

Fisioter Bras 2018;19(5Supl):S137-S146

ARTIGO ORIGINAL

Assistência humanizada às parturientes: análise das práticas desenvolvidas em uma maternidade do sertão paraibano

Humanized assistance to parturients: an analysis of the practices in a maternity hospital of Paraíba

Érica de Freitas Martins*, Danielle Crystina da Costa Lira**, Natália Lemos Vidal de Negreiros***

Fisioterapeuta, Residente em Assistência Materno Infantil pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, **Fisioterapeuta graduada pelas Faculdades Integradas de Patos, *Professora Faculdades Integradas de Patos*

Endereço para correspondência: Érica de Freitas Martins, Rua São José, 5 Centro 58700-015 Patos Paraíba, E-mail: ericafreitasmar@gmail.com

Resumo

O trabalho de parto é uma etapa no qual o organismo feminino passa por inúmeras alterações fisiológicas como: dilatação da cérvix, expulsão do feto e dequitação; ocasionando à parturiente medo da morte, medo da dor, além da ansiedade. A humanização na assistência às parturientes é utilizada com a finalidade de melhorar as condições do atendimento à mulher, recém nascidos e a família. Para isso, criou-se o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN). O estudo teve como objetivo verificar se as condutas desenvolvidas às gestantes durante o processo parturitivo estão de acordo com as diretrizes preconizadas pelo PHPN. Trata-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Maternidade do sertão paraibano, onde foram avaliadas puérperas que estiveram em alojamento conjunto de pós-parto normal. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram um formulário elaborado pelo pesquisador para entrevistar as puérperas, e um questionário para a avaliação dos prontuários delas, com a finalidade de verificar se as práticas desenvolvidas na instituição de estudo condizem com as recomendações para o parto normal da Organização Mundial da Saúde, contidas no PHPN. Os resultados mostraram que com relação as práticas claramente uteis alguns itens ainda encontram resistência para ser implantadas no local de estudo, como por exemplo, massagem 78,2%, estímulo à deambulação 28,2% e direito a acompanhante 52,1%, uso completo do prontuários 21,8%, e utilização dos partograma 50%. Com relação às práticas prejudiciais observa-se que o uso da posição de litotomia 100%, e da episiotomia 55,6% ainda são práticas constantes na maternidade. Já no que diz respeito às práticas utilizadas de modo inadequado como o jejum 27,5% e amniotomia de rotina 40,8% nos mostra que as práticas vem se adequando e passando a ser utilizadas apenas nos momentos devidos. Portanto, com o presente estudo observou-se que as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto normal, contidas no PHPN, já vem sendo implantadas na maternidade de estudo, porém um número ainda elevado de práticas não foram introduzidas ou eliminadas.

Palavras-chave: parto humanizado, puérperas, práticas obstétricas.

Abstract

Labor is a stage in which the female organism undergoes numerous physiological changes such as: dilation of the cervix, expulsion of the fetus and deconditioning; causing the parturient fear of death, fear of pain, and anxiety. Humanization in parturient care is used to improve the conditions of care for women, newborns and the family. For that, the Program of Humanization of Prenatal and Birth (PHPN) was created. The study aimed to verify if the behaviors developed to pregnant women during the birth process are in accordance with the guidelines recommended by PHPN. This is a cross-sectional and descriptive study with a quantitative approach, carried out in a Maternity Hospital in Paraíba, where postpartum women housed in a normal postpartum setting were evaluated. The instruments used for data collection were a form developed by the researcher to interview the puerperae, and a questionnaire for the evaluation of their charts, in order to verify if the practices developed in the study institution are consistent with the recommendations for the normal delivery of the World Health Organization, contained

in PHPN. The results showed that with respect to the practices, some items still find resistance to be implanted. For example, massage 78.2%, stimulation to ambulation 28.2% and accompanying right 52.1%, complete use of the medical records 21.8%, and use of the partograph 50%. In relation to the harmful practices, the use of the 100% lithotomy position and the 55.6% episiotomy position are still constant practices in the maternity ward. Regarding the inadequately used practices such as fasting 27.5% and routine amniotomy 40.8. Thus, with the present study, we observed that the recommendations recommended by the Ministry of Health for normal birth, contained in the PHPN, have already been implemented in the Study maternity, but still a number of practices have not been introduced or eliminated.

