

Análise da assistência ao trabalho de parto em hospital universitário**Analysis of labor assistance in a university hospital****Análisis de la asistencia al trabajo de parto en hospital universitario****Recebido: 25/09/2018****Aprovado: 13/04/2019****Publicado: 01/07/2019****Bárbara Dias Rezende Gontijo¹**
Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²
Kleber Gontijo de Deus³

Este estudo tem como objetivo analisar a assistência prestada às mulheres durante o trabalho de parto, de acordo com os princípios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Trata-se de um estudo observacional, exploratório–descritivo, de abordagem quantitativa, desenvolvido em um hospital universitário na cidade de Uberlândia, no período de janeiro a março de 2012. Predominaram mulheres com idade entre 21 e 25 anos (30,9%), brancas (57%), com escolaridade entre 8 a 11 anos (51,6%), casadas ou amasiadas (58%), do lar (56,5%) e que tiveram a presença do acompanhante (82,1%). Dentre as 207 mulheres, 43,5% eram primigestas, 48,3% nulíparas e 84,5% sem abortos anteriores. Quanto à idade gestacional, 36,6% estavam com 40 semanas de gestação ou mais, sendo que, destas, 67,1% realizaram parto cesáreo e a maioria não foi acompanhada por partograma. Conclui-se que as gestantes foram submetidas a intervenções medicamentosas desnecessárias e as taxas de indicação de parto cesáreo foram desfavoráveis, com assistência prestada incompatível com os princípios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

Descritores: Tocologia; Trabalho de parto; Parto humanizado; Gravidez.

This study aims at analyzing the assistance offered to women during childbirth, according to the principles prescribed by the Prenatal and Birth Humanization Program. This is an observational, exploratory, descriptive, quantitative study, developed in a university hospital in the city of Uberlândia, Minas Gerais, Brazil, from January to March 2012. Most participants were women from 21 to 25 y/o (30.9%), white (57%), with 8 to 11 years of formal education (51.6%), married or living with a partner (58%), housekeepers (56.5%), who had their partner present (82.1%). Among the 207 women, 42.5% were primigravidae, 48.3% were nulliparous, and 84.5% had no previous abortions. Regarding their gestational age, 36.6% were pregnant for 40 weeks or longer. Among them, 67.1% underwent cesarean sections and most did not undergo partographs. The pregnant women received unnecessary medication and the rates of cesarean sections were inadequate, rendering the assistance incompatible with the principles prescribed by the Prenatal and Birth Humanization Program.

Descriptors: Midwifery; Labor, Obstetric; Humanizing delivery; Pregnancy.

Este estudio tiene como objetivo analizar la asistencia prestada a las mujeres durante el trabajo de parto, de acuerdo con los principios preconizados por el Programa de Humanización del Pre-Nacimiento y Nacimiento. Se trata de un estudio observacional, exploratorio-descriptivo, de abordaje cuantitativo, desarrollado en un hospital universitario en la ciudad de Ubêrlândia, Minas Gerais, Brasil, en el periodo de enero a marzo de 2012. Predominaron mujeres con edad entre 21 y 25 años (30,9%), blancas (57%), escolaridad entre 8 a 11 años (51,6%), casadas o amancebadas (58%), amas de casa (56,5%) y que tuvieron la presencia del acompañante (82,1%). Entre las 207 mujeres, 43,5% eran primíparas, 48,3% nulíparas y 84,5% sin abortos anteriores. En cuanto a la edad gestacional, 36,6% estaban con 40 semanas de gestación o más, siendo que, de estas, 67,1% realizaron parto cesáreo y mayor entre aquellas que no fueron acompañadas por el partograma. Se concluye que las gestantes fueron sometidas a intervenciones medicamentosas innecesarias y las tasas de indicación de parto cesáreo fueron desfavorables con asistencia prestada incompatible con los principios preconizados por el Programa de Humanización del Pre-natal y Nacimiento.

