http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude
ISSN on-line1984-7513
DOI 10.4025/ciencuidsaude.v23i0.68452

ARTIGO ORIGINAL

BOAS PRÁTICAS E INTERVENÇÕES NO PARTO EM MATERNIDADES PÚBLICAS DE REFERÊNCIA[1]

Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario*
Maria Aparecida Baggio**
Sebastião Caldeira***
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli****
Adriana Valongo Zani*****
Rosangela Aparecida Pimenta******

RESUMO

Objetivo: analisar as boas práticas e intervenções na assistência à parturiente em maternidades públicas referência para parto de risco habitual, intermediário e alto risco. **Método:** estudo transversal aninhado a uma coorte, delineado pelo método misto explanatório sequencial, realizado em duas etapas: quantitativa com 299 puérperas e qualitativa com 32. **Resultados:** entre mulheres de risco habitual/intermediário, foi mais frequente: métodos não farmacológicos para alívio da dor, acompanhante, orientações e indução de trabalho de parto e parto e uso de misoprostol. Naquelas de alto risco, a menor constância a ausculta dos batimentos cardiofetais e informação sobre o toque vaginal, maior rotura de membranas artificialmente e restrição de ingesta hídrica e alimentos. O parto normal foi a principal opção para as mulheres de risco habitual/intermediário e houve maior manutenção do períneo íntegro. A posição litotômica predominou em ambas maternidades, com pouca ocorrência de parto na cama/leito, assim como as condições de boa vitalidade do recém-nascido. **Conclusão:** observou-se um pequeno avanço das boas práticas obstétricas na maternidade de risco habitual/intermediário, enquanto a assistência na maternidade de alto risco permanece com pouco acesso a informações sobre o parto, assim como indução de modo rotineiro.

Palavras-chave: Gestantes. Maternidade. Saúde da Mulher. Teoria Fundamentada nos dados. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

INTRODUÇÃO

A atenção ao parto e nascimento é um dos pilares de sustentação e desenvolvimento de um país. No Brasil, a saúde da mulher, em específico, a assistência ao parto, tem recebido diversos incentivos de estratégias e políticas públicas para melhoria e promoção do cuidado obstétrico e neonatal.

Em 1984, o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) provocou a ampliação do cuidado à mulher para além do ciclo gravídico puerperal, com ênfase na qualidade da atenção no parto e nascimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1996, publicou um guia de recomendações de práticas baseadas em evidências, estruturado em quatro categorias: práticas úteis, prejudiciais ou ineficazes, sem evidências suficientes e usadas de modo inadequado na condução do trabalho de parto e parto(1).

Institui-se em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que visa o emprego da valorização e humanização do parto, com condutas de crescimento profissional e empoderamento feminino na transição do parto. Neste mesmo ano, o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) era melhorar a saúde materna implicando na redução da mortalidade materna(1).

[1]Avaliação da Assistência Obstétrica e Neonatal em maternidades públicas: estudo de método misto, como requisito para qualificação, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Londrina (UEL).

*Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Saúde Coletiva da UEL. E-mail: marcia.s.s.canario@gmail.com. ORCID: 0000-0002-2882-6184.
**Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). E-mail: mariabaggio@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0001-6901-461X.
***Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira da Unioeste. E-mail: sebastiao.caldeira@unioeste.br. ORCID: 0000-0003-2827-1833.
****Enfermeira, Pós-doutorado em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEL. E-mail: macielalexandrina@gmail.com. ORCID:0000-0002-0222-8821.
*****Enfermeira, Pós-doutorado em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEL E-mail: adrianazani@uel.br. ORCID:0000-0002-6656-8155.
6Enfermeira, Pós-doutorado em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEL. E-mail: ropimentaferrari@uel.br. ORCID:0000-0003-0157-7461.

Entretanto, todas essas medidas não foram suficientes para suprir as demandas dos serviços de saúde e várias práticas invasivas, violentas, sem suportes científicos, continuaram a serem executadas. A baixa qualidade da assistência prestada levou ao desenvolvimento e implantação de mais uma política de saúde, a Rede Cegonha[2], criada em 2011. Ela envolveu hospitais da rede pública para garantir o acesso, acolhimento, qualidade na atenção ao parto e nascimento, assim como continuidade da assistência com referência e contrarreferência da usuária dos serviços da rede.

Para suprimento das necessidades locorregionais, cada estado assumiu a responsabilidade para implantação da Rede Cegonha e passou a implementar seu próprio programa. No Paraná, em 2012, a Secretaria do Estado a incorporou ao sistema de atenção à saúde materno-infantil, denominando-a Rede Mãe Paranaense (RMP)[3]. A Rede Mãe Paranaense foi inspirada no Programa Mãe Curitibana (1999), experiência positiva que contribuiu para redução significativa dos indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal e à criança e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto[3].

A estratificação de risco é um elemento visto pela RMP como orientador para a organização da atenção nos diversos níveis (Primária, Secundária e Terciária). A RMP trouxe uma classificação nova, além das já padronizadas pelo Rede Cegonha, o Risco Habitual (RH) e Alto Risco (AR), o Risco Intermediário (RI)[3].

Gestantes de RH são mulheres que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo. O RI abrange características individuais da gestante raça, etnia e idade (Gestantes negras ou indígenas) sociodemográficas escolaridades (analfabetas ou com menos de três anos de estudo) e de história reprodutiva anterior (histórico de óbito em gestação anterior, aborto, natimorto ou óbito)[3].

Já o AR abrange gestantes que apresentam fatores de risco, como **condições clínicas preexistentes** (hipertensão arterial, cardiopatia, dependência de drogas, obesidade mórbida, pneumopatias em tratamento, nefropatias em tratamento e/ou em acompanhamento, diabetes, hipertireoidismo; má-formação útero/vaginal, epilepsia; hemopatias, doenças Infecciosas, doenças autoimunes, cirurgia útero/vaginal prévia, hipotiroidismo, neoplasias). **Intercorrências clínicas na gestação atual** (doenças infectocontagiosas, síndrome hipertensiva, gestação gemelar, isoimunização Rh, diabetes mellitus gestacional, retardo do crescimento intrauterino, trabalho de parto prematuro, amniorrexe prematuro <37 semanas, placenta prévia, sangramento de origem uterina, má-formação fetal, mudança abrupta na curva de IMC)[3].

A estratificação para o RI deve ser registrada na carteira da gestante e ser vinculada aos centros de referências de atenção secundária e terciária, tanto para a assistência programada quanto para as intercorrências que possam vir a ocorrer durante a gestação até o momento do parto. Também com base no princípio da integralidade, gestantes e crianças estratificadas de RI e AR poderão ser encaminhadas para o Centro Mãe Paranaense, ponto de atenção secundária ambulatorial, a qual possui uma equipe multiprofissional que realiza atendimentos e orientações complementares às ações desenvolvidas pelas equipes da Atenção Primária à Saúde (APS)[3].

