



## ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA EM MATERNIDADE PÚBLICA: ANÁLISE COMPARATIVA DE DUAS COORTES

Jéssica Taynara Moreira Oliveira Pereira\*  
Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario\*\*  
Adriana Valongo Zani\*\*\*  
Cátia Campaner Ferrari Bernardy\*\*\*\*  
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli\*\*\*\*\*  
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari\*\*\*\*\*

### RESUMO

**Objetivo:** comparar a assistência ao trabalho de parto e nascimento em duas coortes de uma maternidade pública segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Método:** estudo quantitativo transversal aninhado a duas coortes, 2013 e 2017. Coleta de dados em prontuários e entrevistas com puérperas. Análise estatística, aplicou-se o teste de associação do Qui-quadrado, nível de significância de 5% e, para verificar possíveis associações ( $p \leq 0,05$ ) e nos resultados com  $p < 0,020$ , realizou-se regressão logística. **Resultados:** 662 mulheres participaram do estudo, sendo 432 em 2013 e 230 em 2017. Apenas 15,2% das mulheres haviam realizado visita à maternidade antes do parto e, em 2017, passou para 27% (OR=2,041 IC95% 1,379-3,020). A preferência para o parto normal aumentou em 1,6%, sendo, em 2013, 78,8% e, em 2017, 80,4%. A oferta do banho relaxante aumentou 0,5% em 2017 (63%), dessas parturientes, 66,2% evoluíram para parto normal. O uso de ocitocina para indução do trabalho de parto diminuiu 2,9% (2017). A presença do acompanhante aumentou em 2017 (91,8%) (OddsRatio= 1,861 IC95% 1,083-3,197) ( $p=0,014$ ). **Conclusão:** em 2017, observou-se que as recomendações da Organização Mundial da Saúde foram mais utilizadas em comparação ao ano de 2013. Apesar disso, ainda não atenderam à totalidade das práticas amplamente recomendadas.

**Palavras-chave:** Parto Humanizado. Trabalho de Parto. Saúde da Mulher. Humanização da Assistência.

### INTRODUÇÃO

A saúde das mulheres no Brasil tem ocupado um espaço relevante nas políticas, programas e estratégias de saúde, com prioridades para a atenção ao parto e nascimento, enfoque na superação do modelo biomédico ainda vigente e melhora da qualidade da atenção obstétrica, almejando um sistema integrado, regionalizado e com acesso oportuno à mulher<sup>(1)</sup>.

No ano de 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou uma classificação das práticas comuns de atenção ao parto normal, com base em evidências científicas, tornando-se um marco na promoção do nascimento saudável e combate às taxas de morbimortalidade materna e neonatal<sup>(2)</sup>.

As categorias propostas pela OMS são: Categoria A - Práticas comprovadamente úteis que

devem ser estimuladas – também chamadas de boas práticas; Categoria B - Práticas claramente prejudiciais que deveriam ser eliminadas; Categoria C - Práticas que não têm evidências suficientes para apoiar uma recomendação precisa e que devem ser utilizadas com cautela até que outras pesquisas esclareçam a questão; e Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado<sup>(2)</sup>.

Com o avanço da tecnologia, a prática obstétrica tem sofrido mudanças gerando melhora nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal em todo o mundo. Porém, elevam-se as taxas de intervenções em mulheres e recém-nascidos. O excesso de intervenções deixa de considerar aspectos emocionais e humanos, esquecendo-se de que a assistência ao nascimento vai além do processo de adoecer e morrer<sup>(3)</sup>. Em razão do novo cenário, em 2018, a Organização Mundial da Saúde publicou novas recomendações

\*Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem Oncológico Pediátrica, Hospital do Câncer de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: jelmoliveira@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-2940-3949

\*\*Enfermeira. Doutora, Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Filadélfia Unifil, Londrina, PR, Brasil. E-mail: marcia.s.s.canario@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-2882-6184

\*\*\*Enfermeira. Doutora, Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Londrina, PR, Brasil. E-mail: adrianazanienf@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-6656-8155

\*\*\*\*Enfermeira. Doutora, Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Londrina, PR, Brasil. E-mail: ccfbernardy@gmail.com. ORCID ID: 0000-0001-8007-471X

\*\*\*\*\*Enfermeira. Pós-doutorado, Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Londrina, PR, Brasil. E-mail: macielalexandrina@gmail.com. ORCID ID: 0000-0002-0222-8821

\*\*\*\*\*Enfermeira. Doutora, Docente do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Londrina, PR, Brasil. E-mail: ropimentaferrari@gmail.com. ORCID ID: 0000-0003-0157-7461

relacionadas ao trabalho de parto<sup>(4)</sup>.

As atuais recomendações da OMS estabelecem um conjunto de práticas que elevam a qualidade da assistência, tornam o parto seguro e proporcionam uma experiência positiva para as mulheres. Assim sendo, ao promover um novo modelo de assistência ao parto de acordo com a realidade local, as recomendações contribuem para a redução de custos e intervenções desnecessárias ao parto e nascimento<sup>(5)</sup>.

Apesar de amplas estratégias e programas serem instituídos nos últimos anos, o Brasil permanece protagonizando um modelo de atenção ao trabalho de parto, parto e nascimento caracterizado pelo uso excessivo de intervenções obstétricas e neonatais. Essas ações resultam em eventos maternos e perinatais desfavoráveis<sup>(6-7)</sup>.