Descriptores: Partería; Trabajo de parto; Parto humanizado; Embarazo.

1. Enfermeira. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Professora da Escola Técnica de Saúde da UFU. Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5766-1147> E-mail: barbaragontijo@ufu.br

2. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Ciências da Saúde. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Professora da Faculdade de Medicina da UFU, Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4434-7762 E-mail: efigeniaufu@gmail.com

3. Enfermeiro. Especialista em Docência do Ensino Médio, Técnico e Superior. Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde. Mestre em Ciências da Saúde. Professor da Escola Técnica de Saúde da UFU, Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0892-9968 E-mail: klebergontijo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O momento do nascimento constitui um dos principais acontecimentos na vida da mulher, pois é o evento que a torna mãe. Nesse sentido, a qualidade da assistência à mulher durante o trabalho de parto (TP) tem sido reconhecida enquanto estratégia que deve ser implementada para tornar o nascimento uma experiência positiva e satisfatória para a mulher e sua família¹.

Até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres, realizado nas casas das famílias com o acompanhamento de parteiras. No final do século XIX, iniciou-se um processo de mudança por meio das tentativas de controle do evento biológico por parte da obstetrícia, que deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática médica. O parto e o nascimento, que eram vistos como eventos fisiológicos e femininos, começaram a ser encarados como eventos médicos e masculinos, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e não mais exceção. Nesse modelo tecnocrático a mulher deixou de ser protagonista, cabendo ao médico a condução do processo².

Nesse contexto, intervenções como a episiotomia, o uso de ocitocina, a aspiração nasofaringeana e a própria cesariana, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, começaram a atingir um grande número de mulheres e seus filhos ou filhas assistidos(as) em hospitais no país. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo de parir, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular, que vai além do processo de adoecer e morrer³.

Nos últimos 15 anos, o Brasil redobrou as iniciativas para humanizar a atenção ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS), visando retomar a compreensão do parto enquanto evento fisiológico. Os esforços de humanização focaram na não medicalização do parto, nas desigualdades e na atenção de qualidade, que ainda são desafios reais no país⁴.

Em junho de 2000, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de

Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que visava reduzir as altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, por meio da assistência de qualidade e que preconizava o resgate da dignidade e de práticas naturais para o processo parturitivo⁵.

A instituição do PHPN definiu estratégias de melhoria na atenção obstétrica, por meio da adoção de medidas que assegurassem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal. Além disso, ainda reforçava a necessidade do estabelecimento de vínculos entre a assistência pré-natal e o parto, mudanças na estrutura física dos hospitais e na capacitação dos profissionais, entre outras demandas⁶.

Recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu novas diretrizes para estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipes médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher, a menos que existam riscos reais de complicações⁷.

A assistência adequada e individualizada ao TP é imprescindível para proporcionar conforto e bem-estar durante o processo de parturição. Segundo a OMS, uma assistência de qualidade deve partir da consideração de que apenas uma razão clara poderá gerar interferências sobre o processo natural de parturição³.

Apesar de todos os movimentos favoráveis à humanização do parto e nascimento, a medicalização do corpo grávido tem se configurado como um processo em expansão no Brasil. De forma bem evidente, é um processo expresso pelas altas taxas de cesáreas (que estão entre as mais altas do mundo), e que são aceitas como “naturais” tanto entre os profissionais de saúde, quanto entre a população leiga⁸. Apesar de evidências científicas comprovarem que o excesso de intervenções aumenta a morbimortalidade materna e neonatal, ainda predomina um modelo medicalizante e hospitalocêntrico, com o emprego excessivo de práticas maléficas⁹.

A análise da assistência ao TP envolve o levantamento das práticas dos profissionais

durante o processo parturitivo, reconhecendo que a equipe é facilitadora, mas que é preciso resgatar a competência da mulher no processo de gerar e parir. Este estudo tem como objetivo analisar a assistência prestada às mulheres durante o TP na Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, de acordo com os princípios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa observacional, exploratório-descritiva, de abordagem quantitativa, desenvolvida na Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), o qual realiza cerca de 150 partos por mês. O cálculo da amostra foi realizado com nível de confiança de 95%, desvio de 5%, variância de 85,6%.