Em 2017, o Ministério da Saúde (MS) divulgou as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, com objetivo de orientar a prática profissional sustentada no aporte científico, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal[1]. A OMS publicou, em 2018, nova recomendação para uma experiência positiva na atenção ao parto e nascimento, que reforça as categorias já publicadas anteriormente, quais sejam: A (práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas), B (práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas), D (práticas frequentemente usadas de modo inadequado) e traz evidências científicas para categoria C (práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara)[4].

Com isso, a OMS amplia o olhar novamente da atenção ao parto. Para uma assistência obstétrica humanizada, adequada e com evidência científica, é necessário que a mulher tenha uma experiência positiva sobre o seu parto e nascimento do seu filho.

A criação de estratégias, programas e políticas de saúde são fundamentais para melhoria da atenção materno-infantil, no entanto, após a sua implantação é necessário acompanhar e avaliar sua

implementação para verificar suas potencialidades e fragilidades[5].

Considerando a implantação da RMP (2012), é necessário explorar os avanços e contribuições da rede para saúde materna e infantil no estado. Nesse contexto, os estudos recentes têm avaliados atenção ao pré-natal, gestação, nascimento, seguimento da criança, risco e mortalidade infantil, eficácia do programa e percepções dos profissionais de saúde[6-7].

Portanto, analisar a assistência obstétrica e neonatal é importante para compreensão do alcance das metas estipuladas pelo programa, bem como o presente estudo expressa a realidade de maternidades públicas de referência ao parto na 17ª Regional de saúde. Além disso, apesar de ampla discussão na literatura relacionada às práticas obstétricas, poucos estudos nacionais são norteados pelo método misto, sendo este um diferencial da presente pesquisa que possibilita a integração e ampliação da compreensão desse fenômeno. Este estudo teve por objetivo analisar as boas práticas e intervenções na assistência à parturiente em maternidades públicas referência para parto de risco habitual, intermediário e alto risco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo aninhado a uma coorte prospectiva para abordagem quantitativa, norteado pela ferramenta STROBE e delineado pelo método misto explanatório sequencial com uso da Teoria Fundamentada nos Dados. Nesse desenho de estudo, a investigação foi conduzida em etapas das seguintes abordagens: primeira e prioritária (com maior atribuição de peso), quantitativa (QUAN); e a segunda, de menor peso, qualitativa (qual). A abordagem explanatória sequencial foi interligada por procedimento de conexão ou integração no presente, no qual a análise dos dados coletados da etapa "QUAN" conduziu/direcionou a coleta dos dados da etapa "qual"[8].

O estudo foi desenvolvido em duas maternidades do município da região norte do estado do Paraná. Uma referência para gestação de alto risco (M1) e outra para risco habitual e intermediário (M2), para o município e outras regiões do estado. A M1, nível terciário, possui 19 leitos obstétricos e Alojamento Conjunto (AC), uma sala de parto e uma de pré-parto com dois leitos, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal/Pediátrica, Pronto Socorro Obstétrico e Centro Cirúrgico Geral. A M2, nível secundário, é constituída por três salas de parto natural e duas salas de cesárea, oito leitos pré-parto, cinco para recém-nascidos e 34 leitos de puerpério em sistema de AC.

Ambas possuem certificação pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), atendem exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e são referências para a RMP. A coleta de dados da primeira etapa (QUAN) ocorreu no período de julho a dezembro de 2017 e a segunda etapa (QUAL) no período de fevereiro a julho de 2018.

Para obter a população do estudo, realizou-se cálculo amostral em cada maternidade, com base no nº de partos (7.012) do ano de 2016, correspondendo a 23,3% M1 e 76,7% M2, resultando em 299 mulheres. Considerou-se uma margem de erro da pesquisa de 5%, nível de confiança de 95%, mas por se tratar de um estudo de seguimento e que podem ocorrer perdas ao longo do período de investigação, definiu-se um acréscimo de 10% como margem de segurança para atender o número amostral. Incluiu-se mulheres que tiveram o parto nas maternidades em estudo, aceitaram participar da pesquisa e residiam na área urbana do município. Excluiu-se as mulheres com idade gestacional ≤ 36 semanas e 6 dias.

Para a primeira etapa do estudo (QUAN), as mulheres foram entrevistadas após 24 horas do parto, em sala reservada na maternidade, por meio de um questionário estruturado padronizado. Também foram utilizados dados do cartão pré-natal, prontuário físico da puérpera e do recém-nascido. O instrumento de coleta de dados da entrevista e do prontuário hospitalar continha 288 questões. As variáveis selecionadas foram: sociodemográficas, obstétricas e práticas de atenção ao parto e nascimento, conforme as recomendações a Organização Mundial da Saúde (OMS) (categoria A - práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas, categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado).

A análise primária da primeira etapa (QUAN) elencou a fragilidade da atenção ao parto e nascimento, com pontos distintos entre assistência de risco habitual/intermediário e alto risco,

reforçando a necessidade de prosseguir com pesquisa de método misto, no intuito de explorar a temática. Para seguimento do estudo misto explanatório sequencial, após a coleta de dados dessa etapa (QUAN), explorou-se as categorias de interesse na segunda etapa (qual), representando a mixagem de dados por conexão.

Para a segunda etapa do estudo (qual), adotou-se a perspectiva construtivista da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas intensivas, realizadas por uma enfermeira doutoranda, bolsista, no domicílio da mulher, com duração média de uma hora e trinta minutos. As falas foram gravadas com aparelho de áudio e, posteriormente, transcritas. O processo de coleta e análise de dados foi encerrado mediante a saturação teórica dos dados, conduzida de acordo com o guia COREQ.

O primeiro grupo amostral foi composto por 11 mulheres da M1 (referência para alto risco) e o segundo grupo amostral por 21 mulheres da M2 (referência para risco habitual/Intermediário). Para garantia do anonimato, as mulheres foram identificadas no texto conforme a ordem da entrevista e de acordo com a maternidade. Exemplo: P1M1, participante 1, da maternidade 1; P1M2, participante 1 da maternidade 2.

Após a coleta de dados das duas etapas, realizou-se a análise final. Na QUAN, os dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0. Para verificar a diferença das proporções entre as práticas obstétricas, utilizou-se o Teste Qui-quadrado de *Pearson* e a significância estatística adotada em todas as análises foi de 5%, expressa em *p*-valor, na qual os dados foram organizados e codificados com auxílio do software NVIVO® versão 12 em duas etapas: inicial e focalizada, na qual códigos iniciais mais significativos foram integrados, sintetizados e organizados em categorias e subcategorias.

