.

No entanto, em uma metanálise<sup>28</sup>, os autores concluíram que não existe justificativa para proibir a ingestão de líquido no trabalho de parto e parto vaginal de risco habitual, mesmo se evoluir para uma cesariana, portanto a oferta precisa ser encorajada. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que a oferta de líquidos durante todo o trabalho de parto e parto de risco habitual deve ser estimulada por toda equipe de saúde<sup>1</sup>.

A episiotomia foi realizada em 41% dos casos, confirmando a ampla realização de rotina dessa intervenção. Essa prevalência também foi verificada em alguns países, como Argentina e Estados Unidos, que obtiveram valores acima de 30%<sup>26</sup>.

No Brasil, um inquérito de base populacional demonstrou que 54% das mulheres são submetidas ao corte durante os partos e, no caso de primíparas, o índice chega a 74%, apesar das evidências científicas sinalizarem que não existe mais indicação para seu uso<sup>17</sup>. Logo, por se tratar de um procedimento cirúrgico, caso seja realizado, ele deve ser informado e autorizado pela parturiente antes de sua realização. Caso contrário, será considerado uma violência

obstétrica e o seu ato se enquadrará no código penal como lesão corporal<sup>26</sup>.

Em relação ao índice Bologna, verificou-se a obtenção da média maior que 4, sendo considerada um valor de excelência. No entanto, até 2011 existiam poucos estudos descritos na literatura utilizando esse índice. Uma pesquisa utilizada na Suécia apresentou um índice igual a 3,81, valor similar ao obtido neste estudo<sup>29</sup>.

Entretanto, percebe-se que esse índice precisa ser mais bem analisado, pois a avaliação ocorre apenas de forma quantitativa, não contemplando a qualitativa. Por exemplo, no item abertura de partograma foi avaliado se houve ou não sua abertura, mas não observou se o preenchimento desse instrumento se deu de forma correta.

Por fim, foram levantadas limitações do estudo, a amostra foi regionalizada, não podendo inferir que as conclusões sejam extensivas a outras regiões brasileiras ou internacionais. Além disso, as respostas foram por autorrelato, o que poderia ocasionar, em viés de memória, fragilidade inerente de estudos transversais retrospectivos.

## CONCLUSÃO |

O estudo analisou o desfecho da assistência ao parto vaginal, segundo as práticas humanizadas preconizadas pela organização mundial de saúde. Verificou-se que existem muitas dificuldades para alcançar a excelência na assistência humanizada ao parto.

Muitas recomendações da OMS classificadas como úteis e que devem ser estimuladas foram observadas na instituição. No entanto, identificaram-se limitações quanto à abrangência das práticas humanizadas, sendo necessário ampliar a assistência de forma digna e respeitosa para todas as parturientes atendidas no hospital estudado.

As dificuldades evidenciadas apresentam características multifatoriais, como a falta de sensibilização dos profissionais quanto à humanização da assistência ao parto; o desrespeito à fisiologia da mulher; a inadequação da infraestrutura e recursos no hospital avaliado; falta de apoio emocional desde a admissão até a alta hospitalar.

Portanto, os resultados evidenciaram pontos positivos, como também fragilidades quanto à assistência humanizada no hospital estudado. Tais resultados poderão ajudar os profissionais e gestores a repensarem suas atuações, para que ocorram transformações necessárias a fim de tornar a assistência ao parto humanizada para todas as parturientes.