Foram coletados dados de 207 parturientes admitidas na sala de pré-parto da Maternidade do HC-UFU, entre janeiro e março de 2012, que aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados consistiu na técnica de observação *in loco* dos procedimentos de monitoramento do TP e da análise do prontuário sobre registros do TP. Foram aplicados os testes do Qui-quadrado e *Odds Ratio*, e considerou-se como significativo $p < 0,05$. Os programas estatísticos utilizados foram o software SPSS – *Statistical Package Social Science 17 for Windows* e o Biostat 5.0.

O projeto deste estudo seguiu em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) sob parecer nº 361/11.

RESULTADOS

Do total de 207 parturientes, 139 (67,1%) foram submetidas a parto cesáreo (PC) e 68 (32,9%) a parto normal (PN). Predominaram mulheres com idade entre 21 e 25 anos, somando 64 (30,9%), brancas, somando 118 (57%), com escolaridade entre 8 a 11 anos, somando 107 (51,6%), casadas ou amasiadas, somando 120 (58%), do lar, somando 117 (56,5%), e que tiveram a presença do acompanhante, sendo essas 170 (82,1%). Dentre as 207 mulheres, 90 (43,5%) eram primigestas, 100 (48,3%) eram nulíparas e 175 (84,5%) sem abortos anteriores. Quanto à idade gestacional, 76 (36,6%) estava com 40 semanas de gestação ou mais, sendo que, destas, 51 (67,1%) realizaram PC, 25 (32,9%) realizaram PN e 154 (74,4%) não haviam sido submetidas a PC anterior.

As mulheres não primíparas tiveram 19 vezes mais chance de evoluírem para PC do que as primíparas (*Odds Ratio* 19,1, IC 4,4-81,4, $p < 0,00$). A maioria (69,6%) das mulheres não tinha histórico de PN anterior e, destas, 78,5% evoluíram para PC e 21,5% para PN (Tabela 1).

Tabela 1. Tipo de parto anterior de mulheres atendidas na Maternidade do HC-UFU, Uberlândia-MG, 2012.

Tipo de parto anterior	Parto Cesáreo N.	Parto Cesáreo %	Parto Normal N.	Parto Normal %	Total N.	Total %	X ² valor p	OD	IC	p	
Partos Cesáreos											
Nenhum	88	(57,1)	66	(42,9)	154	(74,4)	27,3	<0,00	19,1	4,4-81,4	<0,00
1	43	(95,5)	2	(4,5)	45	(21,7)					
2	3	(100)	-	-	3	(1,5)					
≥ 3	5	(100)	-	-	5	(2,4)					
Partos Normais											
Nenhum	113	(78,5)	31	(21,5)	144	(69,6)	27,0	<0,00	5,1	2,7-9,8	<0,00
1	12	(44,4)	15	(55,6)	27	(13,0)					
2	9	(34,6)	17	(65,4)	26	(12,6)					
≥ 3	5	(50,0)	5	(50,0)	10	(4,8)					

Na maioria das parturientes a pressão arterial (PA) e a temperatura axilar (TA) foram aferidas uma única vez (74,3%), e os

Batimentos Cardíacos Fetais (BCFs) quatro vezes ou mais (58,5%). O toque para verificação da dilatação do colo uterino foi

realizado quatro vezes ou mais (68,6%) e, nesses casos, 64,8% realizaram PC e 35,2% realizaram PN. Quanto à dinâmica uterina (DU), em 55,1% dos casos as mulheres foram avaliadas quatro vezes ou mais. O partograma

foi utilizado em 32,8% dos casos. O número de cesarianas foi maior ($p < 0,00$) nos casos em que as parturientes não foram acompanhadas por partograma (Tabela 2).