Da análise qualitativa, identificou-se a categoria central "A experiência da parturiente no Sistema Público de Saúde: desafios a serem superados", que integra as categorias (1) Sistema de saúde e atenção ao parto e (2) Experiência do parto. De acordo com o incentivo e recomendações da literatura atual, os resultados são apresentados como *"joint display"* a fim de preservar a abordagem mista do estudo[8]. Esta pesquisa seguiu as normas da resolução 466/12 do Conselho Nacional em Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP/UEL) da Universidade Estadual de Londrina CAAE: 67574517.1.1001.5231.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico da primeira etapa (QUAN) apontou mulheres com predomínio de idade superior a 30 anos e com maior renda na M1, no entanto, as da M2 apresentaram maior escolaridade.

A maior parte das parturientes possuía companheiro (M1 91% e M2 87,8%). Pouco mais de 60% em ambas as maternidades não trabalhavam, 34,8% da M1 e 39,5% da M2 eram primigestas A visita guiada durante o pré-natal à maternidade não foi realizada por 87% na M1 e 73,1% na M2.

Com relação às fases de trabalho de parto no momento da admissão na maternidade, 52,7% M1 internaram na fase ativa enquanto 54,1% M2 em fase latente. Em ambas as maternidades houve predomínio da dinâmica uterina positiva 53,6% M1 e 80,4% M2, e bolsa íntegra, 78% M1 e 60,4% M2.

Entre as boas práticas (categoria A), a oferta de banho de relaxamento, bola ou assento ativo e massagem para alívio da dor foram mais frequentes em mulheres da M2, assim como as condições relacionadas ao acompanhante e as orientações de trabalho de parto e parto. A ausculta intermitente dos batimentos cardiofetais (BCF) foi realizada com menor constância em mulheres da M1 e foi verificada também maior restrição de ingesta hídrica e de alimentos (Tabela 1).

Tabela 1. Práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas. Londrina, Paraná, Brasil, 2017 (n=299)

Categoria A - práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas	M1		M2		Valor *p**
	n	(%)	n	(%)	
Banho de Relaxamento					
Sim	16	23,2	145	63,0	≤0,001
Não	53	76,8	85	37,0	

Uso de bola ou assento ativo					
Sim	13	18,8	102	44,3	≤0,001
Não	56	81,2	128	55,6	
Uso de Musicoterapia					
Sim	2	3,0	10	5,0	0,591
Não	67	97,0	220	95,0	
Massagem para alívio da dor					
Sim	12	17,4	10	4,3	≤0,001
Não	57	82,6	220	95,7	
Medicação para alívio da dor†					
Sim	18	26,0	85	37,6	0,079
Não	51	74,0	141	62,4	
Ausculta BCF‡ no parto					
Sim	25	83,3	146	94,2	0,040
Não	44	16,7	9	5,8	
Informada sobre o direito de ter um acompanhante			.		
Sim	51	73,9	200	87,0	0,010
Não	18	26,1	30	13,0	
Teve Acompanhante no Pré-Parto					
Sim	56	81,2	211	91,8	0,006
Não	13	18,8	19	8,2	
Recebeu orientações sobre o TP§ e Parto					
Sim	32	46,4	150	65,2	0,005
Não	37	56,6	80	34,8	
Momento que recebeu as informações†					
Pré-Natal	11	34,4	62	41,1	0,097
Durante o TP	8	25,0	55	36,4	
Hospital	13	40,6	34	22,5	
Ingeriu líquidos durante TP					
Sim	18	26,1	106	47,1	0,002
Não	51	73,9	119	52,9	
Ingeriu alimentos durante TP					
Sim	9	13,0	73	32,6	0,002
Não	60	87,0	151	67,5	
Partograma					
Sim	66	95,7	208	92,0	0,306
Não	3	4,3	18	8,0	

*Qui-quadrado de Pearson, † Dados informados, ‡ Batimentos cardiofetais, § Trabalho de Parto.

Quanto às práticas frequentemente usadas de modo inadequado (categoria D), verificou-se que as mulheres da M1 tiveram menos informação sobre o toque vaginal e maior rotura de membranas de forma artificial, enquanto a indução do trabalho de parto e uso de misoprostol foi maior em mulheres da M2 (Tabela 2).

Tabela 2. Práticas frequentemente usadas de modo inadequado em maternidades públicas. Londrina, Paraná, Brasil, 2017 (n=299)

Categoria D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado	M1		M2		Valor *p**
	n	(%)	n	(%)	
Indução do TP com ocitocina†					
Sim	19	27,5	157	69,8	≤0,001
Não	50	72,5	68	30,2	
Condução do parto com ocitocina†					
Sim	54	79,0	157	69,8	0,171
Não	15	21,0	68	30,2	
Uso de Misoprostol†					
Sim	7	10,1	86	38,4	≤0,001
Não	62	89,9	138	61,6	
Acesso Venoso					
Sim	66	95,7	196	85,2	0,021
Não	3	4,3	34	14,8	
Infusão de ATB‡					

Sim	42	60,9	119	51,7	0,182
Não	27	39,1	111	48,3	
Foi informada sobre o toque vaginal†					
Sim	54	81,8	215	96,0	≤0,001
Não	12	28,2	9	4,0	
Avaliação sobre o toque vaginal†					
Necessário/Suficiente para avaliação	58	90,6	214	96,8	0,036
Excessivo para avaliação	6	9,4	7	3,2	
Consentimento para realizar toque vaginal†					
Sim	56	90,8	215	95,6	0,137
Não	6	14,4	10	4,4	
Toque realizado por várias pessoas†					
Sim	19	29,2	67	29,8	0,932
Não	46	70,8	158	70,2	
Tipo de Rotura de Membrana					
Espontânea	22	31,9	123	53,5	≤0,001
Artificial	40	58,0	66	28,7	
Bolsa Rota na Internação	7	10,1	41	17,8	

*Qui-quadrado de *Pearson*, † Dados informados, ‡ Antibiótico.

O parto normal foi a principal opção para as mulheres da M2 e houve maior manutenção do períneo íntegro. A posição litotômica predominou nas duas maternidades, com pouca ocorrência de parto na cama/leito. A distocia de progressão foi a principal justificativa para cesárea em mulheres da M2. As condições de boa vitalidade do recém-nascido prevaleceram em ambas as maternidades (Tabela 3).