Um estudo de base populacional nacional verificou que o principal motivo para a preferência pela cesariana no país ainda é o medo da dor no parto, assim como 15% das mulheres não tiveram a presença do acompanhante no parto, com predomínio da posição litotômica, 14% foram submetidas à episiotomia e em 1/6 a manobra de Kristellerfoi utilizada durante o período expulsivo<sup>(6)</sup>.

Corroborando com esses achados, uma pesquisa de corte transversal, realizada em um hospital universitário da capital do estado de Mato Grosso, que atende, exclusivamente, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), verificou uma taxa de cesárea elevada (51,5%) nos últimos anos e o crescimento progressivo da mesma, revelando, desse modo, a intensidade da problemática na realização/repetição da cesárea eletiva<sup>(8)</sup>.

Logo, questiona-se: quais práticas recomendadas e não recomendadas foram aplicadas ao longo dos anos na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e nascimento? Para responder a essa questão, este estudo teve por objetivo comparar a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento em duas coortes de uma maternidade pública segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde.

## MÉTODO

Estudo quantitativo transversal aninhado a duas coortes, realizadas em 2013 e 2017, em uma maternidade referência para partos de risco habitual e intermediário, em um município de grande porte no estado do Paraná-Brasil, credenciada à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e à Rede Mãe

Paranaense (RMP), que atende exclusivamente o Sistema Único de Saúde (SUS), oferta estágios em nível técnico, graduação e pós-graduação a intuições de ensino, constituída por três salas de parto natural e duas salas de cesárea, oito leitos pré-parto, cinco para recém-nascidos e trinta e quatro leitos de puerpério em sistema de Alojamento Conjunto.

Os dados de 2017 são provenientes de uma pesquisa multicêntrica realizada em três regionais de saúde do Paraná. Para este estudo, analisaram-se apenas os dados referentes à maternidade de risco habitual e intermediário da 17ª Regional de Saúde, o que corresponde a 190 mulheres. Quanto ao ano de 2013, consideraram-se, para o cálculo do tamanho amostral, 3.415 partos ocorridos no ano de 2012, resultando em uma amostra de 358 mulheres.

Ainda, levou-se em consideração uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e, por tratar-se de um estudo de seguimento em que perdas podem ocorrer ao longo do período de investigação, definiu-se um acréscimo de 20% para possíveis perdas, resultando em uma amostra de 432 mulheres em 2013 e 230 mulheres em 2017.

Incluíram-se mulheres que realizaram o parto na maternidade em estudo, aceitaram participar da pesquisa, residiam na área urbana do município e mulheres de risco obstétrico habitual ou intermediário. Excluíram-se mulheres com diagnóstico de alto risco.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2013 e de julho a dezembro de 2017. Os dados foram obtidos por meio de prontuário físico, Cartão da Gestante e entrevista com as puérperas mediante formulário estruturado após 24 horas do parto, o qual teve início com a identificação diária das mulheres na unidade de alojamento conjunto.

As variáveis selecionadas para este estudo foram as sociodemográficas (idade, situação conjugal, escolaridade, ocupação materna, renda familiar), obstétricas (gestação anterior, membranas, líquido amniótico, local do parto, justificativa da cesárea) e aquelas relacionadas às práticas de atenção ao parto e nascimento conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS): Categoria A- Práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas (visita à maternidade, dilatação cervical, dinâmica uterina, banho de relaxamento, acompanhantes no pré-parto, tipo de parto) e Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (indução do parto com ocitocina, uso de misoprostol, tipo de rotura de membrana,

posição para o parto, condição do períneo após o parto normal).

As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas (n) e relativas (%) e analisadas utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Aplicou-se o teste de associação do Qui-quadrado para análise estatística bivariada com nível de significância de 5%. Para verificar possíveis associações ( $p \leq 0,05$ ) e nos resultados com  $p < 0,020$ , realizou-se análise múltipla por meio de regressão logística, com as variáveis dependentes “tipo de parto” e “intercorrência intraparto”; as variáveis independentes selecionadas contemplaram os aspectos sociodemográficos, obstétrico, condições de internação para o parto e condições do trabalho de parto, parto e nascimento.

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, ambas as pesquisas foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o protocolo de aprovação CAAE nº 193525139.9.0000.5231, de 16 de julho de 2013, e nº CAAE:

67574517.1.1001.5231, do dia 09 de maio de 2017.

## RESULTADOS

Entrevistaram-se 662 mulheres, sendo 432 em 2013 e 230 em 2017. Nesses anos, a maioria das mulheres entrevistadas tornou-se mãe entre 20 e 29 anos, sendo 68,2% e 71,3%, respectivamente. Destas, 69,7% realizaram parto normal (OR=0,527 IC95% 0,312-0,889). Parte delas tinha de 8 a 11 anos de estudo, sendo 67,5% em 2013 e 43% em 2017, visto que nesse último ano aumentou a escolaridade para mais de 11 anos.