Tabela 2. Procedimentos realizados no monitoramento das mulheres em trabalho de parto atendidas no Setor de Maternidade do HC-UFU, Uberlândia-MG, 2012.

Procedimentos	Parto Cesáreo		Parto Normal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Verificação da PA						
Nenhuma vez	5	(41,6)	7	(58,3)	12	(5,8)
1	105	(68,2)	49	(31,8)	154	(74,3)
2	15	(75,0)	5	(25,0)	20	(9,6)
3	7	(70,0)	3	(30,0)	10	(4,9)
≥ 4	7	(63,6)	4	(36,4)	11	(5,4)
Temperatura						
Nenhuma vez	18	(47,4)	20	(52,6)	38	(18,4)
1	113	(72,4)	43	(27,6)	156	(75,4)
2	5	(55,6)	4	(44,4)	9	(4,3)
3	-	-	-	-	-	-
≥ 4	3	(75,0)	1	(25,0)	4	(1,9)
Verificação de BCF						
Nenhuma vez	11	(64,7)	6	(35,3)	17	(8,2)
1	10	(71,4)	4	(28,6)	14	(6,7)
2	25	(80,6)	6	(19,4)	31	(14,9)
3	19	(79,2)	5	(20,8)	24	(11,7)
≥ 4	74	(61,2)	47	(38,8)	121	(58,5)
Toque - verificação da DC						
Nenhuma vez	11	(78,6)	3	(21,4)	14	(6,7)
1	8	(61,5)	5	(38,5)	13	(6,4)
2	10	(71,4)	4	(28,6)	14	(6,7)
3	18	(75,0)	6	(25,0)	24	(11,6)
≥ 4	92	(64,8)	50	(35,2)	142	(68,6)
Avaliação da DU						
Nenhuma vez	12	(70,6)	5	(29,4)	17	(8,2)
1	12	(75,0)	4	(25,0)	16	(7,8)
2	25	(73,5)	9	(26,5)	34	(16,4)
3	17	(65,4)	9	(34,6)	26	(12,5)
≥ 4	73	(64,0)	41	(36,0)	114	(55,1)

Entre as mulheres que realizaram PC, 46,5% foram encaminhadas ao banho de chuveiro morno, 59,5% deambularam, 41% exercitaram na bola de Bobat, 34,5% exercitaram na barra. Quanto as que foram submetidas ao PN, 53,5% foram encaminhadas ao banho de chuveiro morno, 40,5% deambularam, 59% exercitaram na bola de Bobat e, 65,5% exercitaram na barra. O número de cesarianas foi maior ($p < 0,05$) entre as parturientes que não foram

submetidas a métodos não farmacológicos de alívio da dor e indução do TP.

Entre as 207 mulheres, 52,2% tiveram prescrição de jejum. Em 20,3% dos partos realizados, houve participação do acompanhante e 38,7% realizaram amniotomia. A hidratação venosa foi prescrita em 67,1% dos casos, a hidratação oral foi oferecida em 30,5% dos partos e 25,6% receberam orientações relacionadas às técnicas não farmacológicas de alívio da dor e indução do TP (Tabela 3).

Tabela 3. Procedimentos relacionados à humanização da assistência às mulheres atendidas no Setor de Maternidade do HC-UFU, conforme o tipo de parto, Uberlândia-MG, 2012.