Key-words: humanized childbirth, puerperas, obstetric practices.

Introdução

O trabalho de parto é uma etapa no qual o organismo feminino irá passar por inúmeras alterações fisiológicas. Estudos relatam que, devido às diversas alterações fisiológicas, que colaboram nas contrações uterinas com conseqüente dilatação do colo uterino, forçando a saída do bebê pelo canal vaginal, ocasionam dores na mulher [1,2]

Segundo Piccinini [3] devido a todos os processos fisiológico que ocorrem, essas parturientes possuem inúmeras preocupações, dentre as mais frequentes durante o processo parturitivo predominam o medo da morte, tanto da mãe quanto do bebê e o medo da dor, além da ansiedade, que pode estar ligada a uma vivência anterior negativa tanto do pré-natal quanto do parto.

Entretanto, o parto não deve ser demonstrado como um evento patológico, mas sim um momento natural e biológico atrelado à vida da família. A mulher não pode ser tratada como incapaz, pelo contrário ela deve ser estimulada a entender seu corpo, analisar as contrações, controlar a respiração e compreender a dor como uma parte necessária do nascimento do bebê [4].

A parturiente deve ser considerada parte ativa nas escolhas relacionadas ao momento do parto, deve então, escolher a posição na qual quer parir e caminhar segundo sua vontade, contribuindo para a adoção do posicionamento vertical, melhorando assim, a dinâmica da rotação e descida do bebê [5].

Para isso torna-se essencial o reconhecimento da individualidade das parturientes por meio dos profissionais de saúde, permitindo ao profissional perceber as necessidades e capacidade de lidar com o processo de cada mulher [6].

Para Benevides e Passos [7] entende-se por humanização, a capacidade de valorização do homem como ser humano, proporcionando uma assistência que leve em consideração os direitos do indivíduo.

Nessa perspectiva, a humanização associada à assistência as parturientes tem como finalidade melhorar as condições do atendimento à mulher, recém nascidos e a família, através da solicitação de ações que visam a autonomia, a liberdade de escolha, a equidade e a não violência ao gênero [8].

Pensando em melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, o Ministério da Saúde (MS) através da portaria 569/2000 criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). A principal estratégia do PHPN é garantir a melhoria no acesso, da cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério [9].

Essas ações preconizadas pelo modelo de humanização do parto influenciam o modelo organizacional dos serviços que realizam assistência obstétrica, tornam-se imprescindíveis as modificações na estrutura das unidades de atendimento à parturiente, tornando-as mais acolhedoras e favoráveis para que essas práticas sejam implementadas [10].

Desse modo, na tentativa de contribuir para a humanização da atenção ao parto, surgiu o seguinte questionamento: as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde estão de acordo com o que é preconizado pelo PHPN na humanização do parto às parturientes da maternidade do sertão paraibano? Com isso, nosso objetivo geral nesse estudo foi verificar se as condutas desenvolvidas às parturientes durante todo o processo parturitivo estão de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento, do Ministério da Saúde.

Com base na proposta de humanização, a assistência a parturição prevê comportamentos e atitudes dos profissionais da saúde que venham a contribuir para reforçar o caráter de atenção a saúde como um direito de todas as mulheres. Porém, na realidade de

muitos serviços de saúde, muitas dessas recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde ainda não foram introduzidas, ou encontram resistência para sua efetivação.

Diante disso, justifica-se a importância desse estudo, que está voltado para a atuação dos profissionais de saúde e sua participação na efetivação da atenção humanizada ao parto. Pois para que o PHPN seja implementado faz-se necessário o envolvimento dos profissionais de saúde, para isso é importante que eles tenham conhecimento de que a maneira como é assistido e vivenciado esse processo, pode contribuir para a promoção de uma maternidade segura para à parturiente.

