

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

Liliane Aparecida Cunha

**NASCER EM BELO HORIZONTE: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
OFERECIDAS ÀS PARTURIENTES NAS MATERNIDADES DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Belo Horizonte

2016

Liliane Aparecida Cunha

**NASCER EM BELO HORIZONTE: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
OFERECIDAS ÀS PARTURIENTES NAS MATERNIDADES DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof. Dra. Márcia dos Santos Pereira

**Belo Horizonte
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**NASCER EM BELO HORIZONTE: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
OFERECIDAS AS PARTURIENTES NAS MATERNIDADES DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica, de autoria da Aluna Liliane Aparecida Cunha, apresentado a banca de examinadores da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG em 29 de março 2016 composta pelos professores:

Orientadora: Prof. Dra. Márcia dos Santos Pereira

Prof. Dra. Eunice Francisca Martins – Escola de Enfermagem UFMG

Prof. Dra. Sônia Lansky –Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Belo Horizonte, 29 de março de 2016.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar as práticas assistenciais oferecidas às gestantes nas maternidades da rede SUS em Belo Horizonte, durante o trabalho de parto e parto. Foram utilizados dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento realizada no período de 2011/2013 em todas as maternidades do SUS - Belo Horizonte. Foram identificadas 186 puérperas nas sete maternidades na rede SUS de Belo Horizonte. Os dados foram separados em dois grupos, no primeiro grupo foram incluídas as práticas assistenciais recomendadas e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, como o uso de partograma, a presença do acompanhante, métodos não farmacológicos para alívio da dor e ingestão hídrica durante o trabalho de parto. No segundo grupo foram incluídas práticas frequentemente usadas de modo inapropriado e por vezes prejudiciais, devendo ser eliminadas do trabalho de parto, sendo elas: infusão venosa, uso de ocitocina, amniotomia, posição litotômica no parto, manobra de kristeller e episiotomia. Concluiu-se entre outras considerações, que a mudança cultural no cenário do parto e a transformação do modelo assistencial na obstetrícia em Belo Horizonte ainda são grandes desafios, requerendo muitos esforços dos profissionais de saúde, dos gestores e da sociedade em geral.

Descritores: Enfermagem Obstétrica. Trabalho de Parto. Parto Humanizado. Serviços de Saúde Materno-Infantil.

Keywords: Obstetric Nursing. Labor Obstetric. Humanizing Delivery. Maternal-Child Health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1	Distribuição numérica e proporcional das respostas às práticas obstétricas recomendadas, em Belo Horizonte – MG	16
TABELA 2	Distribuição numérica e proporcional das respostas às práticas obstétricas não recomendadas, Belo Horizonte – MG	17

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HC/UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HJK	Hospital Júlia Kubtschek
HMOB	Hospital Municipal Odilon Behrens
HRTN	Hospital Risoleta Tolentino Neves
HSF	Hospital Sofia Feldman
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
MDA	Ministério de Desenvolvimento Agrário
MOV	Maternidade Odete Valadares
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCBH	Santa Casa de Belo Horizonte
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SPM/PR	Secretária de Políticas para as Mulheres da Presidência da República
SUS-BH	Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	JUSTIFICATIVA	12
3	OBJETIVO	13
4	METODOLOGIA	14
5	RESULTADOS	16
6	DISCUSSÃO	18
6.1	Partograma	18
6.2	Acompanhante	19
6.3	Métodos não farmacológicos para alívio da dor	20
6.4	Prescrição da dieta hídrica	20
6.5	Infusão venosa	21
6.6	Ocitocina e amniotomia	21
6.7	Posição litotômica	22
6.8	Manobra de <i>Kristeller</i> e episiotomia	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
	REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o parto foi um evento natural e fisiológico, e foi por anos considerado um evento feminino, íntimo e pessoal. A mulher contava com poucas pessoas no cenário do parto, que geralmente era acompanhado em casa, por parteiras, curandeiras ou comadres, mulheres de confiança da gestante e da comunidade.

A atenção obstétrica passou por transformações importantes nas últimas décadas. No Brasil o marco para estas mudanças foi o ano de 1985, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o documento denominado “Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento”, que apresentava as tecnologias que deveriam ser adotadas na atenção à parturiente de acordo com a melhor evidência disponível. Este documento impulsionou a adoção de boas práticas, baseadas em evidências científicas, para a condução do trabalho de parto e parto (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, 2009).

