

Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência

Good Partices in obstetric care and its interface with humanization of assistance

Buenas Prácticas en la atención obstétrica y su interrelación com la huamanización de la asistencia

Larisse Ferreira Benevides de Andrade^I; Quessia Paz Rodrigues^{II}; Rita de Cássia Velozo da Silva^{III}

RESUMO

Objetivo: analisar as boas práticas adotadas na atenção à mulher e ao recém-nascido, em uma maternidade pública baiana, apoiada pela Rede Cegonha. **Método:** estudo descritivo com abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo, a partir de dados secundários. A pesquisa documental foi realizada em prontuários de 337 mulheres, em setembro de 2015. O projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da organização hospitalar, com o parecer consubstanciado nº 1.185.928/2015. **Resultados:** as mulheres do estudo predominaram entre 20 a 35 anos, a maioria negra e parda, com ensino médio e primípara. Identificou-se o uso das seguintes boas práticas: presença de acompanhante (79,2%), métodos não farmacológicos para o alívio da dor (23,1%), contato pele a pele imediato (51,6%) e amamentação na sala de parto (38%). A maioria dos partos (95,3%) foi assistida por médicos. **Conclusão:** dentre as boas práticas analisadas, apenas a presença de acompanhante e o contato pele a pele ocorreu com a maioria das mulheres. As demais apresentaram baixa adesão. É preciso empenho da organização e da equipe para que as boas práticas sejam efetivamente adotadas. **Palavras-chave:** Parto humanizado; assistência de enfermagem; enfermagem obstétrica; obstetrícia.

ABSTRACT

Objective: to analyze good practices adopted in caring for the woman and the newborn in a public hospital from Bahia supported by Brazilian Rede Cegonha. **Method:** it is a descriptive and retrospective study with a quantitative approach, based on secondary data. The documental research used the medical records of 337 women, on September 2015. The study was approved by the Research Ethics Committee of the hospital (registered as number 1185928 / 2015). **Results:** the predominant women in the study were 20 to 35 years old, afrodecendents, with high school education and in the first parturition. It was identified the use of the following good practices: the presence of companion (79,2%), non-pharmacological methods of pain relief (23,1%), immediate skin-to-skin contact (51,6%) and breastfeeding in the delivery room (38%). Most of parturition (95,3%) were assisted by doctors. **Conclusion:** among the good practices analyzed, only the presence of companion and skin to skin contact occurred with the majority of women. The others had low adherence. It is necessary the commitment from the organization and the team in order to make good practices effectively adopted.

Keywords: Humanized delivery; nursing care; obstetric nursing; obstetric.

RESUMEN

Objetivo: analizar las buenas prácticas adoptadas en el cuidado de la mujer y el recién nacido en un hospital público de Bahía apoyado por la Rede Cegonha. **Método:** es un estudio descriptivo y retrospectivo con enfoque cuantitativo, basado en datos secundarios. La investigación documental utilizó los registros médicos de 337 mujeres, en septiembre de 2015. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital (registrado como número 1185928/2015). **Resultados:** las mujeres predominantes en el estudio fueron de 20 a 35 años, afrodescendientes, con educación secundaria y en el primer parto. Se identificó el uso de las siguientes buenas prácticas: presencia de acompañante (79,2%), métodos no farmacológicos de alivio del dolor (23,1%), contacto inmediato piel a piel (51,6%) y lactancia materna en la sala de partos (38%). La mayoría de los partos (95,3%) fueron atendidos por médicos. **Conclusión:** entre las buenas prácticas analizadas, solo la presencia del compañero y el contacto piel con piel ocurrió con la mayoría de las mujeres. Los otros tenían poca adherencia. Es necesario el compromiso de la organización y el equipo para hacer que las buenas prácticas se adopten efectivamente.

Palabras clave: Humanización del parto; los cuidados de enfermeira; enfermería obstétrica; obstetrícia.

INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade social de mulheres e crianças a algumas situações de risco é comprovadamente fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. A hegemonia do modelo biomédico na assistência obstétrica e neonatal e a utilização acrítica do conhecimento técnico podem

contribuir para o aumento dos riscos e tornar ineficaz qualquer tentativa de mudanças¹.

