Femina
ARTIGO ORIGINAL

Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima

Analysis of good practices for child care in Roraima public maternity

Taise Namie Nakata[1], Isa Mafalda Costa Colombiano[1], Raíssa Maria Sampaio Rodrigues[1]

Descritores

Parto obstétrico; Parto humanizado; Saúde da mulher; Saúde materno-infantil; Cesárea; Ocitocina; Episiotomia; Residência médica

Keywords

Obstetric delivery; Humanized birth; Women's health; Maternal and child health; Cesarean; Oxytocin; Episiotomy; Medical residence

Submetido:
24/07/2021

Aceito:
15/12/2021

1. Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré, Boa Vista, RR, Brasil.

Conflitos de interesse:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Taise Namie Nakata
Rua Parque Industrial, 1.713, 69315-218, Boa Vista, RR, Brasil
taise_nakata@hotmail.com

Como citar:
Nakata TN, Colombiano IM, Rodrigues RM. Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima. Femina. 2022;50(6):360-6.

RESUMO

Objetivo: Analisar se boas práticas de atenção ao parto estão sendo executadas e quais necessitam ser aperfeiçoadas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), em Boa Vista-RR. **Métodos:** Foram registrados os partos normais de setembro de 2019 a março de 2020, pela equipe administrativa do hospital, na base de dados do Apice On. Nove recomendações de boas práticas da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram avaliadas e comparadas com outros serviços do País. **Resultados:** Observou-se que, em comparação com outros serviços do Brasil, entre as nove práticas analisadas, quatro apresentaram melhor resultado no HMINSN, com alta proporção de acompanhantes (90,1%), aplicação de ocitocina no terceiro período (98,7%), amamentação na primeira hora pós-parto (81,5%) e baixo número de episiotomia (8,8%). Além disso, atingiu metas do Apice On em quatro boas práticas, que são a presença de acompanhante (meta: acima de 90%), a aplicação de ocitocina no terceiro período (meta: acima de 90%), o clampeamento tardio do cordão umbilical (meta: acima de 90%) e a episiotomia (meta: abaixo de 10%). **Conclusão:** Este estudo identificou que é preciso melhorar as taxas de prescrição de dieta livre e o contato pele a pele na primeira hora pós-parto. De modo geral, o HMINSN tem apresentado bons indicadores em relação a outros serviços do País e vem buscando aprimorar a organização da equipe e do serviço para que todas as recomendações da OMS sejam efetivamente praticadas.

ABSTRACT

Objective: *Analyze whether good practices for child care are being carried out and which need to be improved at the Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), in Boa Vista-RR.* ***Methods:*** *Normal deliveries from September 2019 to March 2020 were recorded by the hospital's administrative staff in the Apice On database. Nine recommendations of World Health Organization (WHO) good practices were evaluated and compared with other services in the country.* ***Results:*** *It was observed, in comparison with other services in Brazil, among the nine practices analyzed, four of them had better results at HMINSN, with a high proportion of companions (90.1%), application of oxytocin in the third period (98.7 %), breastfeeding in the first hour postpartum (81.5%) and low number of episiotomy (8.8%). In addition, it reached Apice On targets in four good practices, which are the presence of a companion (target: above 90%), the application of oxytocin in the third period (target: above 90%), the late clamping of the umbilical cord (target: above 90%) and episiotomy (target: below 10%).* ***Conclusion:*** *This study identified that it is necessary to improve the prescription rates of free diet and skin-to-skin contact, in the first postpartum hour. In general, HMINSN has presented good indicators in relation to other services in the country and has been seeking to improve the organization of the team and the service, so that all WHO recommendations are effectively practiced.*

INTRODUÇÃO

Até metade do século XIX, o parto era um acontecimento particular, sem interesse da coletividade, intradomiciliar, que ocorria com a assistência de parteiras. No decorrer dos anos, a partir de meados do século XX, o parto passa a ser assistido por médicos e, cada vez mais, em ambiente hospitalar, com intervenções, práticas e rotinas próprias.[1] Isso gerou melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e infantil. Entretanto, tais práticas e rotinas hospitalares vêm interferindo na experiência das mulheres em dar à luz, as quais, muitas vezes, não participam dos processos de tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias.[2,3]