A assistência à parturiente era considerada assunto de mulheres. As parteiras criavam um clima emocional favorável com suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar a dor das contrações, elas eram mulheres que possuíam um conhecimento diferenciado, ficando para os homens apenas o papel de realizar assistência a partos de animais (SEIBERT et al., 2005).

A partir da metade do século XIX, o discurso médico em relação à obstetrícia caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades. Daí surgiu a ideia de que sua institucionalização era fundamental para o desenvolvimento de novas técnicas de cirurgia, anestesia e para o uso da assepsia durante o trabalho de parto e parto (SOUSA, 2013).

A hospitalização do parto foi importante para a queda da mortalidade materna e neonatal, mas o cenário de nascimento transformou-se, pois, a mulher passou de protagonista do seu parto para objeto das práticas dos profissionais e serviços, sendo incorporados inúmeros procedimentos tecnocráticos como rotina na assistência ao parto, constituindo uma prática mecanizada, como são os procedimentos de tricotomia da região genital, o enteroclisma, a episiotomia e a anestesia (SOUSA, 2013).

No Brasil, no início dos anos 1980, o modelo vigente de assistência ao parto começou a receber críticas que destacavam situações de violência e subordinação em que se dava a assistência, sobretudo as condições pouco humanas a que eram sujeitas as mulheres e as crianças na ocasião do nascimento (DINIZ, 2001).

O Ministério da Saúde (MS), a fim de organizar as práticas assistenciais, tem desenvolvido, ao longo das últimas décadas, estratégias para promover um novo modelo de assistência ao parto, que visam a humanização e a redução das intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001).

Entre outras ações, a OMS propõe a humanização da assistência ao parto, com o objetivo de promover o parto e o nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, com intervenções criteriosas, evitando-se excessos na utilização dos recursos tecnológicos disponíveis (OMS, 1996). Neste sentido, a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, envolvendo também neste processo a família e comunidade (BRASIL, 2001).

Desse modo, as instituições de saúde, bem como os profissionais de saúde, devem estar preparados para proporcionar um momento único para a gestante e aqueles que fazem parte do contexto, praticando uma assistência baseada em evidências e reconhecendo que a gestante é a condutora do processo, visto que o parto é uma experiência significativa que irá marcar a mulher para toda a vida.

Neste sentido o SUS-BH assumiu a responsabilidade do sistema de saúde no diferencial na mortalidade e vem procurando implantar uma assistência digna de saúde para toda a população, procurando promover uma mudança na cultura da sociedade e na prática dos serviços, assumindo o direito de acesso a serviços de saúde de qualidade. Dessa forma ao longo da última década as maternidades da rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) vem apresentando muitos avanços em relação aos indicadores perinatais. (LANSKY, 2010).

A Comissão Perinatal foi estruturada como iniciativa integrante do Projeto Vida para redução da mortalidade materna e infantil, em 1993. É um fórum interdepartamental na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e interinstitucional, de discussão permanente, com caráter técnico e educativo, deliberativo, gestor das políticas de assistência à gestante e ao recém-nascido (LANSKY, 2010).

A partir de 1999 foi iniciada avaliação sistemática das maternidades do SUS-BH. As maternidades passaram a ser monitoradas, sendo implantadas ações de monitoramento como: análise dos óbitos maternos, fetais e infantis através do Comitê de Óbitos BH Vida, Relatórios de Vigilância Sanitária, Central de Regulação através do referenciamento das consultas especializadas e internação, Auditoria nas Maternidades (desde 2006), Termo de Compromisso das Maternidades (2008), Contratualização das Maternidades vinculando repasse de recursos financeiros (2009 – 2011) (LANSKY, 2010).

Em 2008 o Termo de Compromisso foi assumido pelas maternidades do SUS-BH para a implementação das boas práticas em obstetrícia e neonatologia e para reduzir os índices de cesarianas desnecessárias. Indicadores selecionados, como participação da enfermagem obstétrica na atenção ao parto, doulas nos plantões, taxa de cesariana, episiotomia e uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor entre outros, foram incluídos no Contrato de Gestão das maternidades a partir de 2010 (LANSKY, 2010).

Outras ações importantes foram a implementação das doulas comunitárias nas maternidades SUS-BH e o “Movimento BH pelo Parto Normal” (2007). Este movimento conta com a participação de cerca de 30 entidades, para mobilização permanente e atuação sobre os aspectos sócio-culturais, financeiros e ético-legais da formação e capacitação dos profissionais entre outros, que envolvem o problema.

