

ANÁLISE DOS INDICADORES DE BOAS PRÁTICAS DURANTE A ASSISTÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E NASCIMENTO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE SANTA CATARINA

ANALYSIS OF GOOD PRACTICE INDICATORS DURING LABOR AND BIRTH CARE IN A TERTIARY HOSPITAL IN SANTA CATARINA

Elisa Bompani Zibell¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3857-1570>

Luis Henrique Knaul¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-2352-8638>

Raquel Ronconi Tomaz²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1894-1613>

Paola de Lima¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7647-266X>

¹Centro Universitário Para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – UNIDAVI, Rio do Sul, SC, Brasil.

²Hospital Regional do Alto Vale do Itajaí, Rio do Sul, SC, Brasil.

E-mail: elisa.zibell@unidavi.edu.br.

Resumo

Objetivos: Analisar os indicadores de boas práticas de assistência à mulher no trabalho de parto e pós-parto imediato em um hospital terciário de Santa Catarina.

Métodos: Estudo observacional, analítico, transversal e retrospectivo, com abordagem quantitativa, onde foi realizada análise de prontuários das pacientes admitidas, entre dezembro de 2021 a julho de 2022. Sendo uma pesquisa censitária, na qual todas as pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade integraram o estudo.

Resultados: Foram analisados 1328 prontuários, destes, 549 atenderam os critérios de inclusão. Observamos bons índices de partos normais (58,57%) quando comparados a média nacional, referente aos indicadores de boas práticas, o contato pele a pele ao nascer, amamentação na primeira hora de vida e clampeamento tardio são executados de maneira satisfatória, assim como, os baixos índices de episiotomia e parto instrumental. Contudo, a alimentação no trabalho de parto e utilização de métodos não farmacológicos possuem baixa adesão.

Conclusão: Pode-se concluir que o hospital estudado realiza, de forma global, boas práticas conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde e OMS.

Palavra-chave: Análise de boas práticas; Qualidade de assistência à saúde; Parto humanizado; Trabalho de parto; Métricas de saúde.

Introdução

O nascer é um acontecimento natural e representa um fenômeno marcante para a mãe, bebê e toda a família. A atenção à mulher e ao bebê durante o trabalho de parto e nascimento passa por diversas mudanças em âmbito nacional e internacional (DE SOUSA COSTA, 2021). A cada ano, o número de nascimentos tem influência em uma parcela significativa da população brasileira, e ocorre aproximadamente 3 milhões de nascimentos por ano, sendo 98% deles realizados em ambientes hospitalares (BRASIL, 2020a). O nascimento em ambiente hospitalar caracteriza-se pela realização de procedimentos e adoção de tecnologias com objetivo de tornar o parto mais seguro para a mulher e o bebê. Por um lado, o avanço da obstetrícia contribuiu para a melhoria de indicadores de morbimortalidade tanto materna como perinatal. Entretanto, permitiu a adoção de um modelo que considera a gestação, o parto e o nascimento como enfermidades, expondo mulheres e crianças a altas taxas de intervenções, que devem ser utilizadas de maneira cautelosa (BRASIL, 2017).

Em junho de 2011, o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gestação, parto e puerpério, bem como à criança, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. São preconizadas diretrizes para guiar as ações dos profissionais da saúde, enfatizando as boas práticas, que devem ser consideradas eficazes e estimuladas, como por exemplo a presença do acompanhante, o contato pele a pele ao nascer, a posição não litotômica e a amamentação na primeira hora de vida (BRASIL, 2017).

A gestação, parto e nascimento compreendem momentos marcantes tanto para a dupla mãe/bebê quanto para a família. A realização de intervenções desnecessárias leva risco ao bebê e à parturiente, assim, é evidente a necessidade de analisar e refletir sobre números e modelos de intervenções realizadas na assistência à mulher no trabalho de parto e pós-parto imediato, que fazem parte da rotina dos profissionais de saúde em um hospital terciário de Santa Catarina.