Material e métodos

A pesquisa tratou-se de um estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa. O estudo encontra-se de acordo com as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Principalmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo este imprescindível para desenvolver pesquisa com seres humanos, respeitando-se sua dignidade e autonomia. A pesquisa foi realizada em um Hospital Maternidade referência localizada no Sertão do Estado da Paraíba. Foi realizado um estudo piloto no período de um mês com o intuito de aprimorar os instrumentos e procedimentos da pesquisa. Em 04/07/2016 iniciou-se a coleta de dados, sendo composta por uma amostra de 142 puérperas que se submeteram ao parto normal, e encontravam-se internas na maternidade estudada. O período de coleta de dados teve duração de dois meses, onde as participantes se dispuseram de forma voluntária a participar do estudo, e as mesmas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fornecido pela pesquisadora. Foram excluídas da pesquisa puérperas que evoluíram para cesariana, mulheres que chegaram a maternidade no momento expulsivo do trabalho de parto, mulheres com transtornos mentais, sob efeito de algum medicamento que viessem a interferir na compreensão ou comportamento, como também mulheres que não aceitarem participar da pesquisa. Para coleta de dados foi elaborado um formulário, contendo questões embasadas nas recomendações para o parto normal da Organização Mundial de Saúde, contidas no manual do PHPN. Para análise de dados, todo o processo foi realizado através do uso do *Statistical Package for Social Science* (SPSS) e o Software Microsoft Excel, versão 20,0. Após levantamento e obtenção de dados foi realizada a análise por meio de uma estatística descritiva acerca dos resultados coletados.

Resultados

Na tabela I e II são apresentados os dados sociodemográficas da amostra. O estudo contou com 142 participantes, cujas idades das puérperas variaram entre 14 e 43 anos, tendo a média de 24,33 com um desvio padrão de 6,29. Com relação ao estado civil das participantes 19,7% se disseram solteiras, 31% se disseram casadas e 49,3% responderam estar em outro tipo de relacionamento. Quanto ao grau de escolaridade observou-se que 43% responderam ter fundamental incompleto, enquanto que apenas 3,5% possuíam o ensino superior completo ou incompleto. Já com relação a renda familiar constatou-se que 61,3% apresentavam renda de menos de um salário mínimo e 38,7% possuem uma renda maior ou igual que um salário mínimo.

Tabela I - Distribuição da idade da amostra (N=142).

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	24,33	6,29	14	43

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Tabela II - Distribuição dos dados demográficos da amostra (N=142).

Variáveis		F	%
Estado civil	Solteira	28	19,7
	Casada	44	31,0
	Outros	70	49,3
Grau de escolaridade	Fundamental Completo	14	9,9
	Fundamental Incompleto	61	43,0
	Médio Completo	35	24,6
	Médio Incompleto	22	15,5
	Superior Completo	5	3,5
	Superior Incompleto	5	3,5
Renda Familiar	Menos de um salário	87	61,3
	Mais de um salário	18	12,7
	Igual a um salário	37	26,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Com relação aos dados referentes à gravidez e ao pré-natal abordados na tabela III, a pesquisa mostra que 52,1% eram primíparas, 54,9% não foi uma gravidez planejada, 53,5% não tinham tido nenhuma complicação durante a gestação. Das puérperas que tiveram algum problema durante a gestação foi observado que 27,5% foram do tipo infecções (infecção urinária). Quanto ao apoio recebido durante toda a gestação, constatou-se que 96,5% das participantes tiveram apoio familiar e 95,8% dessas mulheres receberam apoio do pai do bebê. De acordo com os dados colhidos do pré-natal verificou-se 71,1% das participantes realizaram mais de 6 consultas, na qual 97,2% foram feitas em Unidades de Saúde, e da qual 71,8% não tiveram o direito de escolher o local para realização desse pré-natal.

Tabela III - Distribuição dos dados da gravidez e pré-natal da amostra (N=142).

Variáveis		F	%
Gravidez anteriores	Múltiparas	68	47,9
	Primíparas	74	52,1
Gravidez planejada	Sim	64	45,1
	Não	78	54,9
Problemas gestacionais	Sim	55	38,8
	Não	87	61,2
Tipo de problema	Infecção	39	27,5
	Outros	16	11,3
	Não houve problema	87	61,2
Apoio familiar	Sim	137	96,5
	Não	5	3,5
Apoio paterno	Sim	136	95,8
	Não	6	4,2
Consultas realizadas	Até seis	41	28,9
	Mais de seis	101	71,1
Local do pré-natal	Nesta maternidade	4	2,8
	Unidade de Saúde (ESF)	138	97,2
Escolha do local	Sim	40	28,2
	Não	102	71,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Nas tabelas IV e V os dados são apresentados de forma descritiva. Os resultados estão divididos em três subitens, a primeira, segunda e quarta categoria (domínios avaliados no estudo) das práticas na assistência ao parto normal preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A primeira, segunda e quarta categoria corresponde respectivamente: práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas na assistência ao parto normal, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal, práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal.