No Brasil, as intervenções no trabalho de parto e parto se tornaram muito frequentes, o que se observa nas elevadas taxas de cesariana, 55,6% dos partos, sendo que no setor de saúde suplementar estes dados chegam a 84,6% (ANS, 2014).

Em Belo Horizonte várias ações estão sendo implantadas para a melhoria da assistência nas maternidades. Dentre elas está o Fórum Perinatal, que é um fórum gestor interinstitucional com participação da sociedade civil, que ocorre uma vez por mês no município, do qual participam todas as maternidades do SUS-BH e várias entidades, e é discutido promoção da saúde e melhora da assistência à mulher e RN.

Muitos serviços do SUS têm se esforçado para melhorar o atendimento oferecido as mulheres, mas ainda vemos o modelo intervencionista, médico-centrado de assistência ao parto em muitos serviços do SUS. Além de inseguro e

pouco apoiado em evidências científicas, esse modelo não raramente é marcado por uma relação profissional-usuária autoritária, que inclui formas de tratamento discriminatório, desumano ou degradante (DINIZ, 2009).

Acredita-se que a importância deste estudo esteja relacionada à ampliação do conhecimento sobre as práticas assistenciais oferecidas às gestantes durante trabalho de parto e parto, o que poderá contribuir no processo de mudanças do modelo assistencial oferecido às gestantes em Belo Horizonte.

Assim, considerando os investimentos já realizados para melhoria do modelo de assistência obstétrica nas maternidades da rede SUS de BH, este estudo pretendeu responder a seguinte questão: Quais os tipos de práticas assistenciais são oferecidas às gestantes nas maternidades da rede SUS em Belo Horizonte, durante o trabalho de parto e parto?

3 OBJETIVO

Identificar as práticas assistenciais oferecidas às gestantes durante o trabalho de parto e parto, nas maternidades da rede SUS em Belo Horizonte.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste estudo foram utilizados os dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento”, Em Belo Horizonte, o estudo foi realizado em 11 das 14 maternidades, sendo que todas as 07 maternidades públicas do município foram incluídas na amostra.

Para o presente estudo, utilizou-se dados das maternidades públicas de Belo Horizonte na qual foram entrevistadas 735 puérperas em 07 serviços do SUS-BH e foram incluídos registros de prontuários e entrevistas realizadas com puérperas, primíparas, com gestação única, feto com apresentação cefálica, idade gestacional \geq 37 semanas de gestação que tiveram parto normal. Assim para a apresentação dos dados, os mesmos foram separados em dois grupos, de acordo com as praticas assistenciais oferecidas às gestantes durante o trabalho de parto e parto, utilizando-se o programa *Microsoft Excel 2010* para organização das tabelas e distribuição numérica e proporcional dos dados.

As variáveis descritas foram selecionadas de acordo com práticas assistenciais recomendadas e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e práticas não recomendadas, frequentemente usadas de modo inapropriado, prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas do trabalho de parto.

Nesse sentido, no primeiro grupo foram incluídas as práticas assistenciais recomendadas e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, sendo elas: uso de partograma, presença do acompanhante, métodos não farmacológicos para alívio da dor e ingesta hídrica durante o trabalho de parto.

No segundo grupo foram incluídas práticas frequentemente usadas de modo inapropriado / práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas do trabalho de parto, sendo elas: infusão venosa, uso de ocitocina, amniotomia, posição litotômica no parto, manobra de *Kristeller* e episiotomia.

Assim, foram incluídas neste estudo 186 entrevistas de puérperas nas 7 maternidades públicas do SUS-BH.

Foram utilizadas as informações do prontuário da puérpera e, para três dos indicadores (acompanhante, métodos não farmacológicos e *Kristeller*), optou-se por usar dados do questionário aplicados as gestantes pela pesquisa Nascer em BH.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), parecer nº 92/10. Os gestores dos hospitais e as mulheres selecionadas que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido foram entrevistadas.

5 RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1 observou-se que, o uso do partograma como processo de monitoramento na assistência ao parto ocorreu em 76,9%. Em relação a presença do acompanhante, 100% das parturientes tiveram esse direito respeitado. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor foram ofertados a menos da metade das mulheres (45,2%), e a prescrição da dieta líquida durante o trabalho de parto ocorreu em 52,2% das pacientes da amostra.