O presente estudo, teve como objetivos, analisar os indicadores de boas práticas de assistência à mulher no trabalho de parto e pós-parto imediato em um hospital terciário de Santa Catarina, descrever o perfil epidemiológico materno e neonatal, identificar os indicadores de boas práticas de assistência ao trabalho de parto e nascimento que são realizados e por fim, avaliar a correlação do perfil epidemiológico com os indicadores de boas práticas de assistência.

Metodologia

Esta pesquisa é do tipo transversal e retrospectiva, com abordagem quantitativa. A população do presente estudo corresponde às pacientes (SUS, convênio e particular) admitidas, entre dezembro de 2021 a julho de 2022 no Hospital Regional do Alto Vale do Itajaí, registradas em prontuário eletrônico. O estudo realizou uma pesquisa censitária, na qual todas as pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade integraram o trabalho. Em razão disso, justifica-se a ausência de cálculo para análise do tamanho da amostra de estudo. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa sob pelo número de parecer 5.655.763 (CAAE 62927822.6.0000.5676).

Foram incluídas nesta pesquisa, todas as pacientes admitidas em trabalho de parto no Hospital Regional Alto Vale do Itajaí, do dia 01/12/2021 a 31/07/2022, com o prontuário completo, sendo excluídas gestantes de alto risco, conforme formulário de classificação de risco gestacional, com complicações maternas, partos fora do centro obstétrico, idade gestacional menor que 34 semanas e comprometimento da vitalidade do recém-nascido.

A coleta de dados epidemiológicos maternos incluiu os seguintes itens: número de prontuário, idade, raça, estado civil, escolaridade, procedência, profissão, número de gestações e abortos prévios, comorbidades, realização de pré-natal, número de consultas pré-natal, tipo de parto, rotura de bolsa, intercorrências durante do trabalho de parto, laceração e apresentação cefálica ou pélvica.

Já os dados epidemiológicos fetais incluíram: idade gestacional, sexo, APGAR do 1º e 5º minutos, peso ao nascer, intercorrências ao nascer e intervenções médicas realizadas.

Os indicadores de boas práticas avaliados foram: posição da mulher no momento do parto, presença de acompanhante, contato pele a pele ao nascer, amamentação na primeira hora de vida,

utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, oferta de dieta no trabalho de parto, uso de ocitocina, realização de amniotomia, realização de episiotomia, utilização de enema, realização da manobra de Kristeller, tempo adequado de clampeamento do cordão umbilical, utilização de instrumentos no momento do parto e uso de punção venosa.

Os dados foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio-padrão. O modelo de distribuição deste trabalho foi estudado explorando-se a normalidade através do teste de Kolgomorov-Smirnov. As variáveis quantitativas foram comparadas por meio do teste de Kruskal-Wallis, seguidos do pós-teste de Dunn sendo o valor de $p < 0,05$ estatisticamente significativo. Toda a análise da estatística descritiva foi realizada no software SPSS versão 20.0 e GraphPad Prism (Prism V.8.2.1, 2019) para Windows. Os resultados foram discutidos, observando-se as recomendações do Ministério da Saúde como medidas de boas práticas de atendimento ao parto e nascimento.

Resultados

Foram analisados 1328 prontuários médicos, levando em consideração os registros de indicadores de parto e nascimento. Foram excluídas gestações de alto risco ($n=729$), partos fora do centro obstétrico ($n=18$), partos abaixo de 34 semanas ($n=17$) e situações de comprometimento de vitalidade fetal ($n=15$), totalizando 779 prontuários, sendo 549 prontuários elegíveis para o presente estudo.

A idade média das participantes foi de 26,2 anos ($SD \pm 5,07$), sendo a idade mínima 15 anos e a máxima 35 anos. A maioria das participantes (83,64%) se consideraram brancas e 13,82% pardas. No tocante ao estado civil, 53,09% são solteiras, 30,91% casadas e 14,18% estão em união estável. Aproximadamente 45% possuíam ensino médio completo. Observa-se que principalmente as mulheres acima dos 21 anos tiveram múltiplas gestações (51,55%).