Observa-se que, em 2013, parte das mulheres (39,5%) apresentava renda menor ou igual a 1 salário mínimo (OR = 4,388 IC95% 2,883-6,681). Já, em 2017, 50,8% recebiam entre 1 e 2 salários. Aquelas com renda de até 1 salário tiveram parto normal (34,1%), enquanto as de 1 a 2 realizaram mais cesáreas (37,3%). O número de mulheres com companheiros em 2013 foi de 84,9% e, em 2017, 87,8% (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico em maternidade pública nos anos de 2013 e 2017. Paraná, Brasil, 2019

Perfil sociodemográfico	Ano do parto				Valor de p <sup>†</sup>	OR (IC 95%)
	2013		2017			
	n	%	n	%		
	<b>432</b>	<b>100</b>	<b>230</b>	<b>100</b>		
<b>Idade (em anos)</b>						
14 a 19	93	21,5	44	19,1		
20 a 29	295	68,2	164	71,3	0,715	
≥30 anos	44	10,1	22	9,5		
<b>Situação Conjugal*</b>						
Com companheiro	368	84,9	202	87,8		
Sem companheiro	64	14,2	27	11,7	0,167	
<b>Escolaridade</b>						
1-3anos	2	0,5	15	6,5		
4-7anos	111	25,6	59	25,6		3,684
8-11anos	291	67,5	99	43,0	≤0,001	(0,787-17,240)
≥11anos	28	6,5	57	24,7		
<b>Ocupação materna</b>						
Remunerada	174	40,3	91	39,5		
Não remunerada	258	59,7	139	60,5	0,488	
<b>Renda familiar</b>						
≤ 1SM*	171	39,5	47	20,4		4,388
1 a 2 SM	97	22,5	117	50,8		(2,883-6,681)
2 a 3 SM	134	31,0	48	20,8	≤0,001	
≥ 3 SM	30	7,0	18	7,8		

\*SM: Salário mínimo, <sup>†</sup>Qui-quadrado de Pearson, <sup>‡</sup>Dados informados, <sup>§</sup>Regressão Múltipla.

Em ambos os anos, parte das mulheres se internou na fase latente do trabalho de parto, sendo 57% em 2013 e 46,2% em 2017 (OR=4,339 IC95% 2,490-7,559), progredindo para cesárea 81,9% (OR= 0,903 IC95% 0,732-1,113). Mas, daquelas que apresentaram dilatação em fase ativa (37,7 em 2013 e 35,2% em 2017), 46,3% realizaram parto normal (a dilatação na fase de transição elevou-se de 5,3% (2013) para 18,6% (2017)). Em 2013, 60,9%

estavam com dinâmica uterina presente (OR= 2,652 IC95% 1,816-3,873) e, em 2017, subiu para 80,4%. O fato de possuir dinâmica uterina presente levou 74% a evoluir para parto via vaginal (OR = 0,399 IC95% 0,282-0,564).

Em 2013, 79,2% chegaram ao serviço com membrana íntegra (OR= 2,488 IC95% 1,750-3,537) e, em 2017, 60,4%. A membrana rota aumentou 18,8% ao comparar um ano com o outro (20,8% em

2013 e 39,6% em 2017). Em ambos os anos, a maior parte das mulheres apresentou líquido amniótico claro, 94,4% em 2013 e 93% em 2017. A

presença de líquido amniótico claro contribuiu para maior ocorrência de partos normais (OR= 2,532 IC95% 1,299-4,935) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Condições de internação para parto em maternidade pública, 2013 e 2017. Paraná, Brasil, 2019

Condições de Internação para o parto	Ano do Parto				Valor dep <sup>†</sup>	OR (IC 95%) <sup>§</sup>
	2013		2017			
	n	%	n	%		
	432	100,0	230	100,0		
<b>Gestação Anterior</b>						
Primigesta	178	41,2	91	39,5	0,205	
Multigesta	254	58,8	139	60,5		1,070(0,772-1,484)
<b>Visitou a Maternidade</b>						
Sim	66	15,3	62	27,0	≤0,001	
Não	366	84,7	168	73,0		2,041(1,379-3,020)
<b>Dilatação Cervical</b>						
Latente 0-3cm	246	57,0	106	46,2		
Ativa 4-7cm	163	37,7	81	35,2	≤0,001	
Transição 8-10cm	23	5,3	43	18,6		4,339 (2,490-7,559)
<b>Dinâmica Uterina</b>						
Presente	263	60,9	185	80,4	≤0,001	
Ausente	169	39,1	45	19,6		2,652(1,816-3,873)
<b>Membranas</b>						
Íntegra	342	79,2	139	60,4	≤0,001	
Rota	90	20,8	91	39,6		2,488(1,750-3,537)
<b>Líquido Amniótico</b>						
Claro	408	94,4	214	93,0		
Mecônio	24	5,6	13	5,7	0,059	
Hemático	0	0	3	1,3		

<sup>†</sup>Qui-quadrado de Pearson, <sup>§</sup>Regressão Múltipla

Das 197 mulheres que apresentaram intercorrências intraparto, 55,3% eram multigestas, 79,2% não realizaram visita à maternidade, 63,5% chegaram com dilatação cervical em fase latente (OR= 5,507 IC95% 2,314-13,106), 62,4% possuíam dinâmica uterina presente (OR=0,713 IC 95% 0,502-1,022), 77,2% membrana íntegra e 85,3%

com líquido amniótico claro (OR=0,119 IC95% 0,055-0,258) (Tabela 3). Na tabela, os dados de fase latente estão de 0-3cm, pois foi possível adequar devido à nomenclatura de coleta no ano de 2013. De acordo com os dados da OMS 2018, a recomendação atual é da fase latente de 0-5cm.