TABELA 1

Distribuição numérica e proporcional das respostas às práticas obstétricas recomendadas, em Belo Horizonte – MG.

Práticas obstétricas recomendadas no TP	Número	%
Uso de partograma	143	76,9
Acompanhante	186	100,00
Métodos não farmacológicos	84	45,2
Prescrição de dieta líquida	97	52,2
Total de puérperas da amostra	186	100,00

Fonte: Pesquisa Nascer em BH, 2011

De acordo com a Tabela 2, 44,1% das pacientes foram submetidas infusão intravenosa, o uso de ocitocina durante o trabalho de parto ocorreu em 53,2%, foi realizado amniotomia em 23,1% das mulheres, mais da metade das mulheres 61,3% tiveram seus bebês em posição litômica, o uso da manobra de *Kristeler* ocorreu em 38,2% das mulheres, segundo informação das mesmas, e 35,5% foram submetidas a episiotomia.

TABELA 2

Distribuição numérica e proporcional das respostas às práticas obstétricas não recomendadas, Belo Horizonte – MG

Práticas obstétricas não recomendadas no TP	Número	%
Infusão intravenosa	82	44,1
Ocitocina	99	53,2
Amniotomia	43	23,1
Posição litotômica	114	61,3
<i>Kristeler</i>	71	38,2
Episiotomia	66	35,5
Total de puérperas da amostra	186	100

Fonte: Pesquisa Nascer em BH, 2011

6 DISCUSSÃO

Vários estudos apontam a importância das boas práticas no trabalho de parto e parto para melhores resultados obstétricos, redução de desfechos perinatais negativos e redução da taxa de cesariana. A OMS desde o início de 1980 tem trazido contribuições importantes para este debate, ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Entendendo como modelo de atenção a forma de organização das práticas assistenciais, o MS tem desenvolvido, ao longo das últimas décadas, estratégias para promover um novo modelo de assistência que visam à humanização e à redução das intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001).

6.1 Partograma

Segundo Leal et al. (2014), em estudo realizado com dados da pesquisa “Nascer no Brasil” (2011/2012), o uso do partograma ocorreu em 44,2% das puérperas de risco habitual avaliadas pela amostra. Na pesquisa em questão, o percentual do uso de partograma foi de 76,9%, o que demonstra um avanço em Belo Horizonte no uso desta ferramenta pelos profissionais de saúde.

Dessa forma, de acordo com a OMS, o uso do partograma permite acompanhar a evolução do trabalho de parto, documentar o trabalho de parto e diagnosticar suas alterações, indicando a tomada de condutas apropriadas para a correção dos desvios e evitando intervenções desnecessárias (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Segundo Cunha (2008), os primeiros trabalhos no Brasil apareceram em 1999; o MS recomendou seu uso em 2001 e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) em 2002 e em 2009 confirmou a proposta no seu “Manual de Orientação para Assistência ao Parto e Tocurgia”, mantido em 2007 no portal da FEBRASGO.

O partograma é classificado pela OMS como Categoria A: Práticas demonstradamente úteis que devem ser estimuladas (OMS, 1996). Dentro deste contexto, ainda do ponto de vista da assistência, o partograma tem grande

importância, pela objetividade do método gráfico e por permitir a avaliação quantitativa da evolução do trabalho de parto. É um método simples e barato, que diferencia claramente a progressão do trabalho de parto em normal ou anormal e identifica as mulheres que necessitam de intervenção, sendo seu uso recomendado em todas as unidades (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

6.2 Acompanhante

O acompanhante é um direito da mulher garantido pela lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005). Segundo Art. 19-J, os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença junto à parturiente de 1 (um) acompanhante, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Conforme resultado este trabalho, este indicador no SUS-BH está sendo respeitado em sua totalidade 100% das parturientes.

A escolha da mulher em relação ao acompanhante deve ser respeitada pois, a presença do mesmo é essencial. Dessa forma, Bruggemann, Parpinelli e Osis (2005), o suporte no trabalho de parto consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o trabalho de parto e parto. A mulher se sente acolhida, amada e segura quando acompanhada por alguém de sua confiança, sendo este acompanhante a mãe, marido, irmã, amiga ou outra pessoa de sua escolha, facilitando assim sua participação no processo do trabalho de parto, parto e pós-parto.