Dentre todas as gestações, aproximadamente 95% das gestantes realizaram o pré-natal, entretanto, cerca de 58,76% destas o realizaram de forma satisfatória em todas as faixas etárias. As intercorrências durante o trabalho de parto ocorreram em apenas aproximadamente 20% dos casos, e

dentre elas, as mais prevalentes foram oligodrômio (4,18%), parada de evolução/falha de indução e bradicardia fetal (ambos com 3,09%) (Tabela 1).

Já no que se refere ao parto, o tipo cesárea foi adotado em 41,42% dos casos, já o parto normal foi adotado em 58,57% (Tabela 2), das mulheres que tiveram parto normal, 38,10% apresentaram lacerações durante a sua realização e em 4% dos casos foi realizada episiotomia. Observa-se que o parto cesáreo ocorreu em maior número apenas na faixa etária dos 31 aos 35 anos, totalizando 14,05% quando comparado ao parto normal nesta mesma faixa etária (10,40%).

Referente às características descritivas dos indicadores de atenção ao parto e nascimento, no período entre dezembro de 2021 a julho de 2022, a maioria das mulheres (96,18%) contou com a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, sendo predominante na faixa etária dos 21 aos 25 anos (31,57%). O contato pele a pele ao nascer e a amamentação na primeira hora de vida ocorreu em 92,73% e 80,55% dos partos, respectivamente. A punção venosa foi realizada em 78,91% dos partos. Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como utilização de banho terapêutico e uso da bola suíça foram ofertados para 18,91% das mulheres. Já o uso de ocitocina foi realizado em 28,1% dos trabalhos de parto. A taxa de realização da rotura artificial de membranas foi de 35,9%. Sobre a dieta, ela foi ofertada durante o trabalho de parto para 16,73% das pacientes (Tabela 3).

No quesito da posição da gestante durante o momento do parto, os resultados mostram que 55,47% utilizaram a posição litotômica, sendo a posição não litotômica, em decúbito dorsal, utilizada em 41,43% dos casos, e outras posições como de cócoras, quatro apoios e em banco de parto adotados em sua minoria (Tabela 4). Na maioria dos partos (98,49%), não foi necessário o uso de instrumentos como vácuo ou fórceps.

No que tange o tempo do clampeamento do cordão umbilical, nota-se uma prevalência no período tardio de 89,98% dos nascimentos, quando comparada a realização imediata (10,02%).

Já no que concerne aos fatores fetais e de nascimento, a média da idade gestacional foi de 38,68 semanas ($SD \pm 2,13$), sendo o sexo masculino prevalente, totalizando 50,36% nascimentos e

feminino 48,91%. O Apgar no 1º minuto obteve uma média de 8,10 (SD ± 1,99) e no 5º minuto de 8,96 (SD ± 1,91).

Em relação ao peso, observou-se uma média de 2.477g (SD ± 1442). Quando comparado o peso ao nascer por faixa etária, observa-se que mulheres entre 26 aos 30 anos tiveram recém-nascidos com maior peso ao nascer se comparada às da faixa etária entre 31 aos 35 anos (Figura 1).

Com relação às intercorrências ao nascer, as mais prevalentes foram: hipotonia (3,27%), desconforto respiratório (2,55%), bradicardia (0,73%), taquipneia (0,36%), icterícia e parada cardiorrespiratória (0,18%), entretanto, a maioria dos recém-nascidos não apresentou nenhuma intercorrência (90,91%).

Quanto às intervenções médicas realizadas, observou-se que a maioria não necessitou de procedimentos (70,91%) e a intervenção mais utilizada quando necessário, foi a aspiração de vias áreas, em cerca de 19,27% dos casos.

Discussão

De acordo com o Ministério da Saúde, são recomendadas no mínimo 6 consultas de pré-natal durante uma gestação (BRASIL, 2022 - 1). A realização do pré-natal é de extrema importância, uma vez que contribui para a redução da morbimortalidade infantil, associado a melhores desfechos perinatais (BASSO, 2012). No presente estudo, o pré-natal foi realizado em aproximadamente 95% das gestações, entretanto, de forma satisfatória, com no mínimo 6 consultas, em 58,76% dos casos, este número pode estar subestimado, visto que muitos prontuários não possuíam o número exato de consultas de pré-natal realizadas.