**Tabela 3.** Condições de internação para o parto segundo a intercorrência intraparto nos anos de 2013 e 2017. Paraná, Brasil, 2019.

Condições de Internação para o parto	Intercorrência Intraparto				Valor <sup>†</sup>	OR (IC 95%) <sup>§</sup>
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
	197	100,0	464	100,0		
<b>Gestação Anterior<sup>‡</sup></b>						
Primigesta	88	44,7	180	38,8	0,159	
Multigesta	109	55,3	284	61,2		
<b>Visitou a Maternidade<sup>‡</sup></b>						
Sim	41	20,8	87	18,8	0,548	
Não	156	79,2	377	81,2		
<b>Dilatação Cervical<sup>‡</sup></b>						
Fase Latente 0-3cm	125	63,5	227	48,9	≤0,001	
Fase Ativa 4-7cm	66	33,5	177	38,1		5,507
Fase de Transição 8-10cm	6	3,0	60	12,9		(2,314-13,106)
<b>Dinâmica Uterina<sup>‡</sup></b>						
Presente	123	62,4	325	70,0	0,056	0,713
Ausente	74	37,6	139	30,0		(0,502-1,022)
<b>Membranas<sup>‡</sup></b>						
Íntegra	152	77,2	328	70,7	0,088	
Rota	45	22,8	136	29,3		
<b>Líquido Amniótico<sup>‡</sup></b>						
Claro	168	85,3	453	97,3	≤0,001	
Mecônio	28	14,2	9	1,9		0,119
Hemático	1	0,5	2	0,4		(0,055-0,258)

<sup>†</sup>Qui-quadrado de Pearson, <sup>‡</sup>Dados informados, <sup>§</sup>Regressão Múltipla.

O uso do banho relaxante aumentou 0,5% em 2017 (63%) quando comparado ao ano de 2013, sendo que dessas parturientes, 66,2% evoluíram para o parto normal. O uso de ocitocina para indução do trabalho de parto diminuiu 2,9% quando comparado de 2013 para 2017. Houve aumento do uso de misoprostol de 3,8%, em 2017 (OR= 0,525 IC95% 0,296-0,932). Em 2013, 85,6% permaneceram com acompanhante e, em 2017, passou para 91,8% (OR= 1,861 IC95% 1,083-3,197) ( $p=0,014$ ).

Em ambos os anos, as parturientes apresentaram rotura de membrana espontânea e, em 2017, diminuiu para 4,9% a rotura artificial, contudo durante a internação aumentou 9,3% (OR= 0,455 IC95% 0,270-0,767). A preferência para o parto normal aumentou em 1,6%, sendo, em 2013, 78,8% e, em 2017, 80,4%. O tipo de parto que prevaleceu em ambos os anos foi o parto normal, porém os partos normais espontâneos diminuíram de 72,4% para 58,3%, respectivamente (OR= 1,919 IC95% 1,363-2,701) (Tabela 4).

**Tabela 4.** Condições do trabalho de parto e nascimento em maternidade pública, 2013 e 2017. Paraná, Brasil, 2019

Condições do Trabalho de Parto e Nascimento	2013		2017		Valor de p <sup>††</sup>	OR (IC 95%) <sup>§</sup>
	N	%	n	%		
<b>Banho de Relaxamento<sup>‡</sup></b>						
Sim	268	62,5	145	63	0,462	
Não	162	37,5	85	37		
<b>Indução do TP com ocitocina</b>						
Sim	174	40,3	86	37,4	0,261	
Não	258	59,7	144	62,6		
<b>Uso de Misoprostol</b>						
Sim	26	7	25	10,8	0,02	0,525
Não	406	93	205	89,2		(0,296-0,932)
<b>Teve Acompanhante no Pré-Parto</b>						
Sim	370	85,6	211	91,8	0,014	1,861
Não	62	14,4	19	8,2		(1,083-3,197)
<b>Tipo de Rotura de Membrana</b>						
Espontânea	246	57	123	54	0,07	0,455
Artificial	145	33,5	66	28,6		(0,270-0,767)
Bolsa Rota na Internação	41	9,5	41	17,8		
<b>Tipo de Parto</b>						
Parto Normal Espontâneo	313	72,4	134	58,3	≤0,001	1,919
Parto Normal Instrumental	7	1,6	4	1,7		(1,363-2,701)
Cesárea	112	26	92	40		
<b>Condições do Períneo após o parto normal*</b>						
Períneo Íntegro	152	47,6	60	43,5	0,712	
Laceração	127	39,6	60	43,5		
Episiotomia	41	12,8	18	13		
<b>Local do Parto</b>						
Cama Hospitalar/Leito	165	38,2	12	5,6	0,191	
Sala de Parto	155	35,8	126	54,4		
Centro Cirúrgico	112	26	92	40		
<b>Posição para o parto</b>						
Litotômica	318	73,6	132	57,4	≤0,001	7,227
Dorsal não litotômica	112	25,9	92	40		(1,440-36,270)
Vertical	2	0,5	6	2,6		
<b>Justificativa da Cesárea<sup>†</sup></b>						
Agravo Fetal	51	43,5	23	25	0,004	3,285
Distocia de Progressão	27	24,1	40	43,5		(1,642-6,571)
Iteratividade	26	23,2	18	19,6		
Agravo Materno	8	7,1	11	12		
Total	430	100%	230	100%		

\*Dados apenas para parto vaginal, <sup>†</sup>Dados apenas para parto cesárea, <sup>††</sup>Qui-quadrado de Pearson, <sup>‡</sup>Dados informados, <sup>§</sup> Regressão Múltipla

As intercorrências foram maiores em partos cesáreos (60,4%), enquanto no parto normal espontâneo esse número foi de 38% (OR= 0,145 IC95% 0,100-0,210). Parto normal instrumental apresentou 2% das intercorrências (OR=6,902 IC95% 4,764-9,998). Em 2013, 47,36% das

mulheres estavam com períneo íntegro e 39,6% lacerados. Em 2017, os períneos íntegros diminuíram para 43,5%, igualando-se, no mesmo ano, com os períneos com laceração.