Diante disso, Santos, Tambellini e Oliveira (2011) colocam que a implementação de novas estratégias para a integração do acompanhante no cenário do nascimento é uma medida essencial, em razão dos benefícios relacionados à conduta. O MS reconhece que a presença do acompanhante traz benefícios e que as gestantes que contam com um acompanhante no parto e puerpério imediato ficam mais tranquilas e seguras durante o processo, havendo diminuição do tempo de trabalho de parto e do número de cesáreas. Além disso o acompanhante contribui dando suporte aos cuidados básicos com o RN (OLIVEIRA et al., 2011).

6.3 Métodos não farmacológicos para alívio da dor

O uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor mostrou um avanço na assistência obstétrica em Belo Horizonte em relação ao estudo de Leal et al. (2014), que apresentou uma taxa de 28% no Brasil, enquanto no presente estudo no SUS-BH atingiu um percentual de 45,2%, sendo que a SMSA incentiva o uso em 100% das parturientes.

O uso dos métodos não farmacológicos deve ser estimulado e sua abordagem iniciada ainda durante o pré-natal, fornecendo informações tranquilizadoras a gestante e companheiro (OMS, 1996). Pode-se dizer ainda que são tecnologias acessíveis, não invasivas e de baixo custo, o que possibilita serem oferecidas por todos os serviços de saúde (LEAL et al., 2014).

A SMSA de Belo Horizonte recomenda a oferta e uso dos métodos não farmacológicos a todas as mulheres da rede SUS-BH. Entre elas estão: chuveiro, banquinho, bola suíça, banheira, deambulação e massagens.

As recomendações atuais da OMS e do MS brasileiro para o manejo do trabalho de parto incluem a oferta de líquidos, a adoção de dietas brandas para repor as fontes de energia requeridas no trabalho de parto, prevenção da desidratação e cetose, garantindo o bem-estar da mulher (OMS 1996). Portanto, a oferta de líquidos e alimentos leves por via oral à parturiente, respeitando o seu desejo, além de não interferir no desenvolvimento do trabalho de parto e do parto, pode ser benéfica (AMORIM; GUALDA, 2010).

Diante disso, mulheres atendidas no setor público apresentaram as maiores frequências de boas práticas quando comparadas com as mulheres do setor privado (LEAL et al., 2014).

6.4 Prescrição de dieta hídrica

Leal et al. (2014) referem em seu estudo que 25,6% das mulheres de risco habitual puderam alimentar-se durante trabalho de parto. No presente estudo, 52,2% tiveram prescrição de dieta hídrica durante o trabalho de parto. Esta oferta deve ser ainda mais estimulada de acordo com as possibilidades de cada instituição.

A oferta da dieta faz parte das boas práticas que devem ser ofertadas a gestante. O papel da enfermeira obstetra neste processo do cuidado é fundamental. Um cuidado importante neste momento é o oferecimento de dieta leve e água durante o trabalho de parto, pois esta prática pode auxiliar na prevenção de cetose (CRISTO et al., 2010). A prática de infusão venosa de rotina encontra-se classificada como categoria B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas (OMS, 1996).

6.5 Infusão venosa

Um ensaio clínico randomizado comparando infusão de soro glicosado ou não infusão durante o trabalho de parto evidenciou que a infusão de soro glicosado não reduz a acidemia materna nem o balanço ácido-base fetal, de forma que sua utilização de rotina não é recomendada (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Segundo Leal et al. (2014), o uso de cateter venoso periférico ocorreu em 73,8% das gestantes de risco habitual. No presente estudo observa-se uma taxa de 44,1% de infusão intravenosa em pacientes em trabalho de parto. Sendo assim, punção venosa e infusão de líquidos não deve ser rotineiramente empregada, uma vez que cerca de 80% das pacientes admitidas em trabalho de parto terão tido parto dentro de 8 horas. É recomendado o uso de fluidos endovenosos somente naquelas que tiverem parto prolongado ou que necessitem de uso de medicação endovenosa (FEBRASGO, 2001).

6.6 Ocitocina e amniotomia

Leal et al. (2014) verificaram que a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica foi uma técnica muito utilizada para provocar a aceleração do trabalho de parto. Ambas ocorreram em cerca de 40% das mulheres de risco habitual.