Na tabela IV, no que diz respeito às práticas claramente úteis, foi constatado que 96,5% das puérperas relataram ter tido o apoio da equipe, destas 73,2% foram incentivadas a tomar banho de chuveiro, com relação à massagem 78,9% não receberam esse tipo de prática, 71,8%

relataram que foram estimuladas a deambulação, 94,4% descreveram que receberam informações a respeito do trabalho de parto, 64,1% relataram que tiveram um contato precoce mãe e recém-nascido, 82,4% foram incentivadas a amamentar, 88% das mulheres referiram que não foram incentivadas a adotarem as posições verticais e destas 52,1% descreveram que não tiveram direito a ter acompanhante de sua escolha durante o parto.

Com relação às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, 100% das puérperas referiram que tiveram seu bebê na posição de litotomia, destas 44,4% descreveram que passaram pela episiotomia durante o parto, no que diz respeito à tricotomia 93% relataram que elas mesmas realizaram o procedimento e, quanto à enteroclistia 92,3% das puérperas relataram que não haviam passado pelo procedimento.

Quanto à práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado constatou-se que 72,5% relatam que foram submetidas ao jejum, 59,2% passaram pela amniotomia de rotina e 53,5% descreveram que foram submetidas a infusão de ocitocina durante o trabalho de parto.

Tabela IV - Distribuição dos dados relacionados às práticas desenvolvidas na assistência ao parto na maternidade (N=142).

Variáveis		F	%
1. Práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas na assistência ao parto normal			
Apoio da equipe	Sim	137	96,5
	Não	5	3,5
Banho de chuveiro	Sim	104	73,2
	Não	38	26,8
Massagem	Sim	30	21,1
	Não	112	78,9
Estímulo à deambulação	Sim	102	71,8
	Não	40	28,2
Informações sobre o trabalho de parto	Sim	134	94,4
	Não	8	5,6
Contato precoce mãe e recém-nascido	Sim	91	64,1
	Não	51	35,9
Incentivo a amamentação	Sim	117	82,4
	Não	25	17,6
Opção de posições verticais	Sim	17	12,0
	Não	125	88,0
Presença de acompanhante	Sim	68	47,9
	Não	74	52,1
2. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal			
Posição de litotomia	Sim	142	100
	Não	0	0
Tricotomia	Sim	5	3,5
	Não	5	3,5
Enteroclistia	Eu mesma me raspei	132	93,0
	Sim	11	7,7
Episiotomia	Não	131	92,3
	Sim	63	44,4
3. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal	Não	79	55,6
	Jejum		
	Sim	39	27,5
	Não	103	72,5
Amniotomia de rotina	Sim	58	40,8
	Não	84	59,2
Infusão de ocitocina	Sim	66	46,5
	Não	76	53,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Na tabela V, são expostos os dados referentes ao prontuário das puérperas entrevistadas, os primeiros dados são referentes a práticas claramente úteis, no qual foi

observado que 78,2% desses prontuários se enquadraram na categoria de incompleto, quanto ao número de consultas de pré-natal 43% não foram registrados, com relação ao estado físico geral da puérpera foi constatado que 67,6% eram monitorados, já no que diz respeito a utilização correta do partograma pode-se observar que 50% ainda não são preenchidos, com relação ao registro da vigilância fetal 62,7% haviam sido preenchidos.

No que diz respeito às práticas prejudiciais ou ineficazes, foi observado que, em relação à episiotomia 48,2% dos prontuários constam que o procedimento não foi realizado e com relação a dispositivos invasivos 69,7% não foram utilizados. Outros pontos importantes coletados dos prontuários foram em relação às práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, onde observou-se que com relação ao uso de ocitocina 96,5% dos partos foi utilizado, e em relação a analgesia no parto 49,3% foi registrado o uso.

Tabela V - Distribuição dos dados relacionados aos prontuários das puérperas assistidas na maternidade (N=142).