No ano de 2013, 38,2% dos partos ocorreram em cama/leito e, em 2017, diminuíram para 5,6%. O

número de partos que ocorreram dentro da sala de partos foi de 35,8% em 2013, aumentando para 54,4% no ano de 2017. O número de partos que ocorreram dentro do centro cirúrgico aumentou de 26% em 2013 para 40% em 2017. Com relação à posição, manteve-se a litotômica, sendo, em 2013, 70,7% e, em 2017, 57,4% (OR= 7,227 IC95% 1,440-36,270) ( $p \leq 0,001$ ).

Quase 61% das intercorrências ocorreram em partos realizados na posição dorsal não litotômica

(OR=0,148 IC95%0,102-0,214). Notou-se uma redução no Apgar no 5ºmin, em 2013, de 99,1% e, em 2017, de 63,9%. Os partos, na quase totalidade, foram realizados por médicos e/ou residentes de medicina. A justificativa mais utilizada para cesárea em 2013 foi a de agravo fetal (43,5%), enquanto, em 2017, a distocia de progressão (43,5%) (OR=3,285 IC95% 1,642-6,571). A justificativa de agravo materno aumentou de 7,1%, em 2013, para 12%, em 2017 (Tabela 5).

**Tabela 5.** Condições do trabalho de parto e nascimento segundo a intercorrência intraparto nos anos de 2013 e 2017. Paraná, Brasil, 2019

Condições do Trabalho de Parto e Nascimento	Intercorrência Intraparto				Valor de p <sup>††</sup>	OR (IC 95%) <sup>§</sup>
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Banho de Relaxamento<sup>‡</sup></b>						
Sim	115	58,7	297	64,1	0,185	
Não	81	41,3	166	35,9		
<b>Indução do TP com ocitocina<sup>‡</sup></b>						
Sim	92	46,7	167	36	0,01	
Não	105	53,3	297	64		
<b>Uso de Misoprostol<sup>‡</sup></b>						
Sim	20	10,2	31	6,7	0,126	
Não	177	89,8	433	93,3		
<b>Teve Acompanhante no Pré-Parto<sup>‡</sup></b>						
Sim	176	89,3	404	87,1	0,415	
Não	21	10,7	60	12,9		
<b>Tipo de Rotura de Membrana<sup>‡</sup></b>						
Espontânea	106	53,8	263	56,7	0,475	
Artificial	69	35	141	30,4		
Bolsa Rota na Internação	22	11,2	60	12,9		
<b>Tipo de Parto<sup>‡</sup></b>						
Parto Normal Espontâneo	74	38%	373	80,4	$\leq 0,001$	0,145(0,100-0,210)
Parto Normal Instrumental	4	2	7	1,5		6,902(4,764-9,998)
Cesárea	119	60,4	84	18,1		
<b>Condições do Períneo após o parto normal*</b>						
Períneo Íntegro	40	20,3	172	37,1	$\leq 0,001$	2,113
Laceração	24	12,2	163	35,1		(1,011-4,416)
Episiotomia	14	7,1	45	9,7		
<b>Local do Parto<sup>‡</sup></b>						
Cama Hospitalar/Leito	37	18,8	141	30,4	$\leq 0,001$	0,185
Sala de Parto	41	20,8	239	51,5		(0,117-0,293)
Centro Cirúrgico	119	60,4	84	18,1		
<b>Posição para o parto<sup>‡</sup></b>						
Litotômica	78	39,6	372	80,2	$\leq 0,001$	0,148
Dorsal não litotômica	119	60,4	84	18,1		(0,102-0,214)
Vertical	0	0	8	1,7		
<b>Justificativa da Cesárea<sup>†</sup></b>						
Agravo Fetal	42	21,3	32	6,9	$\leq 0,001$	2,538
Distocia de Progressão	51	25,9	16	3,4		(1,169-5,506)

\*Dados apenas para parto vaginal, <sup>†</sup>Dados apenas para parto cesárea<sup>††</sup>Qui-quadrado de Pearson, <sup>‡</sup>Dados informados, <sup>§</sup>Regressão Múltipla.

## DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda desde 1996 que o parto seja realizado com o mínimo possível de intervenções<sup>(2)</sup>. Essa

recomendação foi adotada devido às más práticas de rotina, sem comprovações ou evidências científicas para seu uso. Infelizmente, algumas dessas práticas permanecem até os dias de hoje.

Um dos pontos abordados é a visita à maternidade, fator importante na hora da escolha do trabalho de parto pelas mães. Em um estudo realizado no ano de 2018, com relação à visita prévia à maternidade, houve influência desta quando relacionado à satisfação com o momento do parto e também à segurança e tranquilidade da gestante<sup>(9)</sup>.