Da mesma forma Porto, Amorim e Souza (2010), em uma revisão sistemática que analisou 14 ensaios clínicos randomizados envolvendo 4.893 mulheres, com o objetivo de avaliar a amniotomia para encurtamento do trabalho de parto, não observaram nenhuma evidência de diferenças estatisticamente significantes em

relação à duração do primeiro estágio do trabalho de parto, satisfação materna e escores de Apgar no quinto minuto, porém amniotomia foi associada com uma tendência a aumento do risco de uma operação cesariana (RR: 1,26; IC 95%: 0,98-1,62).

O presente estudo apresentou a taxa de infusão de ocitocina e amniotomia de 53,2% e 23,1% respectivamente. Contudo, nos protocolos de manejo ativo do trabalho de parto, a infusão de ocitocina é iniciada depois da amniotomia porém, estudos que analisaram unicamente a infusão de ocitocina são raros e pouco consistentes (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). A OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina em parturientes saudáveis. O uso de ocitocina é desnecessário e pode ser prejudicial.

6.7 Posição litotômica

As posturas verticais durante o trabalho de parto e parto apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos. A utilização de bancos ou cadeiras de parto propicia uma posição mais confortável para a parturiente (SILVA et al., 2007). Da mesma forma, a posição vertical também levou a uma melhora no conforto materno e nos resultados materno-fetais, tais como laceração, índice de Apgar e taxa de transferência para unidade de cuidados de neonatologia (SOUSA, 2013).

Para Silva et al. (2007), os estudos das últimas décadas que comparam as diversas posturas adotadas durante o trabalho de parto e parto tem revelado que todas as outras posições (de pé, de cócoras, sentada ou decúbito lateral esquerdo) são superiores à litotomia dorsal, em relação a progressão do trabalho de parto e às vantagens fisiológicas para mãe e feto. Apesar das recomendações da literatura, as taxas de parto em decúbito dorsal permanecem altas na grande maioria das maternidades brasileiras, como se observa no trabalho de Leal et al. (2014), que traz uma taxa de 91,7% dos partos em pacientes de risco habitual no Brasil em posição litotômica.

O presente estudo nos mostra que 61,3% das mulheres atendidas nas maternidades SUS-BH parem seus filhos em posição de litotomia. Esta taxa pode

ser reduzida por simples condutas profissionais, não apenas durante o trabalho de parto, mas também no pré-natal.

6.8 Manobra de *Kristeller* e episiotomia

O estudo de Leal et al. (2014) nos mostra que durante o parto, a incidência da manobra de *Kristeller* e episiotomia foram de 37% e 56%, respectivamente. No presente estudo encontramos 38,2% e 35,5%, respectivamente. Para Vogt et al. (2011), este avanço em BH em relação a episiotomia pode ser fruto da discussão sistemática de práticas embasadas em evidências, bem como a humanização da assistência ao parto e nascimento, envolvendo os serviços e a SMSA de Belo Horizonte.

A episiotomia é um dos procedimentos mais utilizados na prática obstétrica e foi instituído a fim de auxiliar os partos vaginais. Consiste em uma incisão ampliadora do orifício vulvar realizada no corpo perineal, durante a última fase do segundo estágio do trabalho de parto ou nascimento, pouco antes da expulsão da cabeça fetal (SILVEIRA, 2007).

Contudo, as evidências científicas reveladas em meta-análise de oito estudos do ano de 2008 por Carroli e Mignini (2012) demonstraram maiores benefícios com o uso restrito da episiotomia, quando comparado ao seu uso rotineiro (SOUSA, 2013).

Dentro deste contexto, a OMS (1996) esclarece que sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto, ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo a parte anterior) podem ser motivos para realizar a episiotomia em parto normal e explica que não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano.

De acordo com o exposto por Amorim, Porto e Souza, (2010), a OMS recomenda uma taxa de episiotomias nunca superior a 10%, não devendo ser realizada por rotina.

A manobra de *Kristeller* é uma prática em desuso, pois não se encontrou evidências científicas que confirme benefícios para a sua utilização e sim uma forte recomendação para evita-la (LEAL et al., 2014). Segundo Carvalho (2014) em sua

revisão integrativa, a manobra de *Kristeller* não encurta o segundo período de trabalho de parto. Não se verifica qualquer benefício materno ou fetal. Quanto aos riscos maternos associados, julga-se que a técnica conduz à aplicação de um maior número de partos distócicos por ventosas, o que potencia o aumento das taxas de episiotomia e lacerações perineais severas. Quanto aos riscos para o feto, destacamos: lacerações, cefalo-hematomas e fraturas da clavícula e crânio.