A institucionalização do parto tornou o processo parturitivo um evento hospitalocêntrico, encarado como condição patológica, promovido por intensa medicalização, intervenções cirúrgicas desnecessárias e afastando o domí-

^IEnfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Atualiza Cursos. Bahia. Brasil. E-mail: larisse_ferreira@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutoranda pela Universidade Federal da Bahia. Docente da Faculdade Ruy Barbosa/Devry Brasil. Salvador, Bahia. Brasil. E-mail: qprodrigues@gmail.com.

^{III}Enfermeira. Doutoranda pela Universidade do Porto, Portugal. Salvador, Bahia. Brasil. E-mail: rvelozo2009@gmail.com.

nio da mulher durante o processo, em contrapartida surgiram novas propostas de atenção ao parto com um enfoque humanista, centrado na mulher e suas particularidades^{2,3}.

A atenção obstétrica no Brasil ainda está focada no modelo biomédico, o que tem contribuído para o aumento de procedimentos invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto, e conseqüentemente, refletindo nos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal⁴. Apesar de toda discussão sobre a assistência à mulher e ao recém-nascido, observa-se ainda o predomínio da adoção e incorporação de práticas obstétricas medicalizadas⁵. De acordo com estudos, medicamentos como a ocitocina têm sido utilizados na maioria dos partos vaginais, enquanto a cesariana se tornou a via mais comum de nascimento⁶. O uso rotineiro de ocitocina acarreta efeitos colaterais, tais como a hiperestimulação uterina e aumento da dor⁷.

As boas condições de atenção profissional e institucional ao parto são capazes de diminuir a ocorrência de morte materna. A atenção profissional à mulher gestante e/ou parturiente representa elemento chave para a obtenção de bons resultados, tanto maternos quanto perinatais⁸.

As recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) no Brasil para o manejo do trabalho de parto incluem oferta de líquidos, estímulo à adoção de posições verticalizadas, liberdade de movimentação e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, objetivando conforto materno e melhor progressão do trabalho de parto⁹.

Considerando que a gravidez e nascimento são eventos fisiológicos na vida da mulher, é responsabilidade de todos profissionais envolvidos nessa assistência proporcionar um ambiente de humanismo e segurança, encorajando-a e empoderando-a durante todo processo. Assim, este estudo objetivou analisar as boas práticas adotadas na atenção à mulher e ao recém-nascido, em uma maternidade pública baiana, apoiada pela Rede Cegonha. Tais práticas têm comprovada eficácia na condução do processo parturitivo, reduzindo o tempo do trabalho de parto, aumentando o vínculo mãe-bebê, diminuindo a necessidade de intervenções, e permitindo que o parto transcorra de forma fisiológica e natural como deve ser.

REVISÃO DE LITERATURA

Prestar assistência humanizada, com base nos princípios e estratégias da Política Nacional de Humanização (PNH) deve ser um caminho a ser seguido para atingir a melhoria na qualidade da assistência¹⁰. Objetivando a redução das taxas de cesárias desnecessárias, bem como promover uma assistência obstétrica mais humanizada, o Ministério da Saúde regulamentou diversas portarias, a exemplo do conjunto de portarias que instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

O PHPN busca o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada. Fundamenta-se

nos preceitos de que a Humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é necessária para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério¹¹.

Com a proposta de uma estratégia, a Rede Cegonha foi lançada em março de 2011 instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011, visando organizar uma rede de cuidados que assegure às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis¹².

Neste sentido, a Rede Cegonha propõe qualificação da atenção ao parto e nascimento garantindo suficiência, ampliação nos serviços de atendimento à gestante, qualidade dos serviços prestados, com mudança no modelo de gestão e atenção. Tal mudança visa transformar estruturas das maternidades garantindo uma melhor ambiência nos centros obstétricos, além de qualificar o cuidado estimulando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento¹².