Tabela 3. Condições do Parto em maternidades públicas. Londrina, Paraná, Brasil, 2017 (n=299)

Condições do Parto	**M1**		**M2**		
	n	**(%)**	**n**	**(%)**	**Valor *p****
Opção de parto					
Parto vaginal	39	56,5	185	80,4	≤0,001
Cesárea	26	37,7	45	19,6	
Tipo de parto					
Parto vaginal espontâneo	24	34,8	132	57,9	0,003
Parto vaginal instrumental	1	1,5	4	1,8	
Cesárea	44	63,8	93	40,4	
Condições do períneo†					
Períneo íntegro	12	48,0	152	66,1	0,005
Laceração	6	24,0	60	26,1	
Episiotomia	7	28,0	18	7,8	
Local do parto					
Cama hospitalar/leito	6	8,7	20	8,8	0,002
Sala de parto	18	26,1	108	47,8	
Centro cirúrgico	44	65,2	93	40,7	
Domicílio/pré-parto/banho	_	_	6	2,7	
Posição para o parto					
Litotômica	25	36,2	131	57,0	0,002
Dorsal não litotômica	44	63,8	93	40,4	
Vertical/ quatro apoio/lateral/ Cócoras	_	_	6	2,6	
Realizado partograma					
Sim	66	95,7	208	92,0	0,426
Não	3	4,3	18	8,0	
Quem realizou o parto					
Médico ou residente	67	97,1	221	96,1	0,695
Enfermeiro ou residente	2	2,9	9	3,9	
Justificativa da cesárea‡					
Condição/agravo Fetal	13	31,0	24	25,0	≤0,001
Distocia de progressão	7	16,7	40	43,5	
Iteratividade	1	2,4	18	19,6	
Condição/agravo materno	21	50,0	11	12,0	
Apgar 1°minuto					

Sofrimento grave (3)	5	07,2	_	_	≤0,001
Dificuldade Moderada (4-6)	4	5,8	8	3,5	
Adequado (7-10)	60	87,0	222	96,5	
Apgar 5°minuto					
Sofrimento grave (3)	_	_	_	_	0,067
Dificuldade Moderada (4-6)	1	1,4	_	_	
Adequado (7-10)	68	98,0	230	100,0	

*Qui-quadrado de Pearson, † Dados informados parto vaginal, ‡ Dados informados cesárea.

Do processo analítico, pela TFD, identificou-se o fenômeno ou categoria central "A experiência da parturiente no Sistema Público de Saúde: desafios a serem superados.", a partir da integração das categorias do estudo, quais sejam: categoria (1) Sistema de saúde e atenção ao parto, e respectivas subcategorias, (1) O medo da dor e a desesperança para o parto e (2) O poder da cultura e sua influência na via de parto, e categoria (2) Experiência do parto e subcategorias: (1) Expectativa para o parto normal e (2) Enfrentamento do parto cesárea.

As categorias descrevem como acontece a assistência ao parto sob a perspectiva da mulher e sua relação com serviço de saúde, por meio da assistência obstétrica. A categoria sistema de saúde e atenção ao parto explica como acontece a assistência ao parto em maternidades públicas e o quanto as rotinas e normatização do serviço destoam de um atendimento com um olhar para mulher. A categoria experiência do parto esclarece o quanto esse evento é marcante na vida da mulher, desde a descoberta da gravidez e o experienciar a gestação e o parto, que pode fluir de forma acolhedora ou estressora.

As mulheres expressaram frustração sobre a experiência do parto, divergente da esperada para o momento, nomeadamente situações sem acolhimento ou informações adequadas. A aceitação foi uma das formas de superação. No entanto, em experiências positivas da condução do trabalho de parto e parto, como relatos de acolhimento e respeito à mulher, foi identificada satisfação da usuária com parto.

Quadro 1. Depoimentos das usuárias relacionados ao sistema de saúde e atenção ao parto, conforme análise estatística significativa

Resultados Quantitativos	**Análise dos dados qualitativos** **Categoria Sistema de saúde e atenção ao parto**
Categoria D práticas frequentemente usadas de modo inadequado Indução do Trabalho de Parto com ocitocina Uso de misoprostol Acesso venoso Toque vaginal	*Daí fez lá a burocracia dele [médico] e me mandou sair para esperar de novo no salão [...]. Fiquei esperando um tempão até a moça [técnica de enfermagem] me chamar. Ela me chamou depois de muito tempo. Ainda ficou tudo molhado lá fora [de líquido amniótico] [...]. Eu entrei, com dor [do trabalho de parto] [...] e ela veio fazer toque ainda. Eu estava com aquela barriga enorme, não estava nem conseguindo tirar a roupa, e ela fez eu fazer isso umas três vezes ainda. Depois da avaliação eu fiquei esperando lá fora.* (P1-M1) *[...] foi bem ruim quando cheguei na maternidade, porque uma moça [residente] me tratou muito mal [...]. Ela colocou o dedo lá [vagina] com tudo, para fazer o toque, e falou que era para voltar embora. Como já é o quarto, eu sabia que eu estava em trabalho de parto. E eu não estava gritando, estava andando normalmente. Ela falou: você não está em trabalho de parto, você não está com dor, você está normal. Meu marido insistiu, veio outra pessoa e fez a cardiotocografia. Graças a Deus deu para ver que eu estava com contração.* (P13-M2)
Condições do Parto Parto Normal Instrumental Episiotomia Posição para o parto dorsal não litotômica	*[...] eles tentaram parto normal, com fórceps, vácuo [...] levei ponto por baixo, levei ponto na cesárea*. (P12-M1) *[...] ele [bebê] entrou em sofrimento. Foi aí que eles resolveram usar o fórceps, mais sofrimento ainda! Eu achei que iria aliviar, não. Na anestesia, foi quarenta minutos para eles localizar o ponto para pegar a anestesia. Primeiro foi um anestesista, ele não encontrou. Chamaram o chefe da anestesia, ele ainda ficou uns dez minutos, até que encontrou. Eles tiram o fórceps, o bebê nasceu*. (P10-M1). *[…] eu lembro que estava fazendo força errada [...] mas a menina [interna] que estava fazendo meu parto estava sendo assistida por outras duas pessoas. Era a primeira vez dela. Mas aí, a médica que estava em pé, ela falava: você está fazendo força errada, você está fazendo força em cima, eu preciso que você faça força em baixo. Aí a menina também pedia: faz força pra baixo, você está fazendo força em cima". E eu, para mim, estava fazendo força certo.* (P17-M2).

	Uma residente foi tentar tirar a cerclagem, mas eu nem sei se ela já tinha tirado antes. Meu esposo acabou ajudando-a. Meu marido segurando a luz e ela: bom, eu acho que eu tirei tudo. A gente ficava naquela insegurança. Eu passei a noite inteira com dor, no outro dia de manhã eles viram que não tinha dilatado nada. Eles foram ver aquele pontinho que tinha ficado, descobriram que estava ainda preso o colo do útero. Foi a parte que eu mais sofri, colocava um ferro dentro do outro para tentar abrir. Foi uma dor terrível. Até elas não conseguiam ver o ponto, mas sentiam. A parte mais desesperadora foi quando colocavam o dedo e uma tesoura junto para tentar cortar o ponto no tato, sentindo. Foi quando ela acabou cortando um pedacinho. Aí a menina saiu correndo da sala, meu marido ficou assustado e eu tentando acalmar ele, e querendo saber o que estava acontecendo. Mesmo fazendo tudo isso não conseguiram tirar. Quando eu levantei da maca foi desesperador quando vi sangue em cima da maca, sangue no chão, só para tirar um fiozinho, e no final ainda não conseguiram tirar e tudo. Isso feito sem anestesia. Então foi a parte mais terrível. Eu achei que eles precisam ter um pouquinho mais de experiência, porque depois que eles foram tentar tirar de novo, foi o médico chefe mesmo, o especialista, acho. Ele chegou e tirou rapidinho, sem nada, sabe. (P4-M1).