A persistência do uso de intervenções dolorosas e desnecessárias, tais como a episiotomia e a manobra de *Kristeller*, demonstra que melhorias ainda são necessárias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Várias ações vêm promovendo avanços na qualificação dos serviços hospitalares. Porém, percebemos que as parturientes de risco habitual atendidas no SUS-BH, ainda estão sendo submetidas a práticas assistenciais desnecessárias e intervenções que prejudicam a fisiologia feminina no trabalho de parto e parto, e que as práticas que devem ser estimuladas e que não necessitam de muitos recursos tecnocráticos mas sim do cuidado, da ausculta, da valorização e inserção da mulher e família no processo do trabalho de parto estão sendo pouco valorizadas. Percebe-se também que a humanização da assistência deve-se iniciar ainda durante o pré-natal, fortalecendo, informando e empoderando a gestante desde o início da gestação.

A conquista da presença do acompanhante em 100% das parturientes da amostra é um indicador que deve ser comemorado. Os profissionais devem estar aptos a inserir da família cada vez mais neste momento. O uso do partograma ainda é um desafio, pois é uma ferramenta de fácil acesso e utilização e deve ser mais utilizado pelos profissionais.

Menos da metade das parturientes tiveram acesso aos métodos não farmacológicos para alívio da dor e a ingesta hídrica durante o trabalho de parto. Grande parte das parturientes de risco habitual no SUS-BH são submetidas a intervenções como infusão intravenosa, amniotomia, episiotomia, manobra de *Kristeller*, uso de ocitocina e posição litotômica. Isso nos mostra, além do despreparo dos profissionais, uma indiferença dos mesmos em relação aos riscos ao submeter a paciente a estas práticas, apesar das evidências e recomendações do MS e OMS.

O papel da enfermeira obstetra no cuidado a gestante é essencial e faz toda a diferença neste processo. A presença efetiva da enfermagem obstétrica no pré-natal e parto é imprescindível na mudança de modelo, humanização e adoção de práticas obstétricas assistenciais baseadas em evidência científica.

A transformação do modelo assistencial na obstetrícia ainda é um grande desafio, que requer esforços dos profissionais de saúde, dos gestores e da mudança cultural no cenário do parto.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto de intervenção para melhorar a assistência obstétrica no setor suplementar de saúde e para o incentivo ao parto normal.** [s.l.]: ANS, 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Nota técnica n. 703/2014:** consulta pública 55 e 56 - direito de informação da gestante e obrigatoriedade do cartão gestante, carta de informação e partograma na saúde suplementar – 2014. [s.l.]: [s.n.], 2014. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/consultas_publica/cp5556/nota703.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.

AMORIM, T.; GUALDA, D. M. R. Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, que estão sendo realizados por enfermeiras obstétricas: revisão de literatura. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 25, p. 152-9, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 de abril de 2005.

BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-27, 2005.

CARROLI G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 1, p. CD000081, Jan. 2009.

CARVALHO, L. C. V. **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto.** 2014. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2014.

CRISTO, B. T. et al. **Ingesta hídrica durante o trabalho de parto:** uma análise em maternidades de hospitais de ensino. 2010. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2010.

CUNHA, A. A. Partograma: o método gráfico para monitoração clínica do trabalho de parto. **Feminina**, Rio de Janeiro, v. 36, n.6, p. 353-9, 2008.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 264f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-26, 2009.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência ao trabalho de parto. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto diretrizes**. São Paulo: ANS, 2001.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca. **Projeto nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP, 2014. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

LANSKY, S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 191-9, 2010.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. S17-S47, 2014.

OLIVEIRA, A. S. S. et al. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 2, p. 247-53, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. (Maternidade Segura).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1985. Appropriate technology for birth. In: Lancet, 1985. Versão em português: **Saúde em Foco**, Ano V, número 14, nov. 1996. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Feminina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 528-37, 2010.

SANTOS, J. O.; TAMBELLINI, C. A.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 453-8, 2011.

SEIBERT, S. L. et al. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 245-51, 2005.

SILVA, L. B. et al. Posições maternas no trabalho de parto e parto. **Feminina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 101-6, 2007.

SILVEIRA, J.C. **O ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica.** 2007, 137f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2007.

SOUSA, A. M. M. **Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte.** 2013. 139f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

VOGT, S. E. et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011.