METODOLOGIA

Estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários. Foram analisados 337 registros de mulheres que tiveram parto normal em uma maternidade pública, baiana, inserida em hospital-escola da rede estadual de saúde, no município de Salvador.

A fonte de dados utilizada foi do tipo secundária, a partir das fichas de monitoramento de atenção ao parto e nascimento que foram preenchidas no período de maio a julho de 2015, e das Declarações de Nascimento (DNV) do mesmo período.

As fichas de monitoramento são preenchidas pela equipe de enfermagem, mais precisamente pelas enfermeiras da sala de parto e posteriormente são anexadas ao Livro de Monitoramento de Parto. Na maternidade em estudo, a DNV também é preenchida pela enfermeira da sala de parto.

A coleta de dados ocorreu em setembro de 2015, e foi dividida em duas partes: de início foram coletados os dados na ficha de monitoramento de parto e ao término dessa etapa foi iniciada a coleta das DNV.

O estudo adotou quatro variáveis quantitativas diretas: número de gestações anteriores, número de partos normais anteriores, número de partos cesáreos anteriores e número de abortos anteriores. A faixa etária foi classificada segundo os grupos - adolescentes, jovens e adultos. As variáveis qualitativas somaram nove, sendo distribuídas e categorizadas conforme descrito na Figura 1.

Para o processamento dos dados, foi utilizado o *software* estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) v.20, extraindo a frequência absoluta e relativa. Dessa forma, foi construído o banco de dados, no qual foram a todas as variáveis em questão.

Variáveis	Definições operacionais	Categorização
Faixa etária	Caracterização sociodemográfica Faixa etária em anos	13-19 anos: adolescentes 20-35 anos: jovens 35 ou mais: adultas
Raça/Cor	Raça/cor autodeclarada	Branca Preta Parda
Escolaridade	Composição dos Níveis Escolares	Não Alfabetizada Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior
Caracterização das boas práticas		
Presença do acompanhante	Presença do acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o processo parturitivo.	Sim Não
Medidas não farmacológicas (MNFs) para alívio da dor	Métodos não farmacológicos e não invasivos utilizados na assistência ao parto com o objetivo de proporcionar conforto, segurança e aliviar a dor da parturiente.	Deambulação Chuveiro Massagem Cavalinho Bola Suíça Não utilização de métodos
Posição no período expulsivo	Refere-se à liberdade de escolha da mulher em adotar uma posição a qual se sinta confortável e que traga segurança ao parto.	Deitada Semideitada Cócoras Sims
Contato pele a pele imediato	Este contato precoce deve ser estimulado ainda na sala de parto para a formação do apego e vínculo mãe-bebê.	Sim Não
Amamentação na 1ª hora de vida	O aleitamento materno precoce é um fator que contribui e favorece o estreitamento do vínculo mãe-bebê, além de estimular a produção do leite.	Sim Não
Caracterização das categorias profissionais que assistiram ao parto		
Profissional que assistiu ao parto	Profissional com respaldo legal e competência técnica para exercer a profissão	Médico Enfermeira obstétrica

FIGURA 1: Definições operacionais e categorização das variáveis do estudo.

Conforme o protocolo estabelecido pelo Conselho Nacional de Saúde e às recomendações da Resolução nº 466/12¹³, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil, após autorização da direção do hospital, campo do estudo. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da organização hospitalar, com parecer consubstanciado nº 1.185.928/2015.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico e as quatro variáveis quantitativas referentes ao perfil obstétrico das mulheres do estudo, são apresentados na Tabela 1

Observa-se que mais da metade das mulheres do estudo (65,9%) tinha entre 20-35 anos. Destacam-se, a seguir, de 20,8% de mulheres na faixa etária dos 13 aos 19 anos. A raça/cor predominante foi a cor negra (parda e preta), resultando em 83,3 % das mulheres, sendo a cor branca composta por minoria - 4,5%. Salienta-se que 12,2% das fichas analisadas não continham registro de raça/cor.