Infelizmente, ao comparar as coortes neste estudo, aumentou o número de mães que não realizam. Outro achado nesta pesquisa foi o número de mães que procuraram o serviço antes mesmo de ter a rotura da bolsa, protegendo-a do rompimento artificial. A amniotomia não é uma prática de indução ao parto recomendada pela OMS, pois apesar de ser um procedimento simples não é isenta de riscos e não existem evidências que comprovem sua efetividade e segurança<sup>(2)</sup>.

Em uma pesquisa publicada no ano de 2020, comparando os anos 2013 e 2016, no estado de Santa Catarina, ressalta-se que houve um aumento de 16,7% para a prática de amniotomia, o que contradiz este estudo, uma vez que no mesmo período estudado o número de roturas artificiais de membrana nesse hospital do estado do Paraná diminuiu em 4,9%<sup>(10)</sup>.

Entre as “Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas”, mantém-se a recomendação de um companheiro de escolha da mulher ao longo do trabalho de parto. A presença do acompanhante de sua escolha transmite à mulher segurança, confiança e tranquilidade<sup>(11)</sup>. Nas duas coortes, o número de mulheres com acompanhante foi maior, com um aumento em 2017, evidenciando que essa recomendação está sendo instituída.

Outra prática que deve ser estimulada e é recomendada pela OMS é o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto. Em uma revisão integrativa realizada no ano de 2018, dentre os métodos não farmacológicos que mais são utilizados estão bola obstétrica, banheira, chuveiro, deambulação, respiração, agachamento e massagens<sup>(12)</sup>.

Neste estudo, o método mais utilizado para alívio da dor foi o banho relaxante e parte das mulheres que o realizaram evoluiu para o parto normal. A liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto passou a ser recomendada apenas para mulheres de baixo risco, com livre movimentação e postura ereta, posição

esta que deve ser de escolha da mulher e apoiada pelos profissionais de saúde<sup>(10)</sup>.

Em um estudo realizado no ano de 2019, é possível perceber uma relação entre partos em posição litotômica e intercorrências neonatais<sup>(13)</sup>. Existem evidências que em partos realizados perante a presença da enfermeira práticas como episiotomia, uso de ocitocina e partos em posição litotômica são menos realizadas<sup>(14)</sup>.

Em pesquisa realizada no ano de 2017, verificou-se que 81,45% das parturientes, estimuladas por enfermeiras obstétricas, optaram por realizar o parto em posições verticalizadas<sup>(15)</sup>. Nesta pesquisa, o uso da posição litotômica e partos na posição vertical aumentaram entre os anos de estudos.

Outra prática que deve ser eliminada é a administração de ocitócitos para indução do trabalho de parto. O uso de ocitocina sintética permanece não sendo recomendado<sup>(2,3)</sup>, pois a ocitocina de rotina não possui seus benefícios comprovados, apesar disso, neste estudo, ela permanece sendo utilizada<sup>(15)</sup>.

Com relação às “Práticas frequentemente usadas de modo inadequado”, destaca-se o uso liberal e rotineiro da episiotomia que permanece não recomendada para o parto vaginal espontâneo<sup>(2,3)</sup>. O número de mulheres com períneo íntegro diminuiu entre os dois anos neste estudo e, em 2017, houve um aumento de episiotomias mesmo que não sejam recomendadas, acrescidas de lacerações, ou seja, mais da metade das mulheres saíram lesionadas do trabalho de parto, seja por lacerações ou por episiotomias.

O aumento das lacerações perineais leves em decorrência da diminuição do número de episiotomias é justificável, uma vez que aquelas não levam a nenhuma morbidade para a mulher, com melhores resultados e menos complicações<sup>(16)</sup>. Segundo a OMS, a episiotomia é indicada em cerca de 10% a 15% dos partos normais para diminuir trauma em tecido durante o parto vaginal, evitar incontinência fecal e urinária e lesões no períneo, porém algumas instituições tornaram essa prática rotineira mesmo sem evidências científicas<sup>(17)</sup>.

Em um estudo realizado em 2016, com puérperas que sofreram a prática de episiotomia, as mesmas relataram que esse procedimento trouxe consequências como dor, devido à inflamação dos pontos, e problemas durante as relações sexuais, podendo também causar hematomas, infecções,

rupturas de períneo, bem como incontinência, fístulas e até mesmo a morte por infecções<sup>(18)</sup>.

Além disso, se as parturientes fossem informadas com clareza sobre os benefícios e complicações de tal procedimento, provavelmente optariam por não realizá-lo<sup>(17)</sup>. Portanto, cabe à equipe de enfermagem orientar, acolher a mãe e acompanhante, transmitir tranquilidade e confiança, além de prestar apoio e assistência. A presença da enfermeira é uma importante estratégia para redução de intervenções desnecessárias, promovendo segurança à mulher e a humanização no parto e nascimento<sup>(19,20)</sup>.

Com relação às intercorrências intraparto, a maior parte das mulheres do estudo apresentou intercorrências sendo multigesta. Em um estudo realizado no ano de 2016, percebeu-se que mulheres multigestas têm maior tendência a realizar partos em intervalos de tempo mais curtos, sendo um importante fator de risco para intercorrências, como prematuridade, mortalidade neonatal, entre outras<sup>(21)</sup>.