Procedimento	Parto Cesáreo				Parto Normal				Total			
	NÃO		SIM		NÃO		SIM		NÃO		SIM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Deambulação estimulada	53	(76,8)	86	(62,2)	16	(23,2)	52	(37,8)	69	(33,3)	138	(66,7)
Deambulação reprimida	129	(65,5)	10	(100)	68	(34,5)	-	-	197	(95,2)	10	(4,8)
Prescrição de jejum	44	(44,4)	95	(88,0)	55	(55,6)	13	(12,0)	99	(47,8)	108	(52,2)
Controle não farmacológico da dor	110	(83,3)	29	(38,7)	22	(16,7)	46	(61,3)	132	(63,7)	75	(36,3)
Exercícios na bola	106	(85,5)	33	(39,7)	18	(14,5)	50	(60,3)	124	(60)	83	(40)
Banho no chuveiro	97	(84,4)	42	(45,6)	18	(15,6)	50	(54,4)	115	(55,5)	92	(44,5)
Participação acompanhante nas técnicas	123	(74,5)	16	(38,0)	42	(25,5)	26	(62,0)	165	(79,7)	42	(20,3)
Amniotomia	100	(78,7)	39	(48,7)	27	(21,3)	41	(51,3)	127	(61,3)	80	(38,7)
Hidratação venosa	48	(70,6)	118	(85,5)	20	(29,4)	21	(15,2)	68	(32,9)	139	(67,1)
Hidratação oral	112	(77,8)	27	(42,8)	32	(22,2)	36	(57,2)	144	(69,5)	63	(30,5)
Orientações sobre técnicas não farmacológicas - alívio da dor	120	(78,0)	19	(35,8)	34	(22,0)	34	(64,2)	154	(74,4)	53	(25,6)

DISCUSSÃO

A maioria de PCs encontrados neste estudo (67,1%) contradiz as taxas de cesariana de 15% preconizadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde do Brasil. A nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal³.

A elevação das taxas de PC é um fenômeno mundial desde as últimas décadas do século XX¹⁰. Observa-se uma diferença nas taxas de parto cesáreo, entre diversos países, relacionada às condições socioeconômicas.

As taxas são maiores em regiões mais desenvolvidas (27,2%), em contraste com as observadas em regiões extremamente subdesenvolvidas (6%)¹¹. Estudos ecológicos apontam que as taxas também diferem entre diferentes regiões de um mesmo país, como o Brasil, que é considerado um dos países com maior ocorrência de cesarianas do mundo e com tendência de aumento^{12,13}. Encontram-se taxas superiores até mesmo em países

desenvolvidos como Estados Unidos (25%) e Canadá (23%)¹⁴.

A prevalência de mulheres na faixa etária de 21 a 25 anos, brancas, com pouca escolaridade, casadas/amasiadas e do lar, se assemelha à de outros estudos realizados⁷. Em 82,1% dos partos foi observada a presença de acompanhantes, o que se assemelha ao percentual de 94,1% encontrado em estudo realizado no Rio de Janeiro¹⁵. O direito a ter a presença de um acompanhante é garantido à parturiente pela Lei 11.108 de 2005¹⁰.

Foi mais frequente a presença de mulheres primigestas, nulíparas, sem abortos anteriores, dados que, segundo a análise de regressão logística, evidenciaram que mulheres não primíparas têm 19 vezes mais chance de evoluírem para cesariana do que as primíparas ($p < 0,00$). Esse dado vai ao encontro ao obtido em estudo realizado em Maringá-PR, o qual observou que múltiparas atendidas pelo SUS ou pelo sistema privado que já haviam realizado parto cesáreo tem 11 vezes mais chances de ter uma nova cesárea¹⁶.

É comum a decisão médica pela repetição do procedimento cirúrgico, mesmo sem indicações claras ou plausíveis. Dessa forma, a repetição desse procedimento entre as múltiparas, de forma indiscriminada, é uma prática médica não baseada em evidências¹⁷.

Observou-se que, independentemente do tipo de parto anterior, houve maior frequência de mulheres submetidas ao PC (χ^2 27,0 - $p < 0,00$). Segundo dados do Ministério da Saúde, o percentual de parto vaginal se mantém aquém do desejado no Brasil³. A elevada proporção de cesarianas sem indicação clínica gera consequências na saúde materna e neonatal, em termos de eficácia e efetividade, de utilização de serviços de saúde e dos arranjos de demanda e oferta verificados no SUS¹⁸.