Notou-se uma diferença na adesão de duas boas práticas se comparadas ao quesito raça/cor. A primeira, em relação à presença de acompanhante, apenas 6,6%

das mulheres brancas não foram acompanhadas, enquanto entre as mulheres negras a não adesão alcançou 25,7%. A segunda, em relação ao contato pele a pele, 28,5% das mulheres brancas não tiveram esse contato, enquanto essa ausência entre as mulheres negras atingiu a maioria de 69%.

Quanto à escolaridade, aproximadamente a metade das mulheres estudou até o Ensino Médio, 37,1% cursaram ou estavam cursando o Ensino Fundamental e apenas 2,7% cursavam o Ensino Superior. Não houve informação sobre esta variável em 10,4% das fichas.

No que diz respeito ao perfil obstétrico, 50,4% das mulheres eram primigestas. Entre as mulheres multigestas, 31,8% tiveram de uma a duas gestações, 9,2 % de três a quatro gestações, e 8,6% a partir de cinco gestações. No que se refere ao tipo de parto, 5,9% tiveram parto cesáreo e 41,8% parto normal.

Quanto à ocorrência de abortamentos anteriores, 16,3% das mulheres referiram de um a dois episódios, 0,6% sofreram de três a quatro episódios e 0,6% sofreram cinco ou mais episódios.

Os dados relacionados às boas práticas de atenção ao parto e nascimento que são adotadas pela maternidade em estudo são apresentados na Tabela 2.

TABELA 1 : Caracterização sociodemográfica e obstétrica das mulheres do estudo. N(337) Salvador, Brasil, 2015.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
13-19 anos	70	20,8
20-35 anos	222	65,9
36-45 anos	45	13,4
Raça/Cor		
Branca	15	4,5
Parda	201	59,6
Preta	80	23,7
Sem informação	41	12,2
Escolaridade		
Não alfabetizada	3	0,9
Ensino Fundamental	125	37,1
Ensino Médio	165	49
Ensino Superior	9	2,7
Sem informação	35	10,4
Gestações anteriores		
Nenhuma	170	50,4
1 a 2 gestações	107	31,8
3 a 4 gestações	31	9,2
≥ 5 gestações	29	8,6
Partos normais anteriores		
Nenhuma	196	58,2
1 a 2 partos normais	96	28,5
3 a 4 partos normais	25	7,4
≥ 5 partos normais	20	5,9
Partos cesáreos anteriores		
Nenhum	317	94,1
1 parto cesáreo	19	5,6
2 partos cesáreos	1	0,3
Abortos anteriores		
Nenhum	278	82,5
1 a 2 abortos	55	16,3
3 a 4 abortos	2	0,6
≥ 5 abortos	2	0,6

Observa-se que a maioria das mulheres teve a liberdade de escolha de ter seu acompanhante no momento da internação (79,2%), contrapondo-se a 19,9% que não foram acompanhadas. Em relação à utilização dos métodos não farmacológicos (MNF's) para o alívio da dor, o estudo apontou dessa apenas 23,1% de utilização. Os métodos aplicados foram: deambulação (16,2%), chuveiro (3%), massagem (2,1%), cavalinho (1,5%) e bola suíça (0,3%).

A posição mais adotada pelas mulheres no período expulsivo foi a semideitada (66,2%), seguida pela posição litotômica (27,6%). As posições de cócoras e Sims, tiveram 1,5% e 0,6%, respectivamente.

O contato pele a pele imediato com o bebê foi possibilitado a 51,6% das mulheres. Ressalta-se que 7% das fichas não continham essa informação. Quanto à amamentação precoce ainda na sala de parto, 55,8% não amamentaram seus bebês na 1ª hora de vida, enquanto 38% adotaram essa prática. Vale salientar que 6,2% das fichas que não continham essa informação.

TABELA 2: Caracterização das boas práticas adotadas com as mulheres do estudo. N(337) Salvador, Brasil, 2015.