A respeito da fecundidade no Brasil, em um estudo realizado no ano de 2018, comparou-se o número de filhos entre mulheres na década de 1960 e 2015, demonstrando uma queda importante na taxa de fecundidade entre os anos<sup>(22)</sup>. Apesar disso, nesta pesquisa, o número de mulheres multigestas foi maior. Outro fato que chama atenção é que as mulheres que apresentaram intercorrências intraparto chegaram com dilatação cervical em fase latente.

O período de dilatação se divide em duas fases. Segundo as novas *Guidelines* da Organização Mundial da Saúde, a divisão entre as fases se dá aos 5 centímetros, quando se inicia a fase latente<sup>(4)</sup>. A admissão precoce nessa fase deve ser evitada, pois é um fator predisponente para realização de intervenções<sup>(23)</sup>.

Reforça-se que os dados foram obtidos por meio de prontuários e entrevistas diretas com as mulheres, dando a oportunidade para que elas relatassem com clareza a assistência recebida para que fosse avaliada com maior rigorosidade. Porém, obter dados do prontuário levou a uma limitação, pois gera uma dependência de descrição dos profissionais sobre o procedimento.

Realizar a pesquisa 24 horas após o parto levou a outra limitação, visto que a mulher ainda estava no ambiente da maternidade e se recuperando do trabalho de parto. Os resultados desta pesquisa contribuem para que os profissionais de saúde possam entender como está sendo feita a assistência à mulher durante o trabalho de parto e quais mudanças ainda precisam ocorrer para que se enquadrem no preconizado pela Organização Mundial da Saúde.

## CONCLUSÃO

Ao comparar as coortes de 2013 e 2017, evidenciou-se que melhorias ocorreram com o passar dos anos, como a presença de maior número de acompanhantes durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e aumento do número de partos normais. Sabe-se que essas recomendações objetivam assegurar o bem-estar da mãe e do recém-nascido, por isso devem ser seguidas.

No entanto, apesar de algumas orientações não serem recomendadas pela OMS desde 1996, ainda continuam acontecendo, por exemplo, o uso rotineiro de ocitocina. A prática de episiotomia diminuiu quando comparados os anos, contudo continua ocorrendo. Além disso, prevalece o número de partos realizados em posição litotômica, prática essa não recomendada.

---

## OBSTETRIC CARE IN PUBLIC MATERNITY HOSPITALS: COMPARATIVE ANALYSIS OF TWO COHORT STUDIES

### ABSTRACT

**Objective:** to compare care during labor and birth in two cohort studies of a public maternity hospital according to the recommendations of the World Health Organization. **Method:** this is a quantitative cross-sectional study nested in two cohort studies, 2013 and 2017. The data collection was from medical records and interviews with mothers. Statistical analysis was performed using the Chi-square test of association, with a significance level of 5% and, to verify possible associations ( $p \leq 0.05$ ) and logistic regression was performed in the results with  $p < 0.020$ . **Results:** In this study, 662 women participated, 432 in 2013 and 230 in 2017. Only 15.2% of women had visited the maternity ward before delivery and, in 2017, it increased to 27% (OR=2.041 95%CI 1.379-3.020). The preference for vaginal delivery increased by 1.6%, being, in 2013, 78.8% and, in 2017, 80.4%. The offer of relaxing baths increased by 0.5% in 2017 (63%), of these parturient women, 66.2% progressed to normal delivery. The use of oxytocin to induce labor decreased by 2.9% (2017). The presence of a companion increased in 2017 (91.8%) (odds ratio= 1.861

95%CI 1,083-3,197) ( $p=0,014$ ). **Conclusion:** in 2017, the recommendations of the World Health Organization were more used than in 2013. Despite this, they still did not meet all the widely recommended practices.

**Keywords:** Humanizing delivery. Labor. Obstetric. Women's health. Humanization of assistance.

## ATENCIÓN OBSTÉTRICA EN MATERNIDAD PÚBLICA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS COHORTES

### RESUMEN

**Objetivo:** comparar la asistencia al trabajo de parto y nacimiento en dos cohortes de una maternidad pública según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. **Método:** estudio cuantitativo transversal anidado a dos cohortes, 2013 y 2017. Recolección de datos en registros médicos y entrevistas con puerperas. Análisis estadístico, se aplicó la prueba de asociación del Chi-cuadrado, nivel de significancia del 5% y, para verificar posibles asociaciones ( $p < 0,05$ ) y en los resultados con  $p < 0,020$ , se realizó regresión logística. **Resultados:** 662 mujeres participaron del estudio, siendo 432 en 2013 y 230 en 2017. Solo el 15,2% de las mujeres había realizado visita a la maternidad antes del parto y, en 2017, pasó a 27% (OR=2,041 IC95% 1,379-3,020). La preferencia por el parto normal aumentó en un 1,6%, siendo, en 2013, 78,8% y, en 2017, 80,4%. La oferta de baño relajante aumentó un 0,5% en 2017 (63%), de estas parturientas, 66,2% evolucionaron hacia el parto normal. El uso de oxitocina para la inducción del trabajo de parto disminuyó un 2,9% (2017). La presencia del acompañante aumentó en 2017 (91,8%) (OddsRatio= 1,861 IC95% 1,083-3,197) ( $p=0,014$ ). **Conclusión:** en 2017, se observó que las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud fueron más utilizadas en comparación con el año 2013. A pesar de ello, todavía no han tenido en cuenta todas las prácticas ampliamente recomendadas.