Quadro 2. Depoimentos das usuárias relacionados à experiência do parto, conforme análise estatística significativa

Resultados Quantitativos	**Análise dos dados qualitativos** **Categoria Experiência do Parto**
Categoria A práticas úteis que devem ser estimuladas Acompanhante no pré-parto Orientações sobre Trabalho de Parto e parto	*[...] elas me largaram, me deixaram, e meu marido que ficou comigo o tempo todo. E eu vomitando, fazendo fezes, gritando. Na verdade, eu nem gritei muito. Eu chamei duas vezes ela, e ela falou que estava começando a apontar, mas não estava na hora ainda. Ela virou as costas e eu berrei. Estava nascendo.* (P13-M2) *Foi terrível [...]. Eu fiquei sozinha, abandonada, porque eles não deixaram ninguém entrar comigo. E eu estava com muita dor, muita dor, muita dor [...]. Eu ficava sozinha, ninguém via nada, eles faziam eu andar.* (P10-M1) *Porque eu achei que iria ganhar na cama, só que foi, era no chão. É, foi naquela [...] tipo uma "patentinha", assim, bem pequeninha [...] É, dói demais.* (P2-M2) *[...] eu não quero nem falar, aquelas dores de parto, eu morrendo de dor, aquelas mulheres falavam que aquilo lá não era dor, que era o comecinho. Nossa, eu morria de medo.* (P18-M2)
Condições do Parto Opção pelo parto normal Parto Cesárea	*Olha, não foi como eu imaginei, porque eu imaginava o parto normal. Eu esperava assim, como eu nunca havia feito cesárea, eu tinha um pouco de medo. Então, eu esperava sentir as dores do parto e ir ganhar neném.* (P8-M1) *[...] eu queria fazer parto normal, eu vim para o Brasil, mas eu queria fazer parto normal mesmo assim [...] porque aqui o índice maior é de cesárea.* (P5-M2) *Eu imaginei que iria ser bem pior. Eu achei que eu ia ganhar normal, mas eu não pude ganhar (medo) de dor, de sofrer um pouco, porque tinha umas meninas lá que estavam sofrendo bastante. Eu estava com medo de não conseguir.* (P20-M2) *Desesperador [...]. Porque eu não queria [cesariana]. Queria parto normal.* (P21-M2) *Foi melhor do que eu já imaginava [...]. Foi rápido, fui muito bem atendida, muito respeitada. [...] me senti muito feliz de ter a educadora física que também era doula [...]. Gostei muito, fiquei muito feliz, muito realizada com o meu parto.* (P4-M2) *Mas, eu me senti cuidada também, achei que foi muito bom. Eu queria muito poder encontrar a menina que fez meu parto, porque ela ficou tão emocionada quanto eu. Foi muito bom, porque quando eu estava lá, no momento, parindo, eu olhava pra ela e o rosto dela, o olhinho dela estava brilhando de fazer aquele parto (risos). Aquilo, assim, dava um alívio, sabe?! Uma coisa do tipo, nossa, que legal, está sendo especial para mim. Olhava para ela, estava sendo especial para ela também. Então, assim, na verdade, se eu pudesse descrever o momento do meu parto para mim foi lindo, foi perfeito. E meu bebê saiu bem, tudo tranquilo. Não teve violência obstétrica que o povo tanto fala. Foi tudo naturalzinho [...].* (P16-M2)

DISCUSSÃO

As diferenças encontradas entre as maternidades do estudo (risco habitual/intermediário e alto risco) apontam para necessidades específicas de cada serviço. No entanto, aspectos do parto permanecem com necessidade de intervenção. Apesar de ampla discussão e fundamentação científica quanto à condução do trabalho de parto e nascimento nos últimos anos, a assistência nos serviços de saúde ainda demonstra fragilidades na humanização e prática do cuidado, sendo o modelo hegemônico predominante no Brasil[9].

O perfil das mulheres em cada maternidade se deve também às condições clínicas da gestação e do parto. As mulheres atendidas na maternidade referência para alto risco representam faixa etária jovem adulta, o que pode influenciar na renda familiar mais elevada, porém o fenômeno de mais anos de estudos foi identificado em mulheres que tiveram o parto na maternidade referência para risco habitual/intermediário. Os aspectos sociodemográficos influenciam o cenário obstétrico, a experiência de vida e a maturidade biológica, assim como anos de estudos podem ser fatores protetores. Perfil semelhante foi identificado na pesquisa de Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha, que verificou diferença de acolhimento, atenção e acesso de gestantes e/ou puérperas na assistência à saúde, de acordo com a faixa etária[10].

Ao longo dos anos, a atenção ao parto e nascimento migrou da esfera familiar para atenção hospitalar, com isso, o sistema de saúde abarcou a responsabilidade quanto à condução e poder sobre o parto. O padrão de assistência no Brasil expõe mulheres a intervenções desnecessárias e sem evidência científica, principalmente usuárias de risco obstétrico habitual[11].

Entre as práticas avaliadas no estudo, observou-se que as condições de internação para o parto ainda não estão implementadas de forma adequada, embora o programa Rede Mãe Paranaense esteja vigente desde 2012. Medidas como não visitar a maternidade antes do parto, internação fora do período de trabalho de parto podem aumentar o risco de indução ao parto. Estudo apontou que o uso de ocitocina (OR=3,04) aumentou as chances de intercorrências após o parto com prevalência para a hemorragia pós-parto em nulíparas. O frequente uso de ocitocina foi observado no presente estudo[12].

A RMP orienta a vinculação da gestante ao serviço hospitalar de referência para o parto, de acordo com a estratificação de risco, e isso inclui agendar uma visita guiada ao hospital vinculado, com acompanhante, até o sexto mês de gestação[3]. O conhecimento da gestante sobre o local do parto previne a peregrinação da mulher durante o trabalho de parto e a visita fortalece o vínculo com a instituição. Em pesquisa sobre desigualdades regionais no acesso e na qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto nos serviços públicos de saúde no Brasil, a peregrinação para o parto se associou com todos os desfechos neonatais como prematuridade, baixo peso ao nascer, *near miss* neonatal e *near miss* materno[13].

Considerando as "práticas úteis e que devem ser estimuladas", as condições de trabalho de parto e parto divergiram entre as maternidades deste estudo. Mulheres de risco habitual/intermediário usufruíram mais das medidas não farmacológicas de alívio da dor como bola suíça ou de Bobath, chuveiro e massagem, assim como tiveram maiores informações sobre o direito ao acompanhante e orientações para o parto. Resultados semelhantes foram identificados em uma pesquisa que descreve a atenção ao parto em maternidades da Rede Cegonha, os quais apontam que a presença da enfermeira promove o acesso às boas práticas de atenção obstétrica ao trabalho de parto e parto no serviço público e misto nos últimos anos[14].