Variáveis	f	%
Presença do acompanhante		
Sim	267	79,2
Não	67	19,9
Sem Informação	3	0,9
MNFs para alívio da dor		
Deambulação	55	16,2
Chuveiro	10	3,0
Massagem	7	2,1
Cavalinho	5	1,5
Bola Suíça	1	0,3
Não utilização de métodos	259	76,9
Posição no período expulsivo		
Litotômica	93	27,6
Semideitada	223	66,2
Cócoras	5	1,5
Sims	2	0,6
Sem Informação	14	4,2
Contato pele a pele		
Sim	174	51,6
Não	136	40,4
Sem Informação	27	8
Amamentação na sala de parto		
Sim	128	38
Não	188	55,8
Sem Informação	21	6,2

DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico e obstétrico

Estudos apontam que a idade da mulher interfere na mortalidade materna, e aquelas acima de 35 anos são consideradas como de alto risco, e outros autores defendem que a idade deve estar associada a fatores como as condições socioeconômicas¹⁴. Neste estudo, a faixa etária predominante é de adultas jovens, entre 20-35 anos, o que corresponde à idade favorável para a gestação.

Verificou-se maior percentual de mulheres com Ensino Médio completo/incompleto. A instrução pode assegurar, mesmo que indiretamente, uma ampliação nas possibilidades de conhecer e ter acesso à informação segura e adequada sobre a utilização de métodos contraceptivos, embora não garanta o seu uso.

Também a maioria das mulheres deste estudo era de pardas e pretas, reafirmando o perfil das usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Em um estudo realizado em Recife, que objetivou caracterizar as desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas negras e brancas, o risco de morte de negras em relação às brancas, por agravos relacionados à gravidez, parto e puerpério, foi duas vezes superior e, na faixa etária de

20 a 29 anos, quatro vezes maior. Esses achados reforçam a necessidade do aprimoramento da vigilância em saúde e do conhecimento a respeito das desigualdades raciais em saúde¹⁵.

Boas práticas no parto e nascimento

A gravidez deve ser tratada como expressão de saúde, e o nascimento como processo fisiológico e natural. Intervenções desnecessárias devem ser evitadas, já que existe um grande corpo de evidências demonstrando que a facilitação do processo natural do nascimento, para que ocorra de acordo com suas características normais, pode originar melhores resultados maternos e perinatais. A menos que ocorram desvios da normalidade, constatados por meio dos controles maternos e fetais periódicos, com avaliação contínua de risco, não se justifica qualquer tipo de intervenção nesse processo¹.

A Pesquisa Nascer no Brasil, considerou baixa a incidência de boas práticas obstétricas entre mulheres de baixo e alto risco obstétrico, já a incidência de intervenções durante o trabalho de parto e parto foi extremamente elevada nos dois grupos⁹.

Nessa perspectiva, as boas práticas elencadas para este estudo (presença de acompanhante, métodos não farmacológicos para o alívio da dor, liberdade de escolha da posição, contato pele a pele imediato e amamentação na sala de parto) apresentaram utilização variada, e são analisadas a seguir.

Presença de acompanhante

Neste estudo, 79,2% das mulheres foram acompanhadas durante algum momento da internação. Este resultado se sobressai quando comparado à Pesquisa Nascer no Brasil, no qual 75% das mulheres tiveram algum tipo de acompanhante durante a internação¹⁶. E ainda, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, traz nos seus resultados que durante o parto vaginal apenas 58% das mulheres contaram com a presença de acompanhante¹⁷. Apesar de o percentual encontrado neste estudo ter sido superior a outros, essa prática precisa ser cada vez mais incentivada e apoiada pelas instituições de saúde.

A satisfação da mulher no parto está fortemente relacionada com a presença de um acompanhante e com o ambiente acolhedor que lhe é oferecido. Essa boa prática, é assegurada pela Lei nº 11.108 que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS¹⁸.

Entretanto, a inserção desse novo personagem no cenário do parto perpassa por dificuldades, especialmente quando se trata do parceiro, devido ao desconhecimento dos seus direitos como companheiro e pai¹⁹.

Sabe-se que existem entraves que ainda impedem sua realização plena, como a inadequação estrutural e carência de recursos, visto que a presença do acompanhante pode gerar custos. No entanto, isso não deve ser

utilizado como barreira ou impedimento para a adesão desta prática.