Embora existam controvérsias, há uma tendência em se considerar que os benefícios do PN após cesárea superam os riscos materno-fetais e se constituem enquanto estratégia para redução do índice de cesáreas desnecessárias³.

Um dos dados importantes encontrados neste estudo foi que o número de cesarianas é mais frequente ($p < 0,00$) quando não foi utilizado o partograma. Apesar da utilização do partograma ser obrigatória nas maternidades conveniadas com o Sistema Único de Saúde⁷, em 67,2% dos partos esse requisito não foi preenchido. Na Pesquisa Nacer no Brasil, a utilização do partograma foi observada em 45% dos partos observados¹².

Na observação *in loco* do TP verificou-se que procedimentos como verificação de PA, BCF, toque vaginal e DU, foram realizados de forma não condizente com a preconizada pela Organização Mundial de Saúde.

Dentre os casos observados, verificou-se que, na maioria das vezes, foi realizada uma única verificação da PA. A monitorização da PA durante o TP é indispensável, visto que a hipertensão arterial é apontada como a principal causa de morte materna no Brasil, e é responsável por mais de 25% dos óbitos¹⁰.

A ausculta dos BCFs foi realizada com uma frequência \geq quatro na maioria dos partos. Esse dado contraria o preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual indica que a

avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco seja realizada com ausculta intermitente (antes, durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única em todos os locais de parto) a partir da utilização do estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler³.

A dilatação cervical foi verificada quatro vezes ou mais na maioria dos partos, o que pode aumentar a possibilidade de infecções e gerar desconforto materno. Esse dado vai ao encontro a um estudo realizado em Teresina-PI, no qual observou-se que a dilatação cervical foi realizada em 99,2% dos partos¹⁹. Ressalta-se que o número de toques deve ser o mínimo possível, haja vista que toques frequentes podem ser desconfortáveis à parturiente e traumáticos aos tecidos maternos²⁰.

Em relação à temperatura axilar (TA), foi observada apenas uma verificação, na maior parte das vezes durante o TP, diferindo de estudo realizado em 2008, no qual não houve registro da TA em 91,8% dos partos²¹.

A DU da maioria das parturientes foi verificada quatro vezes ou mais, diferente do estudo realizado em Teresina, no qual 98,3% das parturientes teve avaliação da DU realizada uma ou mais vezes¹⁹.

Evidenciou-se que a adoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor e indução do TP exerceu influência positiva na evolução do TP, contribuindo para a ocorrência de PN. Evidenciou-se que a maioria das mulheres foi encaminhada ao banho de chuveiro com água morna, deambulou, exercitou-se na bola de Bobat e na barra.

O número de cesarianas foi maior ($p < 0,05$) entre as parturientes que não foram submetidas a métodos não farmacológicos de alívio da dor e indução do TP. Corrobora este estudo uma pesquisa realizada em 2017, na qual o controle não farmacológico da dor incorporado à assistência gerou melhores desfechos maternos e maior satisfação das puérperas quanto ao processo de parturição²².

No presente estudo, 37,7% das mulheres se exercitaram na bola de Bobat, dados superiores aos do estudo realizado no

Rio de Janeiro, o qual mostrou que em apenas 7% dos casos essa prática foi incorporada¹⁵. Outro dado importante se relaciona ao número de PNs, o qual foi maior ($p < 0,00$) entre as parturientes submetidas ao exercício na bola de Bobat e ao banho de chuveiro.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal recentemente publicadas pelo Ministério da Saúde apontam que, sempre que possível, deve-se oferecer à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto³. Há estudos que afirmam que o banho em água morna reduz a dor materna e influencia positivamente a evolução do TP²³.

Observou-se que, apesar de contraindicados para gestantes de risco habitual, procedimentos como amniotomia e hidratação venosa foram indicados em grande parte dos casos. Cerca de 38,7% das parturientes foram submetidas à amniotomia e 67,1% à hidratação venosa. Esses dados reafirmam que há baixa implantação de atributos preconizados pela Política Nacional de Atenção ao Parto e Nascimento e que os profissionais seguem realizando práticas condenadas pelas atuais evidências científicas²⁴.