As medidas não farmacológicas de alívio da dor são práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, além de prover conforto e empoderamento da mulher e estão associadas a desfechos positivos na assistência, como a maior satisfação com o parto[15].

Ainda que avanços em boas práticas na atenção obstétrica tenham ocorrido, verifica-se persistência de ações inadequadas, principalmente em mulheres atendidas em maternidade de alto risco, como a restrição a ingesta hídrica e de alimentos, menor acompanhamento da vitalidade fetal e menos informação sobre a realização do toque vaginal.

A restrição alimentar ou o jejum são práticas não recomendadas pela OMS, tanto para mulheres de risco habitual quanto para as de alto risco. Ao contrário, esse órgão recomenda que durante o trabalho de parto, as mulheres tenham acesso à

oferta de líquidos. O monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente é outra prática preconizada para adequada condução do trabalho de parto e parto, sendo uma ação essencial no cuidado intraparto[16].

De acordo com recomendações da OMS, o exame vaginal digital deve ser realizado com intervalo de quatro horas em mulheres de risco habitual para avaliação da evolução do trabalho de parto[4]. O toque deve ser realizado de forma adequada e humana, e por ser invasivo e íntimo, torna a mulher vulnerável ao profissional, adicionando a dor no momento da contração, podendo ser extremamente desconfortável. Apesar da preponderância da análise do toque vaginal como "necessário/suficiente para avaliação", as falas dessas mulheres ilustram relatos de desconforto, dor e repetição do procedimento.

O domínio do serviço de saúde perante o parto expõe a mulher às práticas intervencionistas como a episiotomia, posição litotômica, ocitocina sintética, amniotomia, jejum prolongado, entre outras ações essas repudiadas por evidências científicas[17].

A maternidade pública, na condição de serviço público, tem as portas abertas ao ensino e pesquisa e comporta formação de cursos de graduação e de pós-graduação da área da saúde. Logo, a prática para o processo de ensino-aprendizagem é necessária. No entanto, deve ocorrer de forma responsável na prestação de cuidado à usuária. Os relatos obtidos através da etapa qualitativa elucidaram a insegurança e abandono na assistência permitindo um diagnóstico da fragilidade do ensino na atenção ao parto no Brasil, mesmo quando há a supervisão direta do docente ou profissional de saúde.

Apesar dos programas e incentivos políticos na esfera pública para melhoria da atenção obstétrica e neonatal, resistências sociais, econômicas e culturais são fatores que impedem o avanço na assistência[18]. A desinformação da usuária, inexperiência do aluno e omissão do profissional culminam numa assistência desastrosa, com experiência de dor e sofrimento. A percepção da mulher sobre a inabilidade do profissional durante a assistência é nítida, os relatados de procedimentos inapropriados que não condizem com assistência humanizada e segura reforçam a necessidade de comprometimento da equipe, atenção qualificada e prudência na assistência.

O parto normal foi a via mais desejada pelas mulheres, identificado na análise e reforçado pelas falas das usuárias, o desejo de parir de forma natural ainda é persistente, apesar de enfrentar forte preceito cultural e a desestruturação do sistema de saúde. O preparo para o parto começa no pré-natal, ofertado pela atenção primária e complementado pelos serviços de referência, no caso de gestações com risco, com compartilhamento de informações clínicas. O estímulo e orientação ao processo de parturição, bem como a vinculação da gestante ao local do parto são estratégias fundamentais para o avanço da atenção obstétrica[19].

A associação do sofrimento ao parto normal tem influência da sociedade, cujo sentenciamento do parto no sistema público denota pejorativamente o parto vaginal[20]. Isso se evidencia em falas de recusas das usuárias ao parto normal, atribuído à dor e aflição e menções ao parto cesáreo como alento em um momento de angústia. Pode se justificar pelo parto intervencionista, assistido por médico, em posição litotômica, o qual tem resistência ao parto natural em posição vertical e utilização de recursos que incorporam as boas práticas obstétricas.

A posição litotômica no parto beneficia somente o profissional, pois atua contra a gravidade, é desconfortável para a mulher e reduz a intensidade das contrações, interferindo na progressão do parto. Parir em posição não verticalizada é uma prática enraizada à cultura brasileira, subsidiada por protocolos institucionais, comportamentos e preferências profissionais[21-22]. Os incentivos à posição vertical durante o parto e a movimentação no período de trabalho de parto são práticas positivas que devem ser estimuladas[23].

Entre os aspectos positivos deste estudo, tem-se a manutenção do períneo íntegro e a restrição do uso de episiotomia de rotina na maternidade de risco habitual/intermediário, no entanto, a episiotomia ainda está presente em número elevado na maternidade de alto risco. O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo[4].

Todavia, a justificativa mais frequente para o parto cesárea é a distocia de progressão em mulheres de risco habitual/intermediário, embora este procedimento possua um custo de quase 40% superior ao do parto vaginal para o SUS. O Brasil possui a segunda maior taxa de cesariana do

mundo, 56,3% dos nascimentos e, a região Centro-Oeste concentrou a maior taxa de partos cesáreas (62,3%)[24].

Submeter-se a um procedimento anestésico-cirúrgico, a exemplo de uma cesárea, exige preparo emocional da gestante/parturiente, pois perpassa pelas condições clínicas da gestação, frustração de um trabalho de parto ativo que é interrompido, o enfrentamento de uma sala cirúrgica fria e isolada, com a presença do acompanhante somente no momento do nascimento da criança, por vezes o procedimento é realizado sem uma indicação necessária ou informações adequadas para a gestante.[25] Estudo sobre as características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil verificou a prevalência de 41,3% e uma chance 80% maior de cesariana eletiva mesmo nos atendimentos financiados pelo SUS[26].

A cesariana é uma condição que tem reforço cultural, com baixa informação da intensidade do parto cirúrgico, que tem repercussão desfavorável na recuperação materna e do recém-nascido. A morbidade neonatal *near miss* em maternidades brasileiras foi influenciada pelas variáveis da organização dos serviços de saúde como desfecho parto cesáreo, bem como características maternas[27], além disso a literatura tem demonstrado que nascidos por via alta apresentam maior taxa de morbidade neonatal *near miss* do que os nascidos por parto vaginal.

Ressalta-se que mesmo em gestação com diagnóstico de risco, a cesárea não é uma indicação absoluta, sendo possível a evolução do trabalho de parto espontâneo ou a indução do mesmo, apesar disso, é evidente o aumento no número de cesárea em todo país, incluindo gestações de alto risco[28].