É necessário que as instituições de saúde se adequem e ofereçam estrutura capaz de acomodar os acompanhantes, garantindo e respeitando esse direito da mulher. Nesse contexto, estudos evidenciam que as parturientes necessitam de um suporte contínuo durante o parto, e quando esse apoio vem de um membro da família ou alguém próximo, as mulheres se sentem mais seguras e felizes. Isso se configura numa forma de qualificar e humanizar a assistência oferecida²⁰.

Métodos não farmacológicos para alívio da dor

Em relação aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, eles devem ser oferecidos às parturientes desde sua admissão na unidade para uma melhor condução do trabalho de parto, e melhores resultados perinatais. Sua utilização é benéfica, na medida em que oferece alternativas e medidas de conforto, melhorando a assistência ao parto.

Os métodos adotados pela maternidade em estudo foram a deambulação, chuveiro, massagem, cavalinho e bola suíça. A Pesquisa Nascer no Brasil mostra um resultado de 26,7% de utilização de procedimentos não farmacológicos⁹. Neste estudo, apenas 23,1% das mulheres utilizaram um desses métodos durante sua internação. Esse resultado mostrou-se abaixo do esperado, tendo em vista que sua utilização é recomendada pela OMS e trata-se de uma instituição vinculada à Rede Cegonha.

De acordo com um estudo realizado em São Paulo, no ano de 2009, que objetivava avaliar de forma isolada e combinada à utilização do banho de aspersão e exercícios perineais utilizando com bola suíça, os resultados indicaram que a aplicação associada de tais métodos, durante a fase de dilatação, estão relacionados com redução da dor da parturiente e promoção do conforto materno²¹.

Livre escolha da posição na hora do parto

Pesquisadores avaliaram o uso das boas práticas durante o trabalho de parto e parto em mulheres de risco habitual e, tem sido constatado que durante o parto, a posição litotômica alcançou mais de 90% das parturientes⁹. Neste estudo, verificou-se que a maioria, 66,2%, das mulheres adotou a posição semideitada, apesar dos benefícios que as posições verticalizadas propiciam para a mulher e para o feto.

Nos países ocidentais, é observado que, de acordo com questões culturais, há uma predileção das gestantes em permanecerem, na maior parte do trabalho de parto, em posição horizontal. Vale ressaltar, que a permanência nessa posição diminui a efetividade das contrações uterinas, tendo em vista que, ocorre a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero o que dificulta as trocas gasosas entre mãe e feto. Outro ponto, é que contribui para uma maior duração do parto, levando muitas vezes a intervenções obstétricas que causam dor e desconforto²².

Isso reforça a necessidade de orientar as parturientes quanto à livre escolha da posição no parto e aos benefícios para melhores resultados obstétricos. As mulheres precisam ter acesso à informação correta sobre as diversas posições que poderão adotar no momento do parto, e não apenas cumprir normas e rotinas já estabelecidas pela instituição. Permitir que a posição litotômica faça parte de uma rotina hospitalar rígida e imutável contraria a humanização do cuidado.

Contato pele a pele imediato

Outra boa prática que deve ser estimulada é o contato pele a pele imediato após o nascimento. O contato pele a pele ao nascer foi possibilitado a 51,6% das mulheres. Os profissionais de saúde precisam estar sensibilizados sobre para a importância do estabelecimento desse contato, permitindo que a mãe e o bebê desfrutem de seus benefícios trazidos por ele.

Esse contato traz diversos benefícios: auxilia na adaptação à vida extrauterina, propicia a amamentação precoce, controla a temperatura, promove estímulo sensorial adequado, além de favorecer o vínculo pai-mãe-filho²³. Apresenta-se como uma prática segura, barata e de comprovados benefícios no curto e no longo prazos, para as mães e as crianças²⁴.

Há mais de duas décadas autores já afirmavam que, no modelo assistencial do parto humanizado, o contato precoce entre mãe e filho assume importância significativa. Esse contato deve ser priorizado ainda na sala de parto o que contribui para a formação do apego²⁵. Uma pesquisa convergente-assistencial realizada numa maternidade da Região Sul do Brasil, em 2009, mostrou que uma das mulheres entrevistadas mencionou ter recebido informações sobre o contato pele a pele mãe/filho por meio de amigas e familiares, duas mulheres receberam a informação ao participarem de grupos de gestantes e três mulheres foram informadas no momento da internação no centro obstétrico²⁶.