## REFERÊNCIAS |

1. Brito IA, Araújo S. Evaluation of the quality of care for normal delivery. *Revista eletrônica gestão & saúde*. 2016; 7(1):65–81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>.
2. World Health Organization; United Nations Children's Fund; United Nations Population Fund; World Bank Group; United Nations. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. Juiz de Fora. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde de 2014-2017: Juiz de Fora [Internet]. 2017 [citado em 2019 Mar 20]. Disponível em: [https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano\\_saude\\_2014\\_2017.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/conselhos/cms/arquivos/plano_saude_2014_2017.pdf).
4. Motta SAMF, Feitosa DS, Bezerra STF, Dodt RCM, Moura DJM. Implementation of humanized care to natural childbirth. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10(2):593–9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10994/12349>.
5. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. Perinatal care practices in normal risk maternity hospitals: an evaluation in the women's perspective. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(2):01-08. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44426/28168>.
6. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. The role of midwives and nurse-midwives in promoting safe motherhood in Brazil. *Ciênc saúde coletiva*. 2013;18(4):1059-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/19.pdf>.
7. WHO (World Health Organization). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-



- SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.in>.
8. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Evaluation of the quality of care for normal delivery. *Rev bras ginecol Obs* [Internet]. 2011;33:297–304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>.
9. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. The use of Bologna Score to assess normal labor care in maternities. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015; 36(spe):177–84. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472015000500177&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000500177&lng=pt&nrm=iso&tlng=en).
10. Leguizamón Junior T, Steffani JA, Bonamigo EL. Choice of route of childbirth: expectation of pregnant women and obstetricians. *Rev bioét*. 2013; 21(3):509–17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a15n21v3.pdf>.
11. Gomes AG, Marin AH, Piccinini CA, Lopes RCS. Single mother's expectations and feelings regarding their babies. *Temas psicol*. 2015; 23(2):399–411. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2015000200011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000200011).
12. Aldrighi JD, Wall ML, Souza SRRK. Experience of pregnant women at an advanced age. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39: e 2017-0112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0112.pdf>.
13. Fiorin PC, Oliveira CT, Dias ACG. Women's perceptions regarding the relation between work and motherhood. *Rev. bras. orientac. prof* [online]. 2014; 15 (1): 25-35. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v15n1/05.pdf>.
14. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014; 30 (1):101-116. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf).
15. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(Supl):S17–32. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças [Internet]. 2011. 1-57 p. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_atencao\\_parto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília: 2011g. 19.
18. Gayeski ME, Brüggemann OM. Non-pharmacological approach to pain relief during labor as hard-light care technology: a systematic review. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2010; 19(4):774–82. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104832705&lang=es&site=ehost-live>.
19. Nagahama EEI, Santiago SM. Childbirth practices and challenges for humanization of care in two public hospitals in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008;24(8):1859–68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/14.pdf>.
20. Busanello J, Kerber NPDC, Mendoza-Sassi RA, Mano PDS, Susin LRO, Gonçalves BG. Humanized attention to parturition of adolescents: analysis of practices developed in an obstetric center. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):824–32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a04v64n5.pdf>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde. 2001. 199 p.
22. Miranda DB, Bortolon FCS, Matão MEL, Campos PHF. Natural and caesarian delivery: representations of women having both experiences. *Revista eletrônica de enfermagem* [Internet]. 2008; 10(2):337-346. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a05.htm>.
23. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Ver Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):29–37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília. 2017.

25. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Selective episiotomy: advances based on evidence. *Femina* [Internet]. 2010; 38(5). Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=546439&indexSearch=ID>.

26. Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Alves MCGP, Leung SL. Effects of delayed cord clamping on hemoglobin and ferritin levels in infants at three months of age. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:323–31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/17.pdf>.

27. WHO. O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil. 2013; 5.

28. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:719–24. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091553>.

29. Sandin-Böjo AK, Kvist LJ. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna score. *Birth*. 2008; 35 (4): 321-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19036045>.

*Correspondência para/Reprint request to:*

**José Flávio de Lima Castro**

*Universidade Federal de Pernambuco,*

*Centro Acadêmico de Vitória,*

*Rua Alto do Reservatório, S/N,*

*Bela Vista, Vitória de Santo Antão/PE, Brasil*

*CEP: 55608-680*

*E-mail: flaviocastro20@hotmail.com*

Recebido em: 04/08/2017

Aceito em: 02/12/2020