

Avaliação de boas práticas obstétricas no processo de parturição

Evaluation of good obstetric practices in the parturition process

Evaluación de buenas prácticas obstétricas en el proceso del parto

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas obstétricas no trabalho de parto e parto em uma maternidade de ensino. Método: estudo descritivo, com 150 parturientes de São Luís, Brasil. Aplicado questionário e checklist, entre janeiro e setembro de 2020, dados analisados pela análise descritiva e o teste Exato de Fisher. Resultados: maioria das mulheres entre 20 e 29 anos, ensino fundamental, até 5 consultas de pré-natal e primíparas. As boas práticas obstétricas ofertadas foram: presença de acompanhante (96,0%), amamentação na 1ª hora de vida (94,7%) e contato pele a pele imediato (90,7%). Baixa adesão do uso do partograma (34,0%), a manobra de Kristeller ocorreu (6,0%). Segundo o score de Bologna apenas 11,3% das mulheres foram assistidas com práticas baseadas em evidências. Conclusão: A presença do partograma, a ausência de estimulação do parto e o parto em posição não supina tiveram associação com a assistência baseada em evidências, identificaram-se práticas apoiadas no modelo tecnocrático, requerendo estratégias para promoção de mudanças no modelo obstétrico.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem; Atenção à Saúde Baseada na Evidência; Humanização da Assistência; Parto Humanizado.

ABSTRACT

Objective: to analyze obstetric practices in labor and delivery in a teaching maternity hospital. Method: descriptive study, with 150 parturients in São Luís, Brazil. A questionnaire and checklist were applied between January and September 2020, data analyzed by descriptive analysis and Fisher's Exact test. Results: most women between 20 and 29 years old, elementary school, up to 5 prenatal consultations and primiparous women. The good obstetric practices offered were: presence of a companion (96.0%), breastfeeding in the 1st hour of life (94.7%) and immediate skin-to-skin contact (90.7%). Low adherence to partogram use (34.0%), Kristeller's maneuver occurred (6.0%). According to the Bologna score, only 11.3% of women were assisted with evidence-based practices. Conclusion: The presence of the partograph, the absence of labor stimulation and delivery in the non-supine position were associated with evidence-based care, practices supported by the technocratic model were identified, requiring strategies to promote changes in the obstetric model.

DESCRIPTORS: Nursing; Evidence-Based Practice; Humanization of Assistance; Humanizing Delivery

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas obstétricas en trabajo de parto y parto en una maternidad escuela. Método: estudio descriptivo, con 150 parturientas en São Luís, Brasil. Se aplicó cuestionario y lista de cotejo entre enero y septiembre de 2020, datos analizados por análisis descriptivo y prueba Exacta de Fisher. Resultados: la mayoría mujeres entre 20 y 29 años, primaria, hasta 5 consultas prenatales y primíparas. Las buenas prácticas obstétricas ofrecidas fueron: presencia de acompañante (96,0%), lactancia materna en la 1ª hora de vida (94,7%) y contacto piel con piel inmediato (90,7%). Baja adherencia al uso del partograma (34,0%), ocurrió maniobra de Kristeller (6,0%). Según el puntaje de Bolonia, solo el 11,3% de las mujeres fueron asistidas con prácticas basadas en evidencia. Conclusión: La presencia del partograma, la ausencia de estimulación del trabajo de parto y el parto en posición no supina se asociaron a la atención basada en evidencias, se identificaron prácticas sustentadas en el modelo tecnocrático, requiriendo estrategias para promover cambios en el modelo obstétrico.

DESCRIPTORIOS: Enfermería; Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Humanización de la Atención; Parto Humanizado.

RECEBIDO EM: 30/05/2022 APROVADO EM: 13/07/2022

Karla Kelma Almeida Rocha

Enfermeira, discente do programa de pós graduação em enfermagem – UFMA
ORCID: 0000-0003-4793-214X

Kassya Rosete Silva Leitão

Enfermeira, discente do programa de pós graduação em enfermagem – UFMA
ORCID: 0000-0002-3061-3065

Iderlânia Maria de Oliveira SousaEnfermeira, discente do programa de pós graduação em enfermagem – UFMA
ORCID: 0000-0001-5502-6337**Camiliane Azevedo Ferreira**Graduação em estatística pela UFRN
ORCID: 0000-0002-3268-991X**Kayo Elmano Costa da Ponte Galvão**Enfermeiro, discente do programa de pós graduação em enfermagem – UFMA
ORCID: 0000-0003-4409-7222**Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa**Enfermeira, PhD em ciências médicas - UERJ
ORCID: 0000-0002-6451-5156**INTRODUÇÃO**

O momento do parto é muito significativo na vida da mulher e de seu bebê, sendo permeado de sentidos biológicos e psicológicos, constitui-se em momento crítico por ser visto como passagem permeada de sentimento de irreversibilidade, geradora de ansiedade, insegurança e de falta de controle⁽¹⁾. A proposta de humanização do parto e nascimento vem reconhecer a autonomia da mulher enquanto ser humano, e a necessidade de tratar esse momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar sua segurança e bem-estar, bem como do recém-nascido⁽²⁾.

No cenário atual, o modelo predominante de atenção ao parto e nascimento no Brasil caracteriza-se pelo uso abusivo ou inadequado de intervenções e pelo cerceamento dos direitos da parturiente (restrição à presença de acompanhante) nos períodos clínicos do parto. As medidas que visam apenas a intervenção, muitas das vezes desnecessárias, colocam a vida do binômio em risco⁽³⁾.

O surgimento das boas práticas no parto e nascimento foi resultado das críticas às consequências perniciosas do modelo medicalizado, predominante na assistência obstétrica no Brasil. Esse modelo de assistência tem sido associado ao aumento da morbimortalidade materna e infantil em muitos países, caracterizado pelo desrespeito à normalidade do parto, e os direitos que envolvem a assistência à parturição. Dessa

forma foi incentivado um movimento denominado de “humanização do parto”, com a introdução no sistema público de saúde (SUS) de programas norteadores da atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, com vistas a diminuir a taxa de intervenções desnecessárias e, conseqüentemente, taxa de cesarianas evitáveis, que ainda é alarmante no país⁽⁴⁾.

O principal objetivo das boas práticas é reduzir essas intervenções médicas desnecessárias, como ocitocina de rotina, restrição de livre movimentação, episiotomia sem indicação, e manobra de Kristeller, sendo essa última considerada violência obstétrica. As boas práticas se relacionam principalmente às tecnologias leves de cuidado em saúde, isto é, às orientações de pré-natais bem conduzidas, ao acolhimento e à livre escolha da mulher, bem como a inclusão da família e/ou do acompanhante no processo de parturição. Vale destacar que o protagonismo da mulher, e uma equipe multiprofissional mais fortalecida, também fazem parte do conceito de humanização da assistência ao parto⁽²⁾.

Desta forma, a relevância do estudo caracteriza-se por trazer novas informações para fundamentar a assistência baseada em evidências científicas, dando visibilidade as boas práticas em hospital de ensino, além de que a assistência ao parto e nascimento é uma temática de discussão internacional que tem empreendido esforços no sentido de reduzir danos ao ciclo gravídico puerperal⁽⁵⁾.

É preciso um olhar dinâmico para a rea-

lização das boas práticas ao parto, colocando a mulher e o bebê como protagonistas desse processo. Portanto, o objetivo da pesquisa é analisar as práticas obstétricas que são desenvolvidas em um centro obstétrico de referência do estado do Maranhão.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade de referência para partos no município de São Luís, Maranhão, Brasil. Este estudo faz parte de um macroprojeto de pesquisa intitulado: “ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: avaliação de boas práticas no cenário do pré-natal, parto e nascimento em São Luís- MA”.

A população do estudo foi composta por parturientes assistidas durante o trabalho de parto e nascimento. Foram incluídas no estudo as parturientes que no momento da admissão apresentaram gestação a termo, com diagnóstico de trabalho de parto. Não foram incluídas no estudo as parturientes admitidas em trabalho de parto com gestação pré-termo, pós-termo, gravidez múltipla e que apresentavam alguma complicação na gestação como desordens hipertensivas, diabetes, restrição de crescimento fetal, apresentações anômalas, HIV positivas, obesidade, etc.

A amostra calculada foi de 150 parturientes. O tamanho da amostra baseou-se na estimativa do total de mulheres com partos normais no período de 6 meses e o plano amostral utilizado foi a fórmula da

amostra aleatória simples para a população conhecida.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e setembro de 2020, por meio de questionário e checklist onde foram investigados os prontuários, as parturientes e os registros gerados por instrumentos próprios da maternidade.

Foram incluídas no estudo as seguintes variáveis independentes: sociodemográfica: faixa etária, escolaridade, estado civil e ocupação; obstétrica: número de consultas de pré-natal, local de realização das consultas, paridade e número de gestações anteriores e relacionadas as boas práticas na assistência ao parto e nascimento: uso do partograma, presença do acompanhante, início da amamentação na 1ª hora após o parto, registro de contato pele a pele na 1ª hora de vida do RN, registro do uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor, realização de episiotomia, amniotomia durante o trabalho de parto, estímulo a posição não supina durante o trabalho de parto e parto, realização da manobra de Kristeller, prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto e profissional que assistiu ao parto.

A variável dependente desfecho foi “Assistência baseada em evidências científicas”, criada a partir do Escore de Bologna (EB) composto de cinco itens: 1) presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto, 2) uso do partograma, 3) ausência de estimulação do trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, manobra de kristeller, episiotomia), 4) parto em posição não supina e 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento).

Para cada prática é concedida uma pontuação: 1, quando presente e 0 quando ausente, o somatório das notas atribuídas a cada prática, corresponde ao resultado final. A pontuação máxima de 5 representa uma assistência ao trabalho de parto e parto pautada em práticas baseadas em evidências científicas⁽⁶⁾.

Dessa forma, considerou “Assistência baseada em evidências científicas” quando foi encontrado no cuidado ao binômio mãe e filho todas as práticas, ou seja, o escore igual a 5 e “Assistência não baseada em evi-

dências científicas” quando o escore encontrado foi menor que 5.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0. Na análise univariada os dados foram submetidos a análise estatística descritiva quantitativa com cálculos das frequências absolutas e relativas e, na análise bivariada, realizou-se o cálculo da significância estatística através da aplicação do teste Exato de Fisher para analisar a associação entre as variáveis independentes com a dependente. Considerando a significância estatística das associações quando obteve-se o valor do $p < 0,05$ (5%).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA) com parecer substanciado nº 3.451.855, em atendimento à Resolução MS/CNS nº 466/2012 e suas complementares. Para a coleta de dados com as parturientes, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Segundo a caracterização dos aspectos

sociodemográficos, 75 (50%) tinham entre 20-29 anos, 44 (29,3%) tinham entre 30-40 anos e 31 (20,7%) possuíam entre 17-19 anos, 78 (52%) das mulheres com ensino fundamental completo, mais da metade 92 (61,3%) sem companheiro e a maioria 121 (80,7%) sem ocupação (Tabela 1).

A caracterização dos aspectos obstétricos, mostra que 75 (50%) realizaram 1 a 5 consultas de pré-natal e cinco (3,3%) não realizaram pré-natal, 141 (94%) buscou o serviço público para realização do pré-natal e 60 (40%) eram primíparas (Tabela 2).

Na caracterização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, observou-se uso do partograma 51 (34%), presença do acompanhante 144 (96%), início da amamentação na 1ª hora de vida do RN 142 (94,7%), registro de contato pele a pele na 1ª hora de vida do RN 136 (90,7%), uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor 76 (50,7%), episiotomia quatro (2,7%) não justificada quatro (100%). Amniotomia 72 (48%) não justificada 72 (100%), posição não supina durante o trabalho de parto e parto 77 (51,3%), manobra de Kristeller nove (6%), prescrição de ocitocina no trabalho de parto 76 (50,7%) não justificada 76 (100%). A maioria dos partos

Tabela 1 - Aspectos sociodemográficos de mulheres assistidas durante o parto. São Luís, MA, Brasil, 2020

Variáveis	n	%
Faixa etária		
17-19	31	20,7
20-29	75	50
30-40	44	29,3
Escolaridade		
Não alfabetizada	18	12
Fundamental	78	52
Médio	40	26,7
Superior	14	9,3
Estado civil		
Sem companheiro fixo	92	61,3
Com companheiro fixo	58	38,7
Ocupação remunerada		
Sim	29	19,3
Não	121	80,7

Fonte: Autoria própria

141 (94%) foram assistidos pela categoria médica (Tabela 3).

Identificou-se que 7 (11,3%) das mulheres receberam Assistência baseada em evidências, ou seja, estavam de acordo com o escore 5, enquanto 133 (88,7%) não se beneficiaram desse modelo (Tabela 4).

Existe associação entre as variáveis presença do partograma ($p=0,000$), ausência de estimulação do TP e parto ($p=0,000$) e parto em posição não supina ($p=0,000$) com a variável assistência baseada em evidências. Mostrando que foram estatisticamente significantes ao nível de significância de 5% (0,05) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O estudo possibilitou traçar as características sociodemográficas, obstétricas e as boas práticas ofertadas, fato que pode representar impacto para a qualidade da saúde das parturientes; como também influenciar no sucesso das boas práticas para o alcance da assistência baseada em evidências científicas.

A faixa etária predominante foi entre 20-29 anos de idade, seguida de 30-40 anos e adolescentes entre 17-19 anos. Estes resultados são semelhantes a um estudo realizado no ano de 2018 no Paraná, que encontraram 49,9% na faixa etária entre 21 a 30 anos, 25,6% tinham 35 anos ou mais e 24,5% tinham 19 anos ou menos⁽⁷⁾. Ressalta-se que o percentual materno de adolescente em ambos o estudo, encontra-se acima do estudo nacional para o ano de 2017, que foi de 15,7%⁽⁸⁾.

Indicando a necessidade de estratégias de planejamento familiar para esta faixa etária com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, uma vez que em comparação com outras mulheres, as jovens adolescentes enfrentam um maior risco de complicações e morte como resultado da gravidez⁽⁹⁾.

A maioria das parturientes possuíam apenas ensino fundamental, dados semelhantes foram encontrados em outro estudo, em que a maioria das parturientes (48,2%) possuíam o ensino fundamental e apenas 4,1% concluíam o ensino superior⁽¹⁰⁾. A baixa escolaridade representa fator de

Tabela 2 - Características obstétricas de mulheres assistidas durante o parto. São Luís, MA, Brasil, 2020

Variáveis	Nº	%
Nº de consultas pré-natal		
Não realizou pré-natal	5	3,3
1 a 5 consultas	75	50
6 consultas ou mais	70	46,7
Local das consultas		
Serviço público	141	94
Serviço privado	4	2,7
Paridade		
Primíparas	60	40
Secundíparas	51	34
Múltiparas	39	26

Fonte: Autoria própria

Tabela 3 - Boas práticas na assistência às mulheres durante o parto. São Luís, MA, Brasil, 2020

Variáveis	Sim		Não	
	n	%	n	%
Uso do partograma	51	34	99	66
Presença do Acompanhante	144	96	6	4
Amamentação na 1ª hora de vida do RN	142	94,7	8	5,3
Contato pele a pele na 1ª hora de vida	136	90,7	14	9,3
Medidas não farmacológicas de alívio da dor	76	50,7	74	49,3
Realização de episiotomia	4	2,7	146	97,3
Amniotomia durante o trabalho de parto	72	48	78	52
Posição não supina durante o trabalho de parto e parto	77	51,3	73	48,7
Manobra de Kristeller	9	6	141	94
Ocitocina durante o trabalho de parto	76	50,7	74	49,3
Parto assistido por profissional médico	141	94	9	6
Parto assistido por profissional enfermeiro	9	6	141	94

Fonte: Autoria própria

Tabela 4 - Pontuação do Escore de Bologna para construção do desfecho Assistência Baseada em Evidências Científicas. São Luís, MA, Brasil, 2020

Pontuação	n	%
0	-	-
1	5	3,4
2	29	19,3
3	63	42
4	36	24
5 (ABE)*	17	11,3
Total	150	100

*Assistência Baseada em Evidências
Fonte: Autoria própria

risco obstétrico por dificultar o entendimento das ações de educação em saúde ⁽¹¹⁾.

Uma maioria significativa das mulheres declararam não possuir companheiro fixo. A situação conjugal insegura pode constituir um fator de risco para a gravidez pela possibilidade de afetar a situação psicológica e a estabilidade econômica materna ⁽¹²⁾.

Observou-se alto percentual de mulheres que relataram não possuir remuneração fato que pode estar relacionado a baixa escolaridade encontrada, pois esta facilita o acesso ao emprego e melhores condições socioeconômicas ⁽¹³⁾.

Neste estudo a maioria das gestantes não realizaram no mínimo 6 consultas de pré-natal conforme recomenda o MS ⁽¹⁴⁾. Diversos autores destacam que a assistência do pré-natal bem estruturada pode promover a redução dos partos prematuros e de cesárias desnecessárias, de crianças com baixo peso ao nascer, de complicações de hipertensão arterial na gestação, da transmissão vertical de patologias como o HIV, sífilis e as hepatites, além de favorecer a adesão as boas práticas de parto e nascimento ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

O serviço público foi o mais utilizado para a realização do pré-natal. O pré-natal é uma ação programática típica da atenção primária, onde as ações de qualificação das equipes e dos processos de trabalho têm papel fundamental na melhoria dos cuidados ao bebê e à gestante ⁽¹⁸⁾.

Predominaram as parturientes primíparas, chamando a atenção para a importância da experiência desse momento, podendo refletir na vivência da mulher no processo de parturição. O estudo práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas trouxe como conclusão a necessidade de repensar e reformular práticas de cuidado institucionais que se encontram em desuso e investir na educação continuada e na prática de cuidados que contribuem para evolução fisiológica do parto ⁽¹⁹⁾.

Quanto as boas práticas de assistência ao parto e nascimento, observou-se pouca adesão ao uso do partograma. O partograma é um instrumento que possibilita a visualização gráfica da evolução do trabalho devendo ser utilizado na assistência a todas as parturientes, guiando as condutas obsté-

Tabela 5 - Associação das variáveis boas práticas segundo a variável desfecho Assistência baseada em evidências científicas. São Luís, MA, Brasil, 2020

PRÁTICAS	ABE		p-valor*
	Não n %	Sim n %	
Presença do acompanhante durante o parto			
Sim	127 88,2	17 11,8	1,000
Não	6 100	-	
Uso do partograma			
Sim	34 66,7	17 33,3	0,000
Não	99 100	-	
Ausência de estimulação do TP e parto (ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia)			
Sim	56 76,7	17 23,3	0,000
Não	77 100	-	
Parto em posição não supina			
Sim	60 77,9	17 22,1	0,000
Não	73 100	-	
Contato pele a pele			
Sim	119 87,5	17 12,5	0,369
Não	14 100	-	

Teste Exato de Fisher
Fonte: Autoria própria

tricas empregadas ⁽²⁰⁻²²⁾.

A presença do acompanhante foi efetiva, resultado divergente de outro estudo mostrou que apenas 42% das puérperas tiveram a presença de um acompanhante de sua escolha no parto e a razão mais frequente para estarem desacompanhadas foi a recusa da equipe em aceitar o acompanhante ⁽²³⁾.

O contato pele a pele precoce entre a mãe e o bebê mostrou-se como prática consolidada sendo importante pois psicologicamente estimula a mãe e o bebê a se conhecerem, após o parto os bebês são colonizados por microrganismos; é melhor que entrem em contato com a flora cutânea de suas mães, e não sejam colonizados por bactérias de prestadores de serviços ou de um hospital ⁽²¹⁾.

O incentivo ao aleitamento precoce foi uma boa prática presente na assistência às puérperas. Dentre os benefícios que o aleitamento traz para o bebê estão a facilidade em eliminar o mecônio, protege o trato gastrointestinal contra infecções, promove o apego, diminui o risco de icterícia, e reduz os índices de mortalidade infantil ^(20,24,25).

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor foram ofertados para a maioria das mulheres. Estudos enfatizam que os métodos não farmacológicos devem ser oferecidos desde a admissão para uma melhor condução do trabalho de parto e por melhores resultados perinatais ^(20,21,24).

O estímulo a posição verticalizada no trabalho de parto e parto esteve presente em sua maioria. Esta prática contribui para evitar a diminuição da efetividade das contrações uterinas devido a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero o que dificulta as trocas gasosas entre mãe e feto e reduzir a duração do parto, evitando muitas vezes intervenções obstétricas que causam dor e desconforto ^(24,26).

A episiotomia, amniotomia e administração de ocitocina no trabalho de parto, são práticas que não devem ser utilizadas de rotina e quando utilizadas devem ocorrer de forma limitada aos casos estritamente necessários e devidamente justificadas ^(20,21,24). No presente estudo essas práticas foram identificadas, entretanto não houve justificativa para a realização o que confi-

gura como práticas de uso inapropriado, chamando a atenção para amniotomia que ocorreu com muita frequência.

Neste estudo a manobra de Kristeller foi registrada em alguns partos. A manobra de Kristeller é considerada uma prática claramente prejudicial, podendo causar lesões graves, como deslocamento de placenta, fratura de costelas e traumas encefálicos (20,21,26).

O enfermeiro teve sua assistência registrada na ficha de parto na minoria dos casos. No processo de parturição, O MS incentiva a atuação do enfermeiro como uma boa prática na assistência ao parto e nascimento, regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no cuidado ao parto normal, sem distocia (2,15,27).

O escore de Bologna engloba as práticas consideradas essenciais para a oferta de uma assistência adequada ao parto, ou seja, baseada em evidências. O presente estudo mostrou que um pequeno número de mulheres se beneficiou da assistência baseada em evidências científicas, atendendo os critérios relacionadas à presença do acompanhante, uso do partograma, ausência de estimulação do trabalho de parto, parto em posição não supina e contato pele a pele da mãe com o recém-nascido. Estudo realizado em Natal mostrou dados semelhantes, concluindo que é preciso melhorar e readequar o modelo obstétrico vigente (28).

O estudo mostrou associação do partograma com as evidências científicas no cuidado obstétrico. Na assistência ao trabalho de parto, o uso correto do partograma é uma prática que requer treinamento de baixa complexidade, sendo uma ferramenta simples e barata, mas que pode ter um grande impacto benéfico, especialmente nessa transição de modelos de assistência

obstétrica (21).

Neste estudo foi observado o uso de ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia, sem a devida justificativa. De acordo com a assistência baseada em evidências estas práticas podem ser justificadas quando refletirem na qualidade do cuidado ofertado e no desfecho obstétrico. O uso da ocitocina deve ocorrer de forma que se possa controlar seus efeitos pelos riscos de rotura uterina e sofrimento fetal, a manobra de Kristeller é uma prática não recomendada e pode ser relacionada com lesões maternas e fetais e a episiotomia é uma prática que requer desuso por mostrar ser uma das causas mais frequentes de morbidade materna (18,24).

Em alguns estudos, a cultura intervencionista que trata a mulher como indivíduo sem voz no momento do parto transparece o sentimento de medo, desconforto e insegurança. Quando há uma conduta baseada nas boas práticas, há também uma maior participação da mulher nesse processo, permitindo-a fazer parte das decisões, de forma a colocá-la como protagonista. Ao pautar a conduta na humanização, a assistência torna-se respeitosa e digna, resultando na diminuição das condutas proscritas e prejudiciais (29).

Quanto a relação evidenciada no estudo do parto em posição não supina com o cuidado baseado em evidência, esta é uma boa prática que embora ainda não seja uma constante, foi observado a ocorrência de partos nessa posição. A posição não supina é considerada uma boa prática, pelo fato de as posições verticais reduzirem o tempo do trabalho de parto, pela menor probabilidade de cesariana, menor necessidade de analgesia farmacológica e menor número de admissões em UTI neonatais (30).

Foram encontradas práticas apoiadas

no modelo humanizado na perspectiva da prática baseada em evidência científica de acordo com o que se propõe o escore de Bologna, porém práticas baseadas no modelo tecnocrático ainda foram reveladas.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que foram encontradas práticas apoiadas no modelo humanizado na perspectiva da prática baseada em evidência científica, refletindo o empenho da equipe que integra o cuidado ao parto e nascimento da instituição avaliada, porém, práticas baseadas no modelo tecnocrático ainda foram reveladas. As práticas presença do acompanhante, aleitamento materno e contato pele a pele na 1ª hora de vida, uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor e estímulo a posição não supina no trabalho de parto e parto foram ofertadas para a maioria das parturientes. Enquanto a prática do uso do partograma deve ser estimulada, a episiotomia, a amniotomia e a administração de ocitocina no trabalho de parto precisam ser justificadas para o uso.

A assistência baseada em evidências revelou que uma minoria de mulheres se beneficiou de tal modelo, levando a reflexão das necessidades de novas pesquisas em busca da compreensão da não realização de práticas com evidências. A pesquisa pode fornecer subsídios para o planejamento de uma assistência mais humanizada a mulher no processo de parturição, subsidiando ações para qualificar o cuidado obstétrico e neonatal com vista ao alcance das propostas governamentais e dos ODS, com consequente redução das mortes maternas e neonatais evitáveis.

REFERÊNCIAS

1.Sales DC, Magalhães FC. Pesquisa Participante na preparação ao parto: Abordagem Centrada na Pessoa e a humanização do parto. Atas-Investigação Qualitativa em Saúde. [Internet]. 2018 [acesso em 01 mar 2019]; 2. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1862/1812>.

2.Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafrá RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2018 [acesso em 02 maio 2020]; 23(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>.

3. Jordan ZP, Lockwood CP, Munn ZP, Aromataris, EP. The updated Joanna Briggs Institute Model of Evidence-Based Healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. [Internet]. 2019 [acesso em 07 jan 2020]; 17(1). Disponível em: [10.1097/XEB.0000000000000155](https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000155).
4. Nicida LRA. The medicalization of childbirth in Brazil through the study of obstetrics handbooks. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*. [Internet]. 2018 [acesso em 02 dez 2019]; 25 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500012>.
5. Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2016 [acesso em 26 jun 2019]; 18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>.
6. Ribeiro JF, Nascimento SS, Brito IA, Luz VLES, Coêlho DMM, Araújo KRS. Evaluation of normal delivery service at a public motherhood. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 12 fev 2019]; 07(01). Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3380>
7. Wosniak TC, Ravelli APX, Padilha BC, Almeida MFS, Baier L, Almeida EA. Perfil epidemiológico das puérperas em uma maternidade do município de Ponta Grossa: implicações ao aleitamento materno. In: *Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*; 2018 nov. p. 1-5; Campo Grande, Brasil. Campo Grande:Even; 2018.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Saúde Brasil 2019 uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização*. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [acesso em 04 nov 2020]. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/dezembro/05/Saude-Brasil-2019-imunizacao.pdf>.
9. Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). *Folha informativa - Mortalidade materna* [Internet]. 2018 [acesso 05 dez 2019]; Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820.
10. Andrade SG, Vasconcelos YA, Carneiro ARS, Severiano RG, Terceiro AJMD, Silva TB, et al. Sociodemographic, epidemiological and obstetric profile of parturients in a hospital and maternity in Sobral, Ceará. *Rev. Pre. Infec. e Saúde* [Internet]. 2018 [acesso em 5 ago 2020]; 4 (7283). Disponível em: <https://doi.org/10.26694/repis.v4i0.7283>.
11. Rodrigues ARM, Dantas SLC, Pereira ANM, Silveira MAM, Rodrigues DP. High-risk pregnancy: analysis of health determinants. *Rev. SANARE* [Internet]. 2017 [acesso em 14 ago 2020]; 16 (01). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135/620>.
12. Silva EAR, Silva GG, Carniel F. Profile of parturients and their newborn in the city of amazonia legal. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* [Internet]. 2019 [acesso em 30 out 2020]; 29 (2). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20200105_101907.pdf
13. Rett MT, Oliveira DM, Soares ECG, Santana JM, Araújo KCGM. Pain perception and satisfaction of postpartum women: a comparative study after vaginal and caesarean birth in Aracaju public hospitals. *ABCS Health Sci.* [Internet]. 2017 [acesso em 05 set 2020]; 42 (2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1005>.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 02 fev 2020]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.
15. Andrade UV, Santos JB, Duarte CA. Pregnant women perception of the quality of prenatal care at UBS, Campo Grande, MS. *Psicol. e Saúde* [Internet]. 2019 [acesso em 02 mar 2020]; 11 (1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585>.
16. Rocha IMS, Barbosa VSS, Lima ALS. Factors that influence non-adherence to the prenatal program. *Revista Recien* [Internet]. 2017 [acesso em 02 mar 2020]; 7 (21). Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/239/326>.
17. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCC, Silveira DS, Thumé E, et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 10 set 2020]; 33 (3). Disponível em: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-33-03-e00195815-1.pdf>
18. Leal MC, Pereira APE, Viellas EF, Domingues RMSM, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 07 out 2020]; 54 (8). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>.
19. Scarton J, Ressel LB, Siqueira HCH, Heckler HC, Rangel RF, Tolfo F, et al. Care practices in normal birth: the experience of primiparous women. *Rev. Fund. Care Online* [Internet]. 2018 [acesso em 07 out 2020]; 10 (1). Disponível em: [10.9789/2175-5361.2018.v10i1.17-24](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.17-24).
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 23 nov 2019]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
21. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS; 1996.
22. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos*. Genebra: OMS; 2017.
23. Vendruscolo CT, Krueel CS. *Livre escolha da parturiente pelo acompanhante e seus entraves: desafios para a humanização da assistência ao parto e nascimento*. Barbarói [Internet]. 2017 [acesso em 02 ago 2020]; 49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i49.7489>.
24. World Health Organization (WHO). *WHO: recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO; 2018.
25. Rocha LB, Araújo FMS, Rocha NCO, Almeida CD, Santos MO, Rocha CHR. Breastfeeding in the first hour of life: a review of the literature. *Rev. Med. Saude Brasilia* [Internet]. 2017 [acesso em 07 out 2020]; 6 (3). Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/8318>.
26. Côrtes CT, Oliveira SMJV, Santos RCS, Francisco AA, Riesco MLG, Shimoda GT. Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2018 [acesso em 04 nov 2020]; 26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.
27. Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1*.
28. Carvalho IS, Brito RS. Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2016 [acesso em 11 fev 2021]; 50 (5). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600005>.
29. Martins Gomes, L., Rodrigues Duarte, B. A., Denari Giuliani, C., de Moura Ferreira, M. C., & Barros Junqueira, M. A. (2020). *Violência obstétrica: perspectiva de puérperas atendidas em um hospital universitário no interior de Minas Gerais*. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(59), 4236-4247. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4236-4247>
30. Petrucce LF, Oliveira LR, Oliveira VR, Oliveira SR. Humanização no atendimento ao parto baseado em evidências. *Femina®* [Internet]. 2017 [acesso em 08 jan 2021]; 45 (4) p: 212-22. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/67Z-ZFEMINA.pdf>