Diante do exposto, destaca-se novamente a importância de um pré-natal qualificado. A enfermeira deve orientar as gestantes sobre os benefícios das boas práticas e de suas contribuições para uma boa condução do parto e pós-parto. É preciso que a mulher chegue à maternidade com o conhecimento prévio desses benefícios, empoderada e com maior autonomia.

Amamentação na 1ª hora de vida

Quanto à amamentação na 1ª hora de vida, a maioria das puérperas, 55,8%, não foi estimulada. Vale ressaltar que nenhuma mulher deste estudo apresentou qualquer patologia que contraindicasse a amamentação. Sendo assim, o percentual de não adesão a essa prática apresentou-se relativamente alto. Esse resultado é compatível com a Pesquisa Nascer no Brasil (2012), em que apenas 40,9% dos recém-nascidos idmamaram na 1ª hora de vida⁹.

De acordo com uma Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, realizada em 2008, a prevalência de crianças menores de 1 ano que mamaram na primeira hora de vida no município de Salvador correspondeu a 58,50%²⁷.

Diversos autores avaliaram as boas práticas adotadas e identificaram as variações no atendimento ao recém-nascido saudável a termo, na sala de parto e na primeira hora de vida; constataram que, apesar de o contato pele a pele ter sido registrado por quase 28% em todo o Brasil, as proporções de amamentação na sala de parto foram baixas, variando de 11,5% a 22,4% entre as regiões do país. A Região Sul revelou os maiores índices de amamentação na sala de parto (22,4%)²⁸.

Prosseguindo, o Nordeste é a região do país com o maior contingente de hospitais com leitos obstétricos do SUS, credenciados pela iniciativa Hospital Amigo da Criança, e se associou com a não oferta do seio materno na sala de parto. Apenas 41,3% dos recém-nascidos saudáveis, no Nordeste, foram amamentados na primeira hora de vida, ou seja, além de não mamar na sala de parto, o recém-nascido também foi privado do seio materno durante toda a primeira hora de vida²⁸.

Apesar de não fazer parte da rotina de muitas instituições, o incentivo ao aleitamento precoce faz parte das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e deve ser realizado. São diversos os benefícios que o aleitamento traz para o bebê, entre eles, a facilidade em eliminar o mecônio, protege o trato gastrointestinal contra infecções, promove o apego, diminui o risco de icterícia, e reduz os índices de mortalidade infantil²⁹.

CONCLUSÃO

Entre as boas práticas analisadas na assistência ao parto e nascimento, apenas a presença de acompanhante e o contato pele a pele ocorreram com a maioria das mulheres. As demais boas práticas apresentaram baixa adesão. É preciso maior empenho da instituição e equipes para que as boas práticas sejam efetivamente adotadas e que o protagonismo da mulher no parto seja respeitado.

O estudo se limita ao método empregado, por apenas descrever os fatos registrados em documentos hospitalares, bem como apresentar a realidade da atenção obstétrica de apenas uma maternidade vinculada à Rede Cegonha. Além disso, a subnotificação dos registros de saúde também inviabiliza a completa visualização da realidade local.

É preciso expandir essas boas práticas nas maternidades e pesquisar as dificuldades para a sua implementação, com a finalidade de identificar e traçar estratégias para transpô-las. Contudo, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para revelar a adoção das boas práticas e, juntamente com outras pesquisas, subsidiar as políticas públicas para melhorar a atenção obstétrica no país.

Também é importante que os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, sejam sensibilizadas quanto ao correto preenchimento dos registros de saúde, tendo em vista que a subnotificação limita a apuração dos dados reais.