Já a taxa de intercorrências durante o trabalho de parto foi de aproximadamente 20%, sendo as principais o oligodrâmio, em 4,18% dos casos, a parada ou falha de indução e bradicardia fetal, ambos em 3,09% dos casos. Segundo Rezende (2008), a maioria dos partos evolui sem problemas, entretanto, aproximadamente 10% dos nascimentos apresentam intercorrências envolvendo o canal de parto, as contrações uterinas inadequadas ou o comprometimento da vitalidade fetal (REZENDE, 2008). Nosso estudo vai de encontro com o realizado por Soares (2016) onde a oligodramnia foi a

intercorrência mais prevalente, juntamente com a DHGE (SOARES, 2016). A oligodramnia é caracterizada por redução da quantidade de líquido amniótico para uma idade gestacional, o que pode ocasionar restrição de crescimento intrauterino e elevação das taxas de cesariana, o que poderia explicar, em parte, as taxas de cesarianas realizadas (MADI, 2005).

No período do estudo, o índice de partos normais foi de 58,57%, enquanto o de cesariana foi de 41,42%, em discordância com os índices nacionais, onde cerca de 55% dos partos são do tipo cesariana, entretanto, acima do que recomenda a Organização Mundial da Saúde, na qual indica que a taxa de cesarianas esteja entre 10 e 15% (DE ALMEIDA TEIXEIRA, 2016). Os índices de cesarianas no Brasil e no mundo aumentaram por diversos motivos, suas indicações foram ampliadas, e o procedimento possui indicações absolutas e relativa. No geral, o parto normal possui vantagens sobre a cesariana, além de ser natural, possui menor custo e oferece rápida recuperação a mulher, ademais, também se mostra importante para a criança, pois ajuda a completar sua maturidade ao passar pelo canal de parto (BRASIL, 2013).

Dentre as gestantes que tiveram parto normal, em 38,10% dos casos houve lacerações durante o trabalho de parto, e em 4% delas foi realizada episiotomia. As lacerações podem ocorrer em quatro graus diferentes e segundo estudos, apresentam relação com a utilização de instrumentos, primiparidade e peso do recém-nascido (SANTOS, 2018). A diretriz do Ministério da Saúde, orienta não realizar episiotomia de modo rotineiro durante o parto vaginal espontâneo, e caso realizada, sua indicação deve ser justificada (BRASIL, 2017). Esse procedimento consiste na ampliação da abertura vaginal por meio de incisão cirúrgica do períneo, ela vem sendo desestimulada, pois pode ser prejudicial ao assoalho pélvico da mulher, aumentar a perda sanguínea e não melhora os resultados perinatais por asfixia (AGUIAR, 2020; LEAL, 2014). A taxa de realização de episiotomia na instituição no período estudado foi de 4%, a Organização Mundial da Saúde sugere que as taxas de episiotomia de uma instituição não ultrapassem 10%, sendo assim, o hospital estudado segue de acordo com a orientação. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2023; OMS, 1996).

Na maioria dos partos (98,49%), não foi necessário o uso de instrumentos como vácuo ou fórceps. Segundo o Ministério da Saúde, deve-se considerar o parto instrumental apenas se não houver segurança quanto ao bem-estar fetal ou em casos de prolongamento do segundo período de parto (BRASIL, 2017). Nesta pesquisa, 1,45% dos partos utilizaram o vácuo extrator, e 0,18% o fórceps, ambos associados à exaustão materna e comprometimento da vitalidade fetal. Nosso país não possui dados nacionais sobre a taxa de partos vaginais instrumentais, entretanto, os dados obtidos vão de encontro com o estudo realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro entre 2014 e 2015, onde a taxa da utilização de fórceps foi de 0,9% (CUNHA, 2011; SILVA, 2017).