Observou-se, neste estudo, resultados maternos de não adesão às técnicas favoráveis ao parto normal e taxas de cesariana incompatíveis com os recursos disponíveis para alívio da dor e indução do TP.

A partir da observação de que há uma associação significativa entre o número de partos normais e a utilização do partograma, reforça-se com este estudo a importância do preenchimento correto do partograma para o acompanhamento de todas as gestantes em trabalho de parto.

Quanto à utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e indução do trabalho de parto, reafirma-se que há uma relação positiva entre a utilização desses métodos e melhores evoluções dos trabalhos de parto e experiências de mães ao parir.

CONCLUSÃO

Observou-se que a atenção à mulher durante o TP permanece um desafio, tanto no que se refere à qualidade da assistência prestada,

quanto aos princípios do cuidado, uma vez que ainda perpetua o modelo medicalizante e hospitalocêntrico.

De modo geral, neste estudo, as gestantes foram submetidas a intervenções medicamentosas desnecessárias e houve pouco estímulo às técnicas não farmacológicas de alívio da dor e indução do TP. As taxas de indicação de parto cesáreo encontradas foram elevadas, os procedimentos de humanização e monitorização do TP realizados foram abaixo do esperado e a assistência prestada incompatível com os princípios preconizados pelo PHPN.

Os dados importantes constatados se referem à associação significativa entre o número de PNs e a utilização do partograma e de métodos não farmacológicos de alívio da dor e indução do TP. Ressalta-se, portanto, que as mudanças no contexto assistencial requerem que as evidências disponíveis sobre o suporte durante o TP sejam incorporadas, de maneira a viabilizar as boas práticas preconizadas pelo PHPN.

Ressalta-se, como limitação deste estudo, a possibilidade de subnotificação de registros em prontuários de procedimentos realizados e não registrados. O método de observação *in loco* também pode ser apontado como uma limitação, devido à possibilidade de interferência na conduta dos profissionais pela presença do pesquisador.

Sugere-se que sejam realizados novos estudos no sentido de produzir conhecimentos acerca da realidade brasileira em relação à assistência à mulher em TP e parto, de forma a fornecer subsídios que colaborem para a incorporação das evidências científicas à assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Rebello MTMP, Rodrigues Neto JF. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. Rev Bras Educ Méd. [Internet]. 2012 [citado em 13 jul 2018]; 36(2):188-97. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/06.pdf>
2. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnolato OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Rev RENE. [Internet]. 2014 [citado em 05 jun 2018];