Considerando que a enfermagem obstétrica tem ganhado visibilidade nas últimas décadas e seus profissionais têm sido capacitados e qualificados para atender ao parto natural, com base em evidências científicas e de forma humanizada, faz-se necessário que a enfermeira valorize as queixas, expressões e sentimentos das mulheres, pois assim será capaz de elaborar um plano de cuidados que atenda às suas particularidades, garantindo uma assistência integral e de qualidade.

O cuidar humanizado deve estar centrado em uma assistência multiprofissional, tendo como foco principal a garantia do bem-estar da mulher e do recém-nascido, considerando os aspectos sociais, culturais e raciais.

Toda a equipe multiprofissional deve estar sensibilizada para a importância da adesão a essas boas práticas, tendo em vista que elas asseguram o respeito às especificidades das usuárias e contribui efetivamente para a qualificação do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Andrade MAC, Lima JBMC. O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.P.19-47.
2. Nagahama EEI, Santiago SM. 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* (Online), 2008; 24(8):1859-68.
3. Teles LMR, Américo CF, Pitombeira, HCS, Freitas LV, Damasceno, AKC. Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. *Rev. enferm. UFPE on line*. 2010 [citado em 20 maio 2016]; 4(2): 498-503. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/643-10960-1-PB.pdf>.
4. Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araujo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev. bras. enferm.* (Online), 2007; 60(4):452-55.
5. Vargens OMC, Reis CSC, Nogueira MFH, Prata JA, Silva CM, Progianti JM. Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: repercussões sobre a vitalidade do recém-nascido. *Rev. enferm. UERJ*. 2017; 25:e21717.
6. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015; 49(6):890-98.
7. Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. eletrônica enferm.* (Online) 2016 [citado em 15 dez 2016]; 2016; 18:e1166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>
8. Cecatti JG, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2005; 27(6):357-65.
9. Leal MC, Pereira, APE, Domingues RMSM, Theme MMF, Dias MAB, Pereira MN, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública.* (Online) 2014; 30(1):17-32.
10. Ministério da Saúde (Br). Secretaria Executiva. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
11. Ministério da Saúde (Br). Secretaria Executiva. Programa Humanização do parto Humanização no pré-natal e nascimento, Brasília: Ministério da saúde, 2002.
12. Ministério da Saúde (Br). Portaria MS/GM nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS- a Rede Cegonha. 2011 [citado em 13 set 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
13. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. [acesso em: 13 setembro 2015]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
14. Soares VMN, Schor N, Tavares CM. Vidas arriscadas: uma reflexão sobre a relação entre o número de gestações e mortalidade materna. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.* 2008; 18(3):254-63.
15. Santos SM, Guimarães MJB, Araujo TVB. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saude Soc.* 2007; 16(2):87-102.
16. Diniz, CSG, Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da Pesquisa Nacional Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* (Online) 2014; 30(1):140-53.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2015; 36-44. [citado em 18 out 2016] Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>.
18. Governo Federal (Br). Lei nº 11.108 de 7 de Abril de 2005. Do subsistema de acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Brasília, (DF); Senado Federal; 2005. [citado em 03 abr 2016]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>
19. Carvalho IS, Carvalho CFS, Enders BC, Brito RS. A participação do homem durante o nascimento do filho: vídeos do Youtube. *Rev. enferm. UERJ*, 2017; 25:e11474.
20. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2014; 18(2):262-9.
21. Miquelutti MA. Avaliação da posição vertical durante o trabalho de parto em nulíparas [dissertação de mestrado] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2006.
22. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.
23. Klaus MH, Kennell JH. Pais/bebê a formação do apego. Porto Alegre (RS) Ed Artes Médicas; 1993.
24. Sampaio ARR, 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. Saude.* 2016; 25(2):281-90.
25. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM, et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.* (Online) 2010; 63:998-1004.
26. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
27. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Leal MC. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* (Online) 2014; 30:128-39.
28. Modes PSSA, Gaíva MAM, Patricio LFO. Birth and newborn care: a path to humanization? - Qualitative research. *Online Braz. J. Nurs.* 2010 [cited 2017 Aug 15]; 9(1). Available from: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2715>. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20102715>.
29. Bueno KCVN. A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê. [TCC Especialização]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais. 2013; 1-28.