No que diz respeito a posição no trabalho de parto, a diretriz do Ministério da Saúde enfatiza que as mulheres devem ser desencorajadas a permanecer em posição supina, ou semi-supina durante o segundo período do trabalho de parto, e ser estimuladas a assumir qualquer posição que ela se sinta confortável, como quatro apoios, de cócoras ou lateralizada (BRASIL, 2017). Nossos achados apontam que 55,47% de todas as gestantes utilizaram a posição litotômica, aproximadamente 41% adotaram decúbito dorsal, em decorrência dos partos cesáreos, e apenas 3,25% das gestantes não utilizou a litotomia. De acordo com a literatura, sabe-se que a livre movimentação no trabalho de parto possui inúmeros benefícios, como diminuir o tempo de trabalho de parto, favorecer o processo de descida fetal, promover contrações uterinas mais eficientes e diminuir os níveis de dor (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2023). Dados da pesquisa Nascer no Brasil, comprovam que a posição litotômica, embora não seja a mais adequada para a parturiente, ainda é a mais utilizada em nosso país, onde 91% das mulheres utilizaram a litotomia, que vai em consonância com este estudo (LEAL, 2014).

Cerca de 96,18% das parturientes possuíam acompanhantes no momento do parto, principalmente as na faixa etária dos 21 a 25 anos (31,57%). A lei federal N° 11.108, orienta que todos os serviços de saúde ficam obrigados a permitir a presença de um acompanhante junto a gestante, da sua escolha, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Estudos como o de Dodou (2014) evidenciam que a companhia no momento do parto promove mais confiança e segurança para a gestante, além de constituir-se como uma fonte de força e apoio, o que é capaz de amenizar a sensação de solidão e dor, gerando bem-estar emocional e físico para a paciente (DODOU, 2014).

Outro indicador analisado foi o contato pele a pele ao nascer, que ocorreu em 92,73% dos nascimentos. Esta prática é benéfica tanto para a mãe quanto para o bebê, pois contribui para a construção do vínculo materno fetal, favorece o apego e confiança da mãe, e possui efeitos positivos sobre a amamentação, mostrando-se benéfica principalmente em casos de bebês prematuros (BRASIL, 2022 - 2). A amamentação na primeira hora de vida que foi realizada em 80,55% dos partos, essa prática é favorável pois assim como o contato pele a pele ao nascer, influencia de forma positiva na relação mãe-bebê, torna a sucção mais eficiente e eficaz, e aumenta a prevalência e a duração da lactação (MATOS, 2010). Observamos que a taxa de não realização do contato pele a pele ao nascer e da amamentação na primeira hora de vida condizem com os índices de intercorrências maternas e perinatais, explicando assim seus números.

Sobre a taxa de punção venosa nas pacientes, seu índice foi de 78,91%. Observamos que esta é uma intervenção recorrente no serviço estudado, isto é realizado na maioria das vezes para a hidratação da paciente e administração de medicações, entretanto, sua realização de maneira profilática nos partos normais, deve ser desencorajada perante as recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018). Este número, entretanto, entra em consonância com as taxas de cesarianas (41,42%), e com o uso de ocitocina, que foi realizada em 28,1% das vezes, as quais são necessárias a realização de punção venosa. A ocitocina é um neuropeptídeo que possui efeito na estimulação da musculatura uterina, acelerando o trabalho de parto, e seu uso rotineiro encontra-se classificado como uma intervenção desnecessária, segundo a OMS, que deve ser limitada a situações específicas, devido ao seu caráter prejudicial ou ineficaz, pois seu uso pode levar a morte fetal e hemorragia pós-parto (DE ERRICO, 2017). O hospital analisado encontra-se com níveis baixos quando comparado ao estudo Nascido no Brasil: Inquérito sobre o parto e Nascimento, que identificou

a utilização de ocitocina em aproximadamente 38% dos trabalhos de parto de risco habitual (LEAL, 2014).