Variáveis	F	%	
1. Práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas na assistência ao parto normal			
Registro dos prontuários	Completo	31	21,8
	Incompleto	111	78,2
Número de consultas no pré-natal	Nenhuma	1	0,7
	Até seis	21	14,8
	Sete ou mais	59	41,5
Estado Físico Geral	Não registrado	61	43,0
	Sim	96	67,6
Utilização do partograma	Não	46	32,4
	Sim	71	50,0
Vigilância fetal	Não	71	50,0
	Sim	89	62,7
	Não registrado	53	37,3
2. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal			
Episiotomia	Sim	51	35,9
	Não	69	48,6
	Não registrado	22	15,5
Dispositivos invasivos	Sim	1	0,7
	Não	99	69,7
	Não registrado	42	29,6
3. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal			
Ocitocina	Sim	137	96,5
	Não	3	2,1
	Não registrado	2	1,4
Analgesia no parto	Sim	70	49,3
	Não	62	43,7
	Não registrado	10	7,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Discussão

De acordo com a tabela 1, considerando as variáveis da primeira categoria constatou-se que 96,5% das puérperas atendidas na maternidade de estudo, sentiram-se apoiadas pela equipe durante o tempo que encontraram-se internas no pré-parto. Segundo o Ministério da Saúde [11], é dever dos profissionais e serviços de saúde atender com respeito e dignidade tanto a mulher como o recém-nascido. Porém, a falta de conhecimento das puérperas pode interferir em suas respostas, como explica, Busanello *et al.* [12], em seu estudo realizado na região Sul do País, com o objetivo de avaliar as práticas desenvolvidas na assistência a parturiente, afirmam que existem dificuldades que interferem nas respostas das parturientes, tais como: a falta de preparo e conhecimento das parturientes e dos familiares para o enfrentamento do processo parturitivo.

Com relação a variável banho de chuveiro 73,2% das puérperas afirmam que foram incentivadas a tomar banho de chuveiro, demonstrando um índice satisfatório já que uma das finalidades do processo de humanização é o bem estar das parturientes. Quando utilizado com água quente e na região das costas esse banho tem por objetivo reduzir a sensibilidade dolorosa, reduzindo assim à dor lombar, além de funcionar como uma medida de higiene, favorecendo melhor conforto para as parturientes [13,14].

Através do banho morno ocorre uma redução da liberação de catecolaminas, acompanhada de uma elevação de endorfinas, resultando na diminuição da ansiedade e promovendo uma satisfação à parturiente, além disso, é uma medida de suporte físico e emocional [15].

Outro recurso que pode ser utilizado para a diminuição da ansiedade e sensação dolorosa é a massagem, que vem sendo amplamente recomendada pela Organização Mundial de Saúde. No entanto, com o presente estudo, pôde-se constatar que 78,9% das parturientes não tiveram acesso a massagem. Em um estudo randomizado, realizado com 60 primíparas, que teve como objetivo avaliar o efeito da massagem durante as contrações uterinas, concluiu que houve uma redução significativa na intensidade da dor nas duas primeiras fases do trabalho de parto [16].

Além disso, a massagem é um recurso que não apresenta efeitos colaterais, sendo a única restrição à intolerância que a parturiente pode apresentar durante o trabalho de parto em determinadas regiões corporais, mas que pode ser detectado através de uma prévia avaliação fisioterapêutica [17,18]. Em um estudo observacional, composto com 90 mulheres, observou-se uma redução da ansiedade materna, assim como a melhoria no humor dessas pacientes [19]. Diante do exposto, é possível constatar que a massagem é um recurso, que tem sua eficácia comprovada cientificamente, e seguro no que concerne aos afeitos colaterais, no entanto, não é uma prática utilizada na maternidade de estudo.

Estudos revelam que a parturiente se manter em movimento é fisiologicamente mais favorável para a mãe e para bebê, pois melhora a circulação uterina e o útero se contrai de maneira mais eficaz, tornando o trabalho de parto mais curto e conseqüentemente menos doloroso [20]. Outro tipo de estudo, revelou que a deambulação durante o trabalho de parto está diretamente relacionada a um número reduzido do uso de analgesia e de partos operatórios [21].

Mediante estudo realizado no Canadá, composto por 206 mulheres, com o objetivo de avaliar a repercussão do adiar a internação hospitalar de parturientes, no qual as mesmas foram divididas em dois grupos através de uma avaliação que classificaria em que fase do trabalho de parto que elas se encontravam: fase ativa ou fase de latência. As mulheres que estavam na fase de latência foram estimuladas a retornarem para suas casas ou deambularem fora do hospital até o início da fase ativa, retardando sua internação. Concluiu-se que essas mulheres tiveram um menor índice de infusão de ocitocina, analgesia/anestesia e maior satisfação com a assistência recebida [22]. De acordo com o presente estudo, 71,8% das mulheres foram estimuladas a deambulação, sendo este, um resultado satisfatório. No entanto, diante dos benefícios apresentados, o ideal é que todas as mulheres fossem estimuladas.

A informação que a equipe passa para a parturiente com relação ao processo parturitivo é de grande valia, pois aumenta a percepção de estar em controle interno e externo da situação, facilitando a compreensão do cuidado realizado, além de proporcionar sua participação ativa nesse processo decisório. Estudos afirmam que as informações mais recebidas pelas mulheres estão relacionadas com a progressão do parto, indicação do parto cesáreo e procedimentos de rotina [23,24]. No presente estudo, não foi avaliado o tipo de informação que as parturientes receberam, mas pôde-se observar que a maioria das mulheres receberam informações acerca do trabalho de parto.

No que concerne ao contato precoce de mãe e recém-nascido, o Ministério da Saúde [25] afirma que o bebê deve ser colocado no colo da mãe imediatamente após o nascimento, permanecendo durante a primeira hora de vida, fortalecendo o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. O não fortalecimento desse vínculo torna-se um fator predisponente para os distúrbios psíquicos de diversos graus no período puerperal.

Rosa *et al.* [26], realizaram um estudo com o objetivo de analisar os sentimentos maternos expressados pelas mães durante o contato íntimo com os filhos logo após o parto. Ficando evidente que o contato do binômio estimula os sistemas sensórios do bebê, sendo observado, que após o contato com mãe, houve uma redução ou aumento da atividade motora, aumento do movimento ocular e direcionamento da face ao ouvir a voz materna. Enquanto que as mães sentiram vontade de tocar e acariciar o bebê, deixando-os tranquilos. Os resultados

do presente estudo foram satisfatórios, onde 64,1% das mães tiveram este contato precoce, no entanto, esta não é uma prática que vem sendo adotada com todas as mulheres.

Além disso, o contato precoce tem resultados satisfatórios quanto ao sucesso da amamentação. E essas duas medidas, quando realizadas, trás benefícios a curto e longo prazo, interferindo positivamente na nutrição e no desenvolvimento da criança [27,28]. Em um estudo com 806 pares de mãe e bebê, concluiu-se que os bebês que tiveram contato pele a pele com a mãe e que foram amamentados na primeira hora de vida, tiveram um aleitamento materno maior, 30 a 90 dias após o nascimento, além de um comportamento de choro melhor [29].

Com o presente estudo, pôde-se constatar que 88% das mulheres não tiveram a oportunidade nem o incentivo a adoção da posição vertical, sendo este um dado preocupante, pois, segundo Rehuna [5], a posição vertical facilita a rotação e a descida do bebê, diminuindo o índice de distócias.

Dentre as posturas verticais, estão inclusas: posição sentada, posição semi deitada, cócoras, ajoelhada, quatro apoios e em pé. O uso desses posicionamentos quando comparadas às posições supina, decúbito dorsal ou litotomia, associou-se numa redução da média de tempo do segundo período do trabalho de parto, redução de partos instrumentalizados, episiotomia e diminuição da dor intensa [30-32]. Porém, a posição supina tem sido adotada com maior frequência no segundo período do trabalho de parto, mesmo havendo evidências que ela ocasione uma redução da eficiência uterina e fluxo sanguíneo placentário [33].

Um estudo randomizado realizado com 6.135 mulheres que adotaram a posição vertical ou a posição lateral, concluiu que a adoção desse posicionamento foi eficaz no que diz respeito à diminuição do segundo período do trabalho de parto, redução das anormalidades da frequência cardíaca fetal, bem como a diminuição dos relatos de sensação dolorosa intensa e episiotomia [34].

Com relação à presença de acompanhante no processo parturitivo com a gestante, segundo Komura [35] a presença e a participação ativa do acompanhante devem ser incentivadas, devido à capacidade de produzir alterações construtivas na assistência obstétrica proporcionando assim uma experiência única para a parturiente e para a família. Contudo, os dados da pesquisa nos mostram que 52,1%, um número muito alto, das puérperas não tiveram direito de ter ou escolher o acompanhante.

Algumas práticas são consideradas ineficazes, segunda categoria, e que segundo a OMS devem ser eliminadas da assistência a parturição, como: tricotomia, enteroclisma e episiotomia. Apesar da tricotomia e enteroclisma terem sido práticas pouco realizadas nas parturientes, 3,5% e 7,7% respectivamente, a episiotomia ainda continua sendo um procedimento realizado com bastante frequência na maternidade em estudo (44,4 %) mostrando, que as práticas ineficazes ainda não foram completamente eliminadas.

Com relação às práticas que são utilizadas de modo inadequado, apresenta-se o jejum de rotina as parturientes. Quando ocorre a aproximação da fase ativa do parto, é importante que a gestante abstenha-se de alimentos sólidos, sendo permitido para as parturientes de baixo risco apenas ingestão de líquidos e em poucas quantidades [14]. É importante que a parturiente mantenha uma boa hidratação e aporte calórico, permitindo assim um maior conforto durante o trabalho de parto, por meio da ingestão de alimentos leves e fluidos. O jejum só é necessário se existir a possibilidade do parto evoluir para uma cesariana ou de anestesia geral [36].

A amniotomia também é uma prática frequentemente usada de modo inadequado. Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto, efeitos indesejáveis podem ocorrer devido essa prática, como por exemplo desacelerações precoces da FCF, alterações plásticas sobre o polo cefálico e também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal [14].

Com relação ao levantamento dos dados dos prontuários das puérperas entrevistadas, observa-se algumas práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas na assistência ao parto e que não estão sendo utilizadas na maternidade de estudo. Uma delas é o registro dos prontuários das parturientes, que deveria conter informações e condutas realizadas durante todo o processo de trabalho de parto e parto. Observou-se que 78,2% dos prontuários avaliados não continham todas as informações necessárias para torna-lo completo.

Outra prática muito importante é a utilização do partograma durante o processo de trabalho de parto, na pesquisa realizada constatou-se que apenas 50% (Tabela V)) eram preenchidos. Segundo Rocha *et al.* [37], o partograma é um instrumento de grande valia para

observar a evolução do trabalho de parto, acompanhar a dilatação e descida fetal. Tal prática é de fundamental importância para evitar ou diminuir o risco de agravos à mãe e ao feto.

Conclusão

No presente estudo por meio da entrevista com as puérperas e a avaliação de seus prontuários, pode-se constatar que a maternidade em questão vem adquirindo boas posturas em relação às práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas na assistência ao parto normal, como: apoio da equipe às parturientes, incentivo ao banho e deambulação, contato precoce entre mãe e filho, informações acerca do trabalho de parto, monitoramento do estado físico geral e dos batimentos cardíacos fetais. No entanto, é necessário que essas práticas sejam adotadas com todas as parturientes, uma vez que são preconizadas pelo PHPN, e diante dos benefícios das mesmas. Porém algumas práticas ditas como claramente úteis como massagem, estímulo a posição vertical e presença de acompanhante ainda não estão sendo estimuladas.

Com relação às práticas prejudiciais e ineficazes, a maternidade em questão mostrou-se que se encontra em um processo de adaptação para cumprimento das normas estabelecidas pelo PHPN, comprovando resultado insatisfatório com relação ao procedimento de episiotomia, constando um número bastante elevado. Sendo necessário a diminuição dessa prática no parto. Já os procedimentos de enteroclistma e tricotomia demonstraram resultados satisfatórios.

No que diz respeito às práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado o estudo evidenciou que práticas como: jejum, amniotomia de rotina e analgesia no parto vêm passando a ser menos utilizadas, ou por outro ponto de vista, utilizada só em momentos que realmente são necessários.