**Palabras clave:** Parto Humanizado. Trabajo de Parto. Salud de la Mujer. Humanización de la Asistencia.

### REFERÊNCIAS

- 1 Carvalho EMP, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Assessment of adherence to best practices in labor and childbirth care by care providers working in public hospitals in the Federal District of Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2019 [acesso em 19 de set 2021]; 24(6):2135-45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232018246.08412019>
- 2 Organização Mundial da Saúde (OMS). Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. [Internet]. 1996 [acesso em 10 jan2020]. Disponível em: [https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/ma\\_nuais/assistencia\\_ao\\_parto\\_normal\\_2009.pdf](https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/ma_nuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf)
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. 2017 [acesso em 02 jan 2020]. Disponível em: [https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)
- 4 World Health Organization. WHO Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018 [acesso em 02 jan 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
- 5 Resende MTS, Lopes DS, Bonfim EG. Perfil da assistência ao parto em uma maternidade pública. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2020. 20(3):863-870. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000300011>
- 6 Leal MC, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*. 2019. 35(7):e00223018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.
- 7 Barreto JOM, Bortoli MC, Luquine Jr. CD, Oliveira CF, Toma TS, Ribeiro AAV, et al. Barreiras e estratégias para implementação de Diretrizes Nacionais do Parto Normal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44:e120. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.120>.
- 8 Reis AM, Beltrame RCT, Arantes RBS, Correa ÁCP, Martins DP. Taxas de cesarianas em um hospital universitário a partir da classificação de Robson. *Cienc Cuid Saude*. 2020. 19:e47196. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v19i0.47196>
- 9 Alfredo YM, Batista DBS, Guimarães JCN, Pereira ALF. A satisfação com a visita programada à maternidade de referência e sua relação com o momento do parto: um estudo piloto. *Rev Aproximando*. 2018 [acesso em 09 abr2021]; 3(4):1-9. Disponível em: <https://ojs.latic.uerj.br/ojs/index.php/aproximando/article/view/27>
- 10 Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*. 2020; 33:eAPE20180284. DOI: <https://doi.org/10.37689/actape/2020AO0284>
- 11 Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saúde Pública*. 2018; 52:1. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>
- 12 Honnef F, Arboit J, Paula CC, Padoin SMM. Escolhas das mulheres no processo de parto: revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude*. 2019; 18(4): e44687. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i4.44687>
- 13 Barbosa MS. Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Rev Eletrôn Atualiza Saude* [Internet]. 2018 [acesso em 10 fev2020]; 8(8):72-80. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wpcontent/uploads/2019/02/Posi%C3%A7%C3%B5es-de-parto-vaginal-e-preven%C3%A7%C3%A3o-de-traumas-perineais-v8-n8.pdf>
- 14 Côrtes CT, Santos RCS, Caroci AS, Oliveira SG, Oliveira SMJVD, Riesco MLG. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(5): 716-725. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000500002>
- 15 Freitas JMS, Narchi NZ, Fernandes RAQ. Práticas obstétricas em centro de parto normal intra-hospitalar realizadas por enfermeiras obstetras. *Esc Anna Nery*. 2019; 23(4):e20190112. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-2019-0112>
- 16 Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Tuesta AA, Silva CKRT, Silva SD, et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil 2017. *Cienc Saúde Colet*. 2021; 26(3):919-929. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>
- 17 Russo JA, Nucci MF. Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova

maternidade. Interface (Botucatu). 2020; 24:e180390. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180390>

18 Nunes RD, Mapelli AV, Nazário NO, Traebert E, Seeman M, Traebert J. Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal. *Enferm Foco* 2019; 10(1):71-75. [acesso em 20 fev 2020]. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1399/498>

19 Costa ALT, César IAP, Silva CR. Episiotomia sob o ponto de vista da gestante. *Rev Ciênc Saúde [Internet]*. 2016; 1(2):12-20. [acesso em 15 fev2020]. Disponível em: <https://www.revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/30/31>

20 Bolsoni AC, Coelho JA. Episiotomia no puerpério: percepção das mulheres. *Espaç Saúde*. 2016; 17(2):199-205.

DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2016v17n2p199>

21 Apolinário D, Rabelo M, Wolff, LD, Souza SRRK, Leal GCG. Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas. *Rev Rene*. 2016; 17(1):20-8. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100004>

22 Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos últimos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Colet*. 2018; 23(6):1915-1928. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>

23 Pereira LR, Rodrigues GMM, Ferreira ES, Barros INM, Carneiro MS, Siqueira LS. Parto normal e intervenções ocorridas em uma maternidade pública. *Rev Baiana Enferm*. 2019; 33:e-32631. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.32631>

---

**Endereço para correspondência:** Jéssica Taynara Moreira Oliveira Pereira. Endereço: Rua Caracas, nº 550, apt 506. CEP: 86050-070, Londrina-PR. E-mail: [jetmoliveira@gmail.com](mailto:jetmoliveira@gmail.com) ou [jessicam.oliveira@uel.br](mailto:jessicam.oliveira@uel.br). Contato: (14) 981149001.

**Data de recebimento:** 19/04/2021

**Data de aprovação:** 10/11/2021

---

#### APOIO FINANCEIRO

Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada universal MCTI/CNPq nº 01/2016.