No que tange aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, estes foram ofertados para 18,91% das gestantes, sendo o banho terapêutico e a bola suíça os utilizados no hospital estudado. Estes métodos possuem baixo custo e grande eficácia no quesito alívio da dor, principalmente se ofertados de maneira associada (MEDEIROS, 2016). Estudos como Costa (2021) mostram que estes métodos influenciam na fisiologia do parto, promovendo conforto e bem-estar, cooperando assim na progressão do trabalho de parto (COSTA, 2021). Em comparação com um estudo realizado por Silveira (2022), onde as taxas de utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor foram ofertadas a 100% das pacientes, nosso hospital encontra-se em desvantagem, o que entra em discordância com o intuito da assistência humanizada (SILVEIRA, 2022).

Em relação a rotura de membranas, aproximadamente 62% das gestantes apresentaram rotura espontânea, e cerca de 35% tiveram a rotura artificial das membranas. De acordo com o Ministério da Saúde, a amniotomia precoce não deve ser realizada rotineiramente em mulheres que estejam em trabalho de parto com boa progressão, ela deve ser considerada diante da falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, caso as membranas ainda estejam íntegras (BRASIL, 2017). A taxa de amniotomia realizada pelo hospital pesquisado está de acordo com os números registrados no estudo Nacer no Brasil entre 2011 e 2012, onde possui taxas de 40% de realização, entretanto, não conseguimos concluir se isto ocorreu da forma preconizada pelo Ministério da Saúde, visto que em muitos prontuários não havia o momento de realização da rotura (LEAL, 2014).

No período estudado, não houve realização da manobra de Kristeller nem a utilização de enema. Sobre o enema consiste na lavagem intestinal, e não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto, seu uso é justificado para evitar a contaminação da região perineal, entretanto, dados da literatura evidenciam que não há redução de infecção puerperal ou perinatal com a sua realização (POTASSI, 2017). Considerando, portanto, que neste quesito o hospital encontra-se totalmente de acordo com o preconizado pelos órgãos públicos.

Conforme a última atualização da diretriz de assistência ao parto normal, mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, além de somente água, e aquelas que não estiverem sob efeito de opioides ou que não apresentam risco iminente para anestesia geral, podem ingerir uma dieta leve (BRASIL, 2017). Segundo a OMS, o consumo de dietas brandas, para repor as energias requeridas durante o trabalho de parto previne a desidratação e a cetose, garantindo assim o bem-estar da gestante, devendo ser estimulada, e não proibida (WEI, 2011). Em contrapartida, no presente estudo, a dieta foi ofertada para apenas 16,73% das parturientes, este número pode estar subestimado, visto que em muitos prontuários não possuíam esta informação.

No que diz respeito ao tempo de clampeamento do cordão umbilical, 89,98% foram realizados no período tardio, e apenas 10,02% imediatamente, estes, relacionados a intercorrências perinatais, onde o bebê necessitou de intervenções imediatas. O clampeamento imediato não é preconizado pelo Ministério da Saúde, considerando que a realização desse procedimento de forma tardia, entre 1 e 3 minutos após a cessação das pulsações, previne a anemia no primeiro ano de vida da criança, sendo assim, observamos que o hospital analisado segue esta recomendação do MS (BRASIL, 2017; SILVEIRA, 2022).

No presente estudo, a média de peso dos recém-nascidos foi de 2.477g, observa-se que mulheres entre 31 e 35 anos tiveram bebês com baixo peso quando comparadas as de 26 a 30 anos. A idade materna avançada é considerada fator de risco para baixo peso ao nascer, que está relacionado ao aumento dos índices de morbimortalidade perinatal (GRAVENA, 2013). Entretanto, vale ressaltar que o desvio padrão pode influenciar na média do peso ao nascer, ficando, portanto, dentro da faixa esperada de 2.500g.

Conclusão

Com este estudo podemos concluir que o hospital pesquisado adota, em sua maioria, as práticas benéficas preconizados pelo Ministério da Saúde e OMS. Dentre elas, as altas taxas de partos normais quando comparado ao do tipo cesárea, os bons índices de boas práticas, como contato pele a

pele ao nascer, amamentação na primeira hora de vida e clampeamento tardio do cordão umbilical. Assim como, os baixos índices de realização de episiotomia e parto instrumental.

Entretanto, existem taxas de intervenções como a realização de amniotomia, e uso de ocitocina, indicadores que se distanciam do que é preconizado no atendimento humanizado. Podemos ainda observar, que certas normas de atenção humanizada como a oferta de dieta no momento do parto e utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, são pouco utilizados neste serviço de saúde. Por fim, evidenciamos que houve limitação de estudo em decorrência da falta de informações nos prontuários médicos.

Contribuição dos autores

Zibell BE, Lima P e Tomaz RR contribuíram na concepção e delineamento do artigo. Zibell BE e Knaul HL contribuíram para coleta e interpretação dos dados. Zibell BE e Lima P contribuiu na interpretação dos dados e redação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Os autores declaram não haver conflito de interesse

Referências

AGUIAR, Bruna Menezes et al. Fatores associados à realização de episiotomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

BASSO, Chariani Gugelmim; NEVES, Eliane Tatsch; SILVEIRA, Andressa da. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, p. 269-276, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Tabnet: Nascidos vivos – Brasil. 2020a**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.deff> .

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico N° 20 – maio 2020b**. 51 (20). <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/boletim-epidemiologico-no-20-maio-2020/>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Contato pele a pele é saudável para a saúde da mãe e do bebê**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/contato-pele-a-pele-e-saudavel-para-a-saude-da-mae-e-do-bebe>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Parto**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto>.

CUNHA, Alfredo de Almeida Cunha. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, 2011.

DE ALMEIDA TEIXEIRA, Susana Cláudia Nogueira. **Aplicabilidade da taxa de cesarianas proposta pela OMS a nível global**. 2016.

DE ERRICO, Livia de Souza Pancrácio et al. Parto e nascimento com ocitocina sintética: uso ou abuso?. 2017.

DE SOUSA COSTA, Roberto; FERREIRA, Janaína Pereira; VIANA, Magda Rogéria Pereira. Boas práticas na assistência ao parto natural. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e53210515394-e53210515394, 2021.

DODOU, Hilana Dayana et al. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 262-269, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Posições para o Parto**. Rio de Janeiro, 09 fev. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-posicoes-para-o-parto/>.

GRAVENA, Angela Andréia França et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paulista de enfermagem**, v. 26, p. 130-135, 2013.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014.

MADI, José Mauro et al. Oligodramnia sem rotura das membranas amnióticas: resultados perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, p. 75-79, 2005.

- MATOS, Thaís Alves et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, p. 998-1004, 2010.
- MEDEIROS, R. M. K. et al (2016). Humanized Care: insertion of obstetric nurses in a teaching hospital. **Revista brasileira de enfermagem**, 69, e1091-1098.
- NASCIMENTO, Ketre Iranmarye Manos et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 7362-7380, 2021.
- POSSATI, Andrêssa Batista et al. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Escola Anna Nery**, v. 21, 2017.
- REZENDE, J. MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 11^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.
- SANTOS, Patricia Soares Oliveira dos; REINER, Gabriela Longhi. Fatores associados à laceração perineal durante o parto normal. **Medicina-Pedra Branca**, 2018.
- SILVA, Ana Carolina Lima et al. Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 19, 2017.
- SILVEIRA, Nara Beatriz et al. Indicadores de boas práticas durante a assistência à mulher no trabalho de parto e nascimento. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 2, pág. e2611225319-e2611225319, 2022.
- SOARES, Agdaiane Moura et al. **Principais intercorrências e complicações obstétricas no período da gestação e puerperio**. 2016.
- VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.
- WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 717-725, 2011.
- World Health Organization. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: WHO; 1996.
- World Health Organization. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018.

Tabela 1. Intercorrências gestacionais por faixa etária

	15 – 20		21 – 25		26 – 30		31 – 35		Total	
	anos		anos		anos		anos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Parada de evolução/falha de indução	2	11,76	5	29,41	7	41,18	3	17,65	17	3,09
Bradycardia fetal	7	41,18	6	35,29	2	11,76	2	11,76	17	3,09
Oligodrâmnio	12	52,17	4	17,39	5	21,74	2	8,70	23	4,18
Outros	31	53,45	9	15,52	9	15,52	9	15,52	58	10,55

Tabela 2. Tipo de parto

	Normal		Cesárea		Total	
	n	%	n	%	n	%
15 – 20 anos	58	10,58	25	4,56	83	15,09
21 – 25 anos	121	22,08	49	8,76	170	30,91
26 – 30 anos	85	15,51	77	14,05	162	29,45
31 – 35 anos	57	10,40	77	14,05	134	24,36

Tabela 3. Características descritivas dos indicadores de atenção ao parto e nascimento

	15 – 20		21 – 25		26 – 30		31 – 35		Total	
	anos		anos		anos		anos			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Presença do acompanhante	77	14,56	167	31,57	156	29,49	129	24,39	529	96,18
Contato pele a pele ao nascer	72	14,12	162	31,76	150	29,41	126	24,71	510	92,73
Amamentação na primeira hora de vida	67	15,12	140	31,60	127	28,67	109	24,60	443	80,55
Uso de punção venosa	61	14,06	127	29,26	131	30,18	115	26,50	434	78,91
Utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor	22	21,15	33	31,73	31	29,81	18	17,31	104	18,91
Uso de ocitocina	29	18,71	54	34,84	44	28,39	28	18,06	155	28,18
Rotura artificial de membrana	26	4,99	40	7,68	63	12,09	58	11,14	187	35,90
Realização da manobra de Kristeller	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Realização de episiotomia	4	18,18	7	31,82	5	22,73	6	27,27	22	4,00
Utilização de enema	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Dieta no trabalho de parto	12	13,04	32	34,78	26	28,26	22	23,91	92	16,73

Tabela 4. Posição da mulher durante o momento do parto

	LT		NLT		CC		AP		BP		VB		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
15 – 20 anos	55	10,04	25	4,56	0	0,00	1	0,18	0	0,00	0	0,00	81	14,73
21 – 25 anos	114	20,80	52	9,49	2	0,36	0	0,00	2	0,36	0	0,00	170	30,91
26 – 30 anos	79	14,42	75	13,69	4	0,73	1	0,18	2	0,36	2	0,36	163	29,64
31 – 35 anos	56	10,22	74	13,50	1	0,18	1	0,18	1	0,18	1	0,18	134	24,36

LT = Litotômica; NLT = Não litotômica – decúbito dorsal; CC = Cócoras; AP = 4 Apoios; BP = banco de parto; VB = vertical no banho.

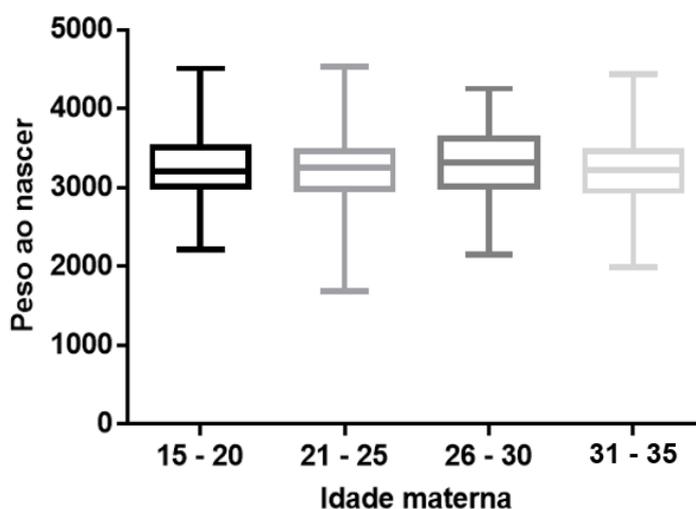


Figura 1. Peso ao nascer versus faixa etária materna.