Com isso, a pesquisa mostra que a implantação dessa proposta no contexto da unidade em estudo continua sendo um desafio, pois muita coisa ainda pode ser melhorada, principalmente por parte dos próprios profissionais que precisam refletir com relação a condutas simples mas, não menos importantes, como exemplo o preenchimento do partograma, que se mostra de extrema valia para a equipe multiprofissional que acompanha a gestante em processo de parturição. Porém essa mudança não devem ser esperadas apenas de profissionais mas, sim em todas as relações interpessoais existentes. A capacitação, a valorização profissional, as condições dignas no trabalho e a sensibilização dos trabalhadores da saúde, são meios de fazer com que se sintam humanizados e, assim, entendam a importância de humanizar.

Referências

1. Sabatino H, Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado: formas alternativas. Campinas: Unicamp; 2000.
2. Rezende, Jorge de. Obstetrícia. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
3. Piccinini CA, Gomes AG, Moreira LE, Lopes S.L. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2004;20(3):223-32.
4. Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não-médico. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1997.
5. Rehuna - Rede pela Humanização do Nascimento. Carta de Campinas; 1993.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Parto, Aborto e Puérpério. Assistência Humanizada à Mulher. Ministério da Saúde/Febrasco/ABENFO. Brasília/DF; 2001.
7. Benevides de Barros R, Passos E. Humanização na Saúde: um novo modismo. *Interface* 2005;9(17):389-94.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Área técnica da Saúde da Mulher. Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.
9. Brasil Ministério da Saúde. Área técnica da Saúde da Mulher. Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília; 2000.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.067/GM, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2005.

12. Bussanello J, Kerber NPC, Mendonza-Sassi RA, Mano PS, Sussin LRO, Gonçalves BG. Atenção humanizada ao parto de adolescente: análise das práticas desenvolvidas em Centro Obstétrico. *Rev Bras Enferm* 2011;64(5):824-32.
13. Vale NB. Analgesia adjuvante e alternativa. *Rev Bras Anesthesiol* 2006;56(5):530-55.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. *Cadernos Humaniza SUS* 2014;4.
16. Chang MY, Chen CH, Huang KF. Uma comparação dos efeitos da massagem na dor do trabalho usando o questionário da dor de McGill. *J Nurs Res* 2006;14(3):190-7.
17. Kimber L, Nabb M, Court C, Haines A, Brocklehurst P. Massagem ou música para alívio da dor no trabalho de parto: Um teste piloto randomizado controlado com placebo. *Eur J Pain* 2008;12(8):961-9.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília; 2016.
19. Sabatino H, Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado: formas alternativas. Campinas (SP): Unicamp; 2000.
20. Albers L et al. A relação de deambulação no trabalho de parto cirúrgico. *J Nurse Midwifery* 1997;42(1):4-8
21. Mcniven PS, Williams JI, Hodnett E et al. An early labour assessment program: a randomised controlled trial. *Birth* 1998;25(1):5-10.
22. Murray I, Wilcock A, Kobayashi L. Satisfação do paciente com obstetrícia. *J Health Care Mark* 1996;16:54-7.
23. Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, Ghorayeb F. Women's Experiências de maternidade: satisfação ou passividade. *Soc Sci Med* 2000;51:103-13.
24. Fustinoni SM. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde.
26. Rosa R, Martins FE, Gasperi BL, Montecelli M, Sieberg ERC, Martins NM. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010;14(1):105-12.
27. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane; 2010.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
29. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003.
30. Rehuna - Rede pela Humanização do Nascimento. Carta de Campinas; 1993.
31. Frebasco. Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério. 2010.
32. Brasil Ministério da Saúde. Área técnica da Saúde da Mulher. Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília; 2000.
33. Gupta JK, Hofmeyr GJ. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Oxford: Update Software; 2005.
34. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posição para as mulheres durante o segundo estágio do parto. (Cochrane Review). A Biblioteca Cochrane, 2010 Issue 1. Oxford: Update Software.
35. Komura Hoga LA, Souza Pinto CM. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: experiências de profissionais. *Invest Educ Enferm* 2007;25(1):74-81.
36. Rocha IMS, Schneck CA, Oliveira SM, Junqueira V. Revisão histórica da literatura sobre partograma. *Nursing* 2006;8(97):872-7.
37. Diretrizes clínicas. Cuidados durante o parto - o cuidado de mulheres saudáveis e seus bebês durante o parto. Londres: National Centro de Colaboração para mulheres e Saúde das crianças. Royal College de Obstetras e Ginecologistas; 2007.