- 15(2):362-70. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene/article/download/3170/2433
3. Ministério da Saúde (Br), 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 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 12 ago 2018]. 51p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
4. Teixeira MMS, Santos SLS. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. *Interface (Botucatu, Online)*. [Internet]. 2018 [citado em 03 ago. 2018]; 22(65): 399-410. DOI: 10.1590/1807-57622016.0926.
5. Ministério da Saúde (Br), Secretaria Executiva. Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento [Internet]. Brasília, DF: MS; 2002 [citado em 03 maio 2017]. 27p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
6. Silva LNMS, Silveira APKF, Morais FRR. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. *Rev Enferm UFPE online*. [Internet]. 2017 [citado em 17 ago 2018]; 11(8):3290-4. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110195/22085>
7. World Health Organization. WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado em 20 set 2018]. 200p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
8. Declercq E. Childbirth in Brazil: challenging an interventionist paradigm. *Birth*. [Internet]. 2015 [citado em 21 jul 2018]; 42(1):1-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25676791>
9. Warmlin CM, Fajardo AP, Meyer DE, Bedos C. Práticas sociais de medicalização e humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [citado em 05 jul. 2018]; 34(4):e00009917. DOI: 10.1590/0102-311X00009917
10. Ministério da Saúde (Br), Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 15 ago 2017]. 105p. (Relatório de Recomendação; n. 179). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_CP.pdf
11. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. [Internet]. 2016 [citado em 10 abr 2018]; 11(2):e0148343. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. [Internet]. 2014 [citado em 02 abr 2018]; 30(Supl):S17-S32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
13. Hopkins K, Amaral EFL, Mourao ANM. The impact of payment source and hospital type on rising cesarean section rates in Brazil, 1998 to 2008. *Birth*. [Internet]. 2014 [citado em 22 mar 2017]; 41(2):169-77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4426198/pdf/nihms-684749.pdf>
14. Paris GF, Monteschio LV, Oliveira RR, Latorre MR, Pelloso SM, Mathias TA. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. [Internet]. 2014 [citado em 23 de set 2018]; 36(12):548-54. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n12/0100-7203-rbgo-36-12-0548.pdf
15. Pereira ALF, Lima TRL, Schroeter MS, Gouveia MSF, Nascimento SD. Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. [Internet]. 2013 [citado em 21 jan 2017]; 17(1):17-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/03.pdf>
16. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [citado em 22 set 2017]; 50(5):733-40.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600004>

17. Declercq E. Is medical intervention in childbirth inevitable in Brazil? *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [citado em 02 de jun 2018]; 30(Suppl 1):S39-S40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XC005S114>

18. Entringer AP, Pinto M, Dias MAB, Gomes MASM. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [citado em 04 de jan 2018]; 34 (5):e00022517. DOI: [10.1590/0102-311XC00022517](https://doi.org/10.1590/0102-311XC00022517)

19. Almeida BF, Ribeiro JF, Araújo KRS, Lavôr TBSL. Processo de assistência ao parto normal em uma maternidade pública do estado do Piauí, 2015. *Rev Enferm Atenção Saúde*. [Internet]. 2016 [citado em 19 de ago 2018]; 5(2):45-56. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1521>

20. Zugaib M. *Obstetrícia*. 2ed. São Paulo: Manole; 2012. p. 383-394

21. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2008 [citado em 16 set 2017]; 42(5):895-902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6234.pdf>

22. Hanum SP, Mattos DV, Matão MEL, Martins CA. Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto: efetividade sob a ótica da parturiente. *Rev Enferm UFPE on line*. [Internet]. 2017 [citado em 22 ago 2016]; 11(8):3303-9. DOI: [10.5205/reuol.11135-99435-1-ED.1108sup201715](https://doi.org/10.5205/reuol.11135-99435-1-ED.1108sup201715)

23. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em um centro de parto normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2010 [citado em 21 ago 2017]; 44(3):812-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>

24. Göttems LBD, Carvalho EMP, Carvalho PA, Santana LA. Adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento e análise da confiabilidade de um instrumento pelo alfa de Cronbach. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. (Online). [Internet]. 2018 [citado em 28 ago 2018]; 10 (1):272-5. DOI: [10.9789/2175-5361.2018.v10i3.272-275](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.272-275)

CONTRIBUIÇÕES

Bárbara Dias Rezende Gontijo e **Efigenia Aparecida Maciel de Freitas** atuaram na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica. **Kleber Gontijo de Deus** contribuiu na análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica.

Como citar (Vancouver)

Gontijo BDR, Freitas EAM, Deus KG. Análise da assistência ao trabalho de parto em hospital universitário. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 7(3):313-321. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar (ABNT)

GONTIJO, B. D. R.; FREITAS, E. A. M.; DEUS, K. G. Análise da assistência ao trabalho de parto em hospital universitário. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 7, n. 3, p. 313-321, 2019. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar (APA)

Gontijo, B.D.R., Freitas, E.A.M. & Deus, K.G. (2019). Análise da assistência ao trabalho de parto em hospital universitário. *REFACS*, 7(3), 313-321. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.