Considerando o protagonismo da mulher sobre a escolha da via de parto, confirma-se pouca informação sobre o assunto, ainda quando exposto pela usuária dúvidas sobre o parto. O abandono no momento do parto, explicitado na fala das mulheres, se contrapõe às políticas de humanização ao parto e nascimento. Além de falta de privacidade, excesso de profissionais na sala de parto e desrespeito são situações suportadas por essas mulheres. Contudo, a experiência do parto sobreposto pela dor e sofrimento é superada com o nascimento do filho saudável[29].

De outro modo, relatos positivos da assistência ao parto também ocorreram e demonstram que é possível, dentro de uma maternidade pública, experienciar um parto com qualidade, segurança e humanização. Foram expressas palavras como respeito, felicidade, emoção, cuidado com o protagonismo da usuária e o ápice da realização do parto. O envolvimento do profissional no momento do parto torna a experiência singular com satisfação da usuária e traz credibilidade ao parto normal.

A satisfação da usuária com o parto reflete qualidade da assistência e a forma como os cuidados direcionados ao parto e nascimento são ofertados. Atitudes de escuta, acolhimento, protagonismo e acompanhante durante o período de trabalho de parto e parto, influenciam no julgamento sobre os cuidados recebidos, reafirmando que a satisfação é uma associação de medidas colaborativas e participativas entre a usuária e o serviço[30].

Os aspectos positivos da satisfação com o parto incluem vínculo materno, amamentação prolongada e adaptação após o parto. De modo contrário, a insatisfação eleva o risco de desfechos negativos à saúde, podendo ocorrer eventos como a depressão puerperal e o medo de parir novamente, aumentando a preferência pelo parto cesáreo em gestações futuras[30].

As práticas abordadas nesse estudo expressam que, mesmo após diretrizes e políticas de incentivo ao parto humanizado e seguro, práticas obsoletas ainda persistem nos serviços de saúde. Considerando as práticas categoria "A" (úteis que devem ser estimuladas), observou-se um pequeno avanço para a maternidade que atende o parto de risco habitual/intermediário, enquanto na maternidade de alto risco essa prática está distante das mulheres. Na categoria "D" (frequentemente usadas de modo inadequado), verificou-se pouco acesso a informações sobre o parto, assim como indução de modo rotineiro. As usuárias expressam momentos de insegurança e desumanização sustentados por um modelo tecnocrático. Tais fatos se sobrepõem a poucas falas que expressam o cuidado humanizado e uma experiência positiva com parto. Não houve relatos sobre o conhecimento ou se tiveram acesso ao Plano de Parto e se ele foi cumprido parcial ou em sua totalidade.

Este estudo apresenta como principal limitação a realidade local, uma vez que é avaliado somente uma Regional de Saúde. Além disso, deve-se ter

cautela na generalização e interpretação dos dados para outras realidades.

Contribuições para a Área

Ao investigar a assistência no pré-parto e parto além dos números, e considerando a perspectiva da usuária, remete para a inovação que pode ser produzida pela enfermagem para a ciência, bem como direcionar e instituir as ações que contemplem as boas práticas obstétricas recomendadas.

No presente estudo, apresenta-se a realidade de duas maternidades referências em atendimento a gestantes com estratificação de risco habitual, intermediário e de alto risco, e demonstra o que é feito durante a internação da gestante para o parto. Contudo, é necessário lançar um olhar sobre as diversas perspectivas que podem ser desenvolvidas para melhorar o serviço, como técnicas baseadas em evidência científica de qualidade, na legislação e orientações do Ministério da Saúde e Organização mundial da saúde. Cabe destacar também que a qualificação da prática profissional deve ser realizada, sendo um item de suma importância para o atendimento seguro

CONCLUSÃO

A atual situação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades do estudo apontam que mesmo após recomendações de boas práticas pela OMS e ações de programas como a RMP, práticas desnecessárias e intervencionistas continuam ocorrendo na assistência. Assim, torna-se imprescindível que práticas com evidências científicas sejam incorporadas e exercidas pelas instituições e seus profissionais, bem como carecem de maior inserção e atuação da enfermagem obstétrica, como potencializadora de humanização e atenção qualificada. A consolidação e fortalecimento dessas medidas afirma um desfecho seguro e saudável do parto e nascimento, oportunizando à usuária o protagonismo e significado positivo ao parto.

GOOD PRACTICES AND INTERVENTIONS IN DELIVERY IN PUBLIC REFERENCE MATERNITY HOSPITALS

ABSTRACT

Objective: to analyze good practices and interventions in the care of parturient women in public maternity hospitals, a reference for habitual, intermediate and high-risk deliveries. **Method:** cross-sectional study nested in a cohort, outlined by the sequential explanatory mixed method, carried out in two stages: quantitative with 299 puerperal women and qualitative with 32. **Results:** among women at usual/intermediate risk, non-pharmacological methods for pain relief, companion, guidance and induction of labor and delivery and use of misoprostol were more frequent. In those at high risk, the lowest constancy is the auscultation of fetal heartbeats and information on vaginal touch, greater rupture of membranes artificially and restriction of water and food intake. Normal delivery was the main option for women at usual/intermediate risk, there was greater maintenance of the intact perineum. The lithotomic position predominated in both maternity hospitals, with little occurrence of delivery in bed, as well as the conditions of good vitality of the newborn. **Conclusion:** there was a small advance in good obstetric practices in the habitual/intermediate-risk maternity, while assistance in the high-risk maternity remains with little access to information about delivery, as well as routine induction.

Keywords: Pregnant women. Maternity. Women's Health. Grounded Theory. Evaluation of Health Programs and Projects.

BUENAS PRÁCTICAS E INTERVENCIONES EN EL PARTO EN MATERNIDADES PÚBLICAS DE REFERENCIA

RESUMEN

Objetivo: analizar las buenas prácticas e intervenciones en la asistencia a la parturienta en maternidades públicas de referencia para parto de riesgo bajo, moderado y alto. **Método**: estudio transversal anidado a una cohorte, delineado por el método mixto secuencial explicativo, realizado en dos etapas: cuantitativa con 299 puérperas y cualitativa con 32. **Resultados**: entre las mujeres de riesgo bajo/moderado, fue más frecuente: métodos no farmacológicos para el alivio del dolor, acompañante, orientación e inducción al parto y uso de misoprostol. En las de alto riesgo, menor constancia a auscultación cardiaca fetal e información sobre el tacto vaginal, mayor rotura de membranas artificialmente y restricción de ingesta hídrica y alimentaria. El parto normal fue la principal opción para las mujeres de riesgo bajo/moderado y hubo mayor mantenimiento del perineo íntegro. La posición de litotomía predominó en ambas maternidades, con escasa incidencia de parto en cama/camilla, así como las condiciones de buena vitalidad del recién nacido. **Conclusión**: se observó un

pequeño avance de las buenas prácticas obstétricas en la maternidad de riesgo bajo/moderado, mientras que la asistencia en la maternidad de alto riesgo permanece con poco acceso a información sobre el parto, así como inducción de modo rutinario.

Palabras clave: Gestantes. Maternidades. Salud de la Mujer. Teoría Fundamentada en los datos. Evaluación de Programas y Proyectos de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em: 2024 set. 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em: 2024 Aug 12]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

3. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Linha Guia-Programa Rede Mãe Paranaense. Paraná: SESA; 2022 [acesso em: 2024 Aug 17]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2022-03/linha_guia_mi-_gestacao_8a_ed_em_28.03.22.pdf.

4. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018. [cited 2024 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215.

5. Santos DR, Vieira CS, Guimarães ATB, Toso BRGO, Ferrari RAP. Avaliação da eficácia do Programa Rede Mãe Paranaense. Saúde Debate. 2020; 44(124):70-85. Doi: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012405.

6. Shibukawa BMC, Uema RTB, Oliveira NN, Oliveira RR, Santos JLG, Higarashi IH. Monitoring of high-risk children in health services: A geospatial mixed-methods study. Rev Latino-Am Enferm. 2022; 30:e3777. Doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.5806.3777.

7. Teixeira RA, Caldeira S, Guimarães ATB, Tacla MTGM, Ferrari RAP. Rede Mãe Paranaense: análise do índice de implementação em regionais de saúde. Cad Saúde Colet. 2021; 29(2):291-300. Doi: https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020428.

8. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. Série métodos de pesquisa. 2ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

9. Oliveira CF, Ribeiro AAV, Luquine Jr. CD, de Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, et al. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. Rev Panam Salud Publica. 2020; 44:e132. Doi: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132.

10. Nunes AL, Thomaz EBAF, Pinho JRO, Silva LC, Chagas DC, Britto e Alves MTSS. Acolhimento ao parto em estabelecimentos de saúde vinculados à Rede Cegonha no Brasil: a perspectiva das usuárias. Cad Saúde Pública. 2022; 38(4):e00228921. Doi: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT228921.

11. Medina ET, Mouta RJO, Carmo CM, Theme Filha MM, Leal MC, Gama SGN. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. Cad Saúde Pública. 2023; 39(4): e00160822. Doi: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT160822.

12. Coelho T da S, Castro RCMB, da Costa CC, Carneiro JL, Maciel N de S, Damasceno AK de C. Desfechos maternos associados às intervenções no trabalho de parto de nulíparas de baixo risco. Rev Cont Saúde. 2024; 24(48): e13932. Doi: https://doi.org/10.21527/2176-7114.2024.48.13932

13. Leal MC, Esteves PAP, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. Rev Saúde Pública. 2020; 54:8. Doi: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458.

14. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT, Silva SD, et al. Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the Rede Cegonha, Brazil – 2017. Ciênc Saúde Colet. 2021; 26(3):919-29. Doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020.

15. Silva YAP, Araújo FEG, Amorim T, Francisca ME, Felisbino-Mendes MS. Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. Rev Bras Enferm. 2020; 73(5):e20180757. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757.

16. Ribeiro KSC, Magalhães AS, Avelino AHG, Ramos MCS, Santos PWA, Fonseca RAG, et al. Obstetric and neonatal adverse events and association with care models: a cohort study. Texto Contexto Enferm. 2023; 32:e20230079. Doi: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0079en.

17. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Vilela MEA, Alves MTSSB, Neri MA, Queiroz RCS, et al. Reduction of inequities of access to appropriate childbirth care in Rede Cegonha. Ciênc Saúde Colet. 2021; 26(3):823-35. Doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.06642020.

18. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Oliveira MC, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Labor and childbirth care in maternities participating in the "Rede Cegonha/Brazil": an evaluation of the degree of implementation of the activities. Ciênc Saúde Colet. 2021; 26(3):801-21. Doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020.

19. Rosa ZHS, Albuquerque RS, Gabrielloni MC, Barbieri M. Assistência pré-natal e sua associação com o tipo de parto na rede suplementar de saúde. Ciênc cuid saúde 2023;22:e66358. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66358.

20. Travancas LJ, Vargens OMC. Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. Rev Enferm UFSM. 2020; 10:e96. Doi: https://doi.org/10.5902/2179769241385.

21. Resende MTS, Lopes DS, Bonfim EG. Profile on childbirth care at a public maternity hospital. Rev Bras Saude Mater Infant. 2020; 20(3):863-70. Doi: https://doi.org/10.1590/1806-93042020000300011.

22. Rocha BD, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. Rev esc enferm USP. 2020; 54:e03610. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610.

23. Martins Neto C, Campelo CL, Lima JFB, Mendes KDSM, Mouzinho LSN, Santos AM, et al. Factors associated with the occurrence of upright birth in Brazil. Rev bras epidemiol. 2022; 25:e220041. Doi: https://doi.org/10.1590/1980-549720220041.

24. Silva L do NA, de Carvalho GM. Análise da situação atual do parto cesárea no Sistema Único de Saúde. Braz. J. Hea. Rev. 2023; 6(3):10873-81. Doi: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60150.

25. Pires RCR, Silveira VNC, Leal MC, Lamy ZC, Silva AAM. Temporal trends and projections of caesarean sections in Brazil, its administrative macro-regions, and federative units. Ciênc Saúde Colet. 2023; 28(7):2119–33. Doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.14152022.

26. Zaiden L, Nakamura-Pereira M, Gomes MAM, Esteves-Pereira AP, Leal MC. Influence of hospital characteristics on the

performance of elective cesareans in Southeast Brazil. Cad Saúde Pública. 2020; 36(1):e00218218. Doi: https://doi.org/10.1590/0102-311x00218218

27. Pereira TG, Rocha DM da, Fonseca VM, Moreira MEL, Gama SGN da. Factors associated with neonatal near miss in Brazil. Rev Saúde Pública. 2020; 54:123. Doi: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002382.

28. Dias BAS, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M. Variations in cesarean and repeated cesarean section rates in Brazil according to gestational age at birth and type of hospital. Cad Saúde Pública. 2022; 38(6). Doi: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621.

29. Trajano AR, Barreto EA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. Interface (Botucatu). 2021; 25:e200689. Doi: https://doi.org/10.1590/interface.200689.

30. Santos YRP, Carvalho TDG, Leal NP, Leal MC. Satisfaction with childbirth care in Brazilian maternity hospitals participating in the Stork Network program: women's opinions. Cadernos de Saúde Pública 2023; 39(5):e00154522. Doi: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN154522.

Endereço para correspondencia: Márcia Aparecida dos Santos Silva Canario. Departamento de Saúde Coletiva - Centro de Ciências da Saúde – Av. Robert Koch, 60. Telefone: (43) 988580354. E-mail: marcia.s.s.canario@gmail.com

Data de recebimento:02/06/2023
Data de aprovação: 24/10/2024

Apoio Financeiro

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