A Organização Mundial da Saúde (OMS), por sua vez, ao observar que a medicalização afetou, em alguns aspectos, o processo natural do parto, vem publicando, desde 1996, diretrizes e recomendações sobre medidas assistenciais intraparto, a fim de promover respeito e autonomia para a mulher. Além disso, enfatiza a importância de todos os profissionais envolvidos nessa assistência proporcionarem um ambiente adequado e seguro durante todo o processo.[4] Os estudos vêm demonstrando que uma assistência menos intervencionista resultou em melhores experiências de parto e resultados perinatais.[5,6]

Em 2018, a OMS[4] liberou 56 recomendações sobre boas práticas de atenção ao parto, em sua última publicação, intitulada "*Intrapartum care for a positive childbirth experience*". São sugeridos diversos cuidados e medidas assistenciais para todos os países e nações.

Contudo, a realidade local de Boa Vista-RR pode se diferenciar em vários aspectos, epidemiológicos e socioculturais, de outros serviços de saúde do Brasil e do mundo, já que houve um aumento considerável de gestantes atendidas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré (HMINSN), por ser a única maternidade do estado que atende a população local e, também, estrangeiras, principalmente as de nacionalidade venezuelana em situação crítica de saúde. Presencia-se, ocasionalmente, a falta de recursos suficientes, como material intra-hospitalar, número de salas de parto, e de obstetras no serviço.

Uma das iniciativas do Ministério da Saúde foi a implantação do projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) em diversas maternidades brasileiras.

O Apice On analisou 21 indicadores em 97 serviços de atenção materna e infantil no Brasil, sendo nove deles relacionados às boas práticas de atenção ao parto, que também são mencionados entre as 56 recomendações da OMS, divulgadas em 2018.[4]

As nove boas práticas analisadas no HMINSN, por meio do Apice On, são: 1) Acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento; 2) Método não farmacológico para alívio da dor; 3) Dieta livre durante o trabalho de parto; 4) Posição materna durante o parto; 5) Episiotomia; 6) Ocitocina no terceiro período do parto; 7) Clampeamento tardio do cordão umbilical; 8) Contato pele a pele com o recém-nascido (RN); 9) Amamentação na primeira hora pós-parto.

MÉTODOS

Estudo do tipo transversal, a partir da base de dados do Apice On, preenchido pela equipe administrativa do HMINSN. Foram analisados os partos normais de mulheres que foram atendidas entre setembro de 2019 e março de 2020. Para comparar com outros serviços do País, realizou-se pesquisa de estudos recentes com a mesma temática, utilizando os bancos de dados: SciELO, LILACS e PubMed. Não foram avaliados os partos cesarianos do HMINSN, pois os estudos brasileiros mais recentes, a fim de comparação, somente analisaram as boas práticas dos partos vaginais de cada serviço. Além disso, a OMS, em seu manual de recomendações, não abrange os partos cesarianos.

RESULTADOS

No período de setembro/2019 a março/2020, obteve-se o total de 6.872 partos, correspondendo a uma média de 32,3 partos por dia, no HMINSN, sendo 4.437 partos normais (64,56%), equivalendo a uma média de 20,8 de partos normais por dia.

Acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento

A terceira recomendação da OMS (2018)[4] orienta que é importante, para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto, ter um acompanhante, que pode ser qualquer pessoa escolhida por ela, seja o cônjuge, uma amiga ou parente, um membro da comunidade ou alguém da sua rede social, e até uma doula. Observou-se, no período analisado, que a taxa de acompanhante no HMINSN manteve-se entre 84,18% e 92,50% durante os sete meses analisados, como demonstrado na figura 1.

Em um estudo realizado em Salvador, Andrade *et al.* (2017)[7] observaram a presença de acompanhante em

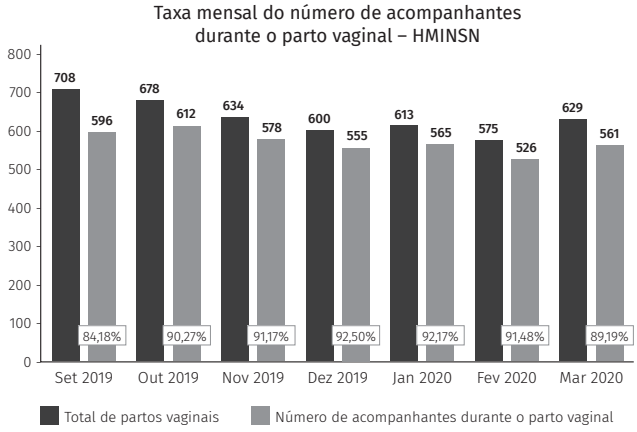

Figura 1. Número e proporção de acompanhantes presentes nos partos vaginais no HMINSN

79,2% dos partos; apenas 6,6% das mulheres brancas não foram acompanhadas, enquanto 25,7% das mulheres negras não possuíam acompanhantes.

Em outro estudo realizado no Piauí, quanto à presença do acompanhante, 74,1% estavam presentes na sala de pré-parto e 58,3% na sala de parto. Algumas mulheres não estavam com acompanhante, por terem sido admitidas já em período expulsivo, ou por vontade do acompanhante de não entrar na sala de parto, ou por falta de roupas para entrar no centro de parto da instituição.[8]

Uma revisão qualitativa de 51 estudos de países desenvolvidos, em 2019, concluiu que a presença de acompanhante é essencial para uma experiência positiva do parto, pois ele auxilia no alívio não farmacológico da dor, dá apoio informativo e emocional e ajuda as parturientes a se sentirem mais confiantes.[9]

Métodos não farmacológicos para alívio da dor

As recomendações 21 e 22 da OMS (2018)[4] tratam sobre as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como massagem, aplicação de compressas quentes, imersão em água, acupuntura e práticas culturais, que a mulher pode realizar de acordo com sua preferência.

Em relação ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, no período analisado, em 59,46% a 71,13% dos partos, houve a realização dessa boa prática no HMINSN.

Em um estudo realizado em maternidade de risco habitual de Maceió, a maior parte das mulheres atendidas fez uso do método não farmacológico de alívio da dor (75,4% dos partos), e os que mais se destacaram foram a bola suíça, a deambulação e o banho de aspersão.[10]

No estudo realizado em maternidade de Salvador, apenas 23,1% das mulheres utilizaram algum método não farmacológico para alívio da dor. Os métodos aplicados foram: deambulação (16,2%), chuveiro (3%), massagem (2,1%), cavalinho (1,5%) e bola suíça (0,3%).[7]

No Distrito Federal, 83,9% dos enfermeiros e 68,4% dos médicos responderam que orientam o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnica de relaxamento.[11]

No estudo do Piauí, foi mostrado que, em 32,5% dos partos, houve controle não farmacológico da dor, sem maiores especificações.[8]

Dieta livre durante o trabalho de parto

A 24ª recomendação da OMS (2018)[4] instrui sobre a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto nas gestações de baixo risco, já que foi constatado que a restrição da dieta não tem benefício.

Em relação à prescrição de dieta livre para parturientes, a taxa permaneceu entre 62,15% e 67,38% do total de partos normais no período analisado.

No trabalho realizado no Distrito Federal, 48% dos enfermeiros e 54% dos médicos restringem a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o trabalho de parto.[11]

Em Piauí, foi predominante, no pré-parto, a ingestão de líquidos doces e água (79,2%), sem realizar o jejum.[8]

Em uma revisão das boas práticas de atenção ao parto realizada em 2020, Lopes e Aguiar observaram que a prática de dieta zero durante o trabalho de parto é mais comum na região Sul do Brasil, porém, na maioria dos estados, a prescrição de dieta livre encontra-se entre 50% e 99,7% dos partos normais.[12]

Outra revisão sistemática de 2017 mostrou que dietas menos restritivas durante o trabalho de parto, em gestações únicas de baixo risco, resultaram em duração ligeiramente mais curta do trabalho de parto (7 a 25 minutos a menos do que nos partos com dietas mais restritivas).[13]

Posição materna durante o parto

As recomendações 34 e 35 da OMS (2018)[4] abordam a posição da mulher durante o parto sem e com analgesia epidural, respectivamente. Para os partos com analgesia, a OMS recomenda a livre escolha de posição por parte da mulher, mas pode não ser viável a posição ereta, já que o bloqueio neuroaxial pode impedi-la. Para os partos sem analgesia, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais. Isso está associado à redução da episiotomia e de partos instrumentados.

No HMINSN, viu-se que, de setembro/2019 a março/2020, o índice de partos vaginais em posição não litotômica variou entre 79,17% e 90,8%.

Em Salvador, a posição mais adotada pelas mulheres no período expulsivo, em estudo já citado, foi a semideitada (66,2%), seguida pela posição litotômica (27,6%), cócoras (1,5%) e Simms (0,6%).[7]

No Piauí, grande parte das mulheres adotou a posição semivertical (90%). As demais posições foram: sentada no banquinho, por quatro apoios e lateral, sendo posições que foram escolhidas pela parturiente de acordo com a necessidade de conforto individual de cada uma.[8]

No Rio de Janeiro, um estudo abordou a temática do posicionamento do parto com gestantes, e algumas mulheres responderam ao significado de uma posição alternativa de parto.[14]

"Acho que não, só tem que ficar assim mesmo [...] deitada."

"Eu posso até pedir, o problema é eles realizarem esse pedido."

"É muito importante, vai de acordo como o que eu estou sentindo [...] então, vai ser a posição que mais vai ser favorável a mim, não ao profissional que vai fazer o meu parto."

No entanto, não existem evidências que apontam a melhor posição durante o parto ou que alguma não seja recomendada.[15]

Uma revisão sistemática de 30 estudos evidenciou que a posição verticalizada durante o parto reduziu os partos assistidos, episiotomias, alterações nos batimentos cardíacos fetais, além de encurtar o tempo do segundo período do parto em seis minutos. Contudo, observou-se um aumento nas lacerações perineais

de segundo grau e aumento da perda sanguínea materna, mas sem nenhuma diferença na taxa de parto cesáreo e admissões na unidade de terapia intensiva neonatal.[16]

Episiotomia

A recomendação 39 da OMS (2018)[4] aborda o tema da episiotomia, não aconselhando o seu uso rotineiro em mulheres que evoluem para o parto vaginal espontâneo, pois não há evidências que corroborem o seu uso de rotina, podendo ser necessário em emergências obstétricas, tais como parto instrumental. Nesses casos, é preciso utilizar anestesia local eficaz, com o consentimento informado da mulher. A técnica preferida é a incisão mediolateral.

Conforme os resultados obtidos pela plataforma do Apice On, o HMINSN tem mantido taxas baixíssimas de episiotomia, variando entre 6,50% e 10,77%, de setembro/2019 a março/2020, como observado na figura 2.

As taxas de episiotomia apresentam grande variação no mundo todo, com valores de 9,7% (Suécia) a 100% (Taiwan), com taxas menores em países como Canadá (23,8%) e Estados Unidos (32,7%), permanecendo elevados em países como Equador (96,2%), China (82%) e África do Sul (63,3%).[17]

No Distrito Federal, observou-se que 31,6% dos enfermeiros e 49% dos médicos realizam a episiotomia intraparto.[11]

No Piauí, a episiotomia foi realizada em 18,3% dos partos.[8]

Em maternidade de Maceió, a episiotomia foi realizada em 12,2% dos partos.[10]

Ocitocina no terceiro período do parto

As recomendações 41, 42 e 43 da OMS (2018)[4] tratam sobre o uso profilático de uterotônicos no terceiro período (pós-parto), para prevenção de hemorragia, sendo recomendadas 10 UI de ocitocina intramuscular (IM) ou intravenosa. Nos locais onde esse medicamento não está disponível, recomenda-se o uso de uterotônicos injetáveis, como metilergometrina, ou o misoprostol oral. No HMINSN, a taxa de uso de ocitocina pós-parto é alta, variando entre 98,37% e 100%, entre setembro de 2019 e março de 2020, conforme a figura 3.

No estudo realizado em Maceió, as manobras ativas do terceiro estágio do parto foram realizadas em 97,8% dos partos, com ocitocina IM, tração controlada do cordão e massagem uterina.[10]

No Piauí, 100% dos parturientes receberam ocitocina no terceiro estágio do parto.[8]

A diretriz do NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) definiu, em 2014, como manejo ativo a utilização de um ou mais componentes de um pacote de intervenções, incluindo a administração de um uterotônico IM, o clampeamento precoce do cordão e a tração controlada do cordão.[18]

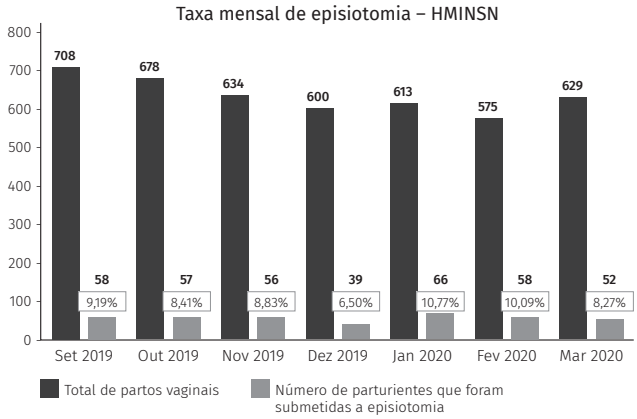

Figura 2. Número e proporção de partos vaginais com episiotomia no HMINSN

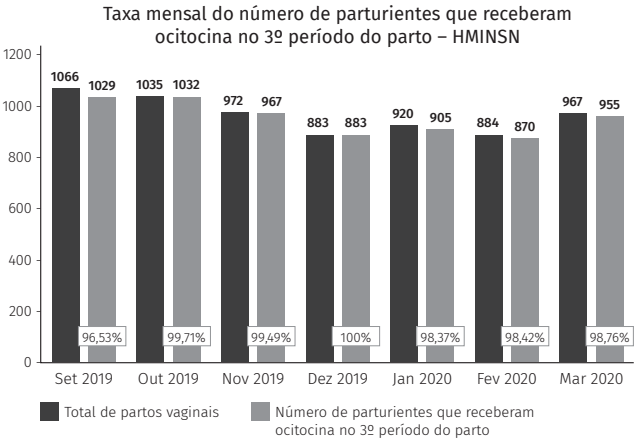

Figura 3. Número e proporção de parturientes que receberam ocitocina pós-parto no HMINSN

Clampeamento tardio do cordão umbilical

Conforme a recomendação 44 da OMS (2018),[4] o clampeamento tardio do cordão umbilical, de um a três minutos após o nascimento, gera benefícios para o RN, mesmo em mulheres vivendo com HIV. Esse breve atraso pode aumentar as reservas de ferro do RN em até 50%, aos 6 meses de idade, nos RNs nascidos a termo. De acordo com as informações da base de dados do Apice On do HMINSN, entre setembro de 2019 e março de 2020, houve grande porcentagem de partos realizados com clampeamento tardio do cordão, mantendo-se uma taxa entre 79,94% e 98,62%, conforme a figura 4.

O ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) recomendou, em 2020, o clampeamento tardio do cordão umbilical em RNs a termo e vigorosos, com um atraso de pelo menos 30 a 60 segundos.[19]

Contato pele a pele com o RN

A recomendação 48 da OMS (2018)[4] sugere o contato pele a pele dos RNs com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação precoce.

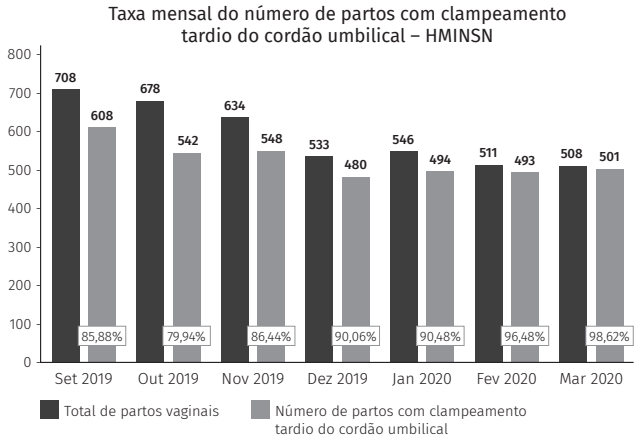

Figura 4. Número e proporção de partos vaginais com clampeamento tardio do cordão no HMINSN

No HMINSN, viu-se, por meio da base de dados do Apice On, que o índice de contato pele a pele entre RN e mãe, após o parto, foi entre 74,13% e 86,17%, entre setembro de 2019 e março de 2020.

Em maternidade em Salvador, o contato pele a pele foi possibilitado em 51,6% das mulheres, porém 7% das fichas não continham essa informação. Notou-se uma diferença entre as mulheres brancas e negras; 28,5% das brancas não tiveram esse contato, enquanto, entre as mulheres negras, houve maior ausência desse ato, atingindo 69%.[7]

Em outro estudo realizado em Maceió, o contato pele a pele do binômio mãe-filho, logo após o nascimento, aconteceu em 91,6% dos partos.[10]

O estudo realizado no Distrito Federal observou que 90,1% dos enfermeiros e 93,3% dos médicos estimulavam o contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora após o parto.[11]

No Piauí, em estudo já mencionado, esse contato foi de 95,8% da totalidade dos partos.[8]

O contato pele a pele faz parte de uma abordagem neurocomportamental que facilita os comportamentos inatos do RN. Um estudo recente revelou que essa boa prática facilitou a amamentação na primeira hora pós-parto e reduziu alterações nos seios maternos, como fissuras e dor.[20]

Amamentação na primeira hora pós-parto

Segundo a recomendação 49 da OMS (2018),[4] todos os RNs, incluindo RNs com baixo peso ao nascer, devem ser colocados no peito para a amamentação precoce. No HMINSN, foram observadas taxas de 65,34% a 89,07% de partos vaginais com amamentação na primeira hora, de setembro de 2019 a março de 2020. Na pesquisa realizada em maternidade de Salvador, a amamentação precoce, ainda na sala de parto, ocorreu somente em 38%.[7]

No estudo realizado no Piauí, em 77,5% dos partos, houve amamentação na primeira hora pós-parto.[8]

Em um estudo no Reino Unido, realizado com mais de 700 puérperas, ocorreu a amamentação nas primeiras duas horas após o parto em 65,1%.[21]

DISCUSSÃO

Acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento

A taxa de acompanhante no HMINSN, com média de 90,13% durante o período analisado, foi maior que nos estudos realizados em Salvador (79,2%), Distrito Federal (77% a 86% dos profissionais responderam que estimulam essa boa prática) e Piauí (58,3%). Nesse quesito, essa boa prática tem atingido um excelente percentual no HMINSN, já que o projeto Apice On recomenda que esse índice seja atingido, pelo menos, em 90% dos partos.[22]

Métodos não farmacológicos para alívio da dor

A proporção de partos no HMINSN que utilizaram algum método não farmacológico para alívio da dor teve uma média de 64,42% no período analisado. Não se especificou quais métodos nem qual foi o mais utilizado pelas parturientes na análise feita pelo Apice On. Em comparação com os outros estudos brasileiros, o HMINSN manteve uma média similar. O Apice On recomenda que essa boa prática seja realizada em 100% dos partos,[22] pois tais medidas diminuem a dor provocada pelas contrações uterinas, aumentam a satisfação materna e melhoram os resultados obstétricos, de modo que as mulheres se apresentam mais colaborativas. Sendo assim, o HMINSN necessita que todos os profissionais estejam engajados a estimular e ofertar os métodos não farmacológicos para alívio da dor, pois cada sala de parto possui chuveiro, bola suíça e cavalinho. É importante que cada médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta reforcem a importância desses métodos para as pacientes em trabalho de parto.

Dieta livre durante o trabalho de parto

A prescrição de dieta livre varia bastante entre as instituições de saúde no País, devido ao medo de aspiração de conteúdo estomacal durante a anestesia, caso a gestante venha a necessitar de cesárea. Observou-se que a prescrição de dieta livre nos partos vaginais, no HMINSN, de setembro/2019 a março/2020, teve uma média de 64,54%. O percentual atingido pelo HMINSN pode ser melhorado, a fim de garantir melhor qualidade de assistência. O indicador foi pior, quando comparado ao estudo no Piauí (79,2%), porém melhor que o realizado no Distrito Federal (48% a 54% dos profissionais realizam essa prática). O Apice On não determinou qual é a meta adequada a ser atingida por esse indicador. Apesar de ter atingido essa boa prática em somente 64,54% dos partos, é rotina médica, no HMINSN, não deixar as pacientes em jejum durante o trabalho de parto. Possivelmente, houve a falta de preenchimento desse índice pelo Apice On, diminuindo, dessa forma, a taxa de realização dessa boa prática.

Posição materna durante o parto

No HMINSN, houve uma média de 83,84%, no período analisado, de posição não litotômica, naquelas sem analgesia farmacológica, porém não se especificou qual foi a

posição utilizada em cada parto, pela plataforma Apice On. Essa boa prática está sendo implementada com um bom índice no serviço em estudo, quando comparado a outros do Brasil, sendo melhor que no estudo realizado em Salvador (68,3%) e similar ao estudo do Piauí (90%). Entretanto, o Apice On recomenda que esse indicador seja atingido em 100% dos partos.[22]

O encorajamento da posição vertical e a liberdade de movimento, ao longo do trabalho de parto, são práticas que devem ser rotineiramente realizadas e incentivadas pelos profissionais da saúde. A cultura da posição deitada (litotômica) fornece pouca autonomia à mulher sobre o processo do parto e retarda o período expulsivo. Dessa maneira, no HMINSN, da mesma forma que os profissionais precisam melhorar a oferta dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, também precisam reforçar a importância do parto ativo a todas as parturientes, encorajando o período expulsivo da maneira que elas se sentirem mais confortáveis.

Episiotomia

A episiotomia teve uma média de 8,86% nos sete meses analisados no HMINSN, uma taxa excelente e abaixo da preconizada pela recomendação da OMS (2018),[4] que é de 10%.[22]

Isso reflete uma assistência adequada e uma diminuição de procedimentos invasivos desnecessários no parto, no serviço em estudo. Esse procedimento está, cada vez mais, sendo realizado com parcimônia em todo o mundo.

Ocitocina no terceiro período do parto

Quanto ao uso da ocitocina, no terceiro período, para profilaxia de hemorragia pós-parto, esse medicamento é amplamente usado no mundo todo, e o HMINSN conseguiu uma média de 98,70% de uso nos partos vaginais, no período analisado. A taxa próxima a 100% é recomendada pelas organizações nacionais e internacionais[22] e também foi similar às dos estudos nacionais analisados (Maceió, com taxa de 97,8%, e Piauí, com 100% dos partos). O Apice On também recomenda que a taxa desse indicador seja atingida em, pelo menos, 90% de todos os partos,[22] portanto o HMINSN tem atingido adequadamente a realização dessa boa prática. Observa-se que todos os profissionais têm a compreensão plena da aplicação da ocitocina IM em todas as pacientes, logo após o nascimento.

Clampeamento tardio do cordão umbilical

O HMINSN obteve uma média de 89,7% nos sete meses analisados. É rotina do serviço o clampeamento tardio do cordão umbilical, com base na compreensão de que esse atraso permite a passagem contínua do sangue da placenta para o RN por mais tempo, após o nascimento, reduzindo a anemia neonatal. O Apice On recomenda uma taxa de realização dessa boa prática em, pelo menos, 90% dos partos,[22] sendo, portanto, atingido pelo HMINSN, demonstrando, mais uma vez, bom desempenho por parte dos profissionais.

Contato pele a pele com o RN

O contato pele a pele de RNs com suas mães é extremamente importante durante a primeira hora após o nascimento. O HMINSN manteve uma média de 80,17% dos partos em que essa boa prática ocorreu. Em comparação com os outros estudos citados no País, a taxa foi abaixo da maioria, sendo superior somente em um estudo realizado em Salvador (51,6%). O Apice On, por sua vez, preconiza uma meta de realização desse indicador em, pelo menos, 90% dos partos.[22] Esse contato auxilia a estabilização sanguínea e os batimentos cardíacos e respiratórios do RN, reduz o choro e o mantém aquecido pela transmissão de calor materno. Essa boa prática é realizada cotidianamente no serviço, exceto quando a equipe de pediatria avalia a necessidade de levar o RN ao berço aquecido. Provavelmente, houve a falta de preenchimento desse índice pelo Apice On, fazendo com que a taxa não chegasse aos 90% dos partos.

Amamentação na primeira hora pós-parto

Em relação à amamentação na primeira hora, o HMINSN atingiu uma média de 81,5% dos partos no período analisado, sendo uma proporção mais alta que a dos outros estudos analisados no Brasil (Salvador em 38% e Piauí em 77,5% dos partos). Entretanto, o Apice On recomenda que esse indicador seja atingido em, pelo menos, 90% dos partos.[22] O início da amamentação imediatamente após o nascimento assegura que o RN receba o colostro, que é rico em anticorpos, importantes para a proteção do RN, além de favorecer, também, o vínculo afetivo entre a mãe e o filho. Desse modo, é papel dos profissionais da saúde do HMINSN incentivar essa boa prática e desmistificar a necessidade de manter o RN no berço aquecido. Além disso, é essencial orientar a pega adequada, a importância da livre demanda, e a autonomia das mulheres quanto a essa prática, para que esse cuidado seja fortalecido.

CONCLUSÃO

Das 56 recomendações de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento da OMS, nove foram registradas e acompanhadas, mensalmente, na plataforma Apice On do HMINSN, sendo analisadas e discutidas pela primeira vez neste trabalho. Em comparação com outros serviços do Brasil, foi possível observar que, entre as nove recomendações discutidas, cinco apresentaram índice de atuação melhor ou similar aos serviços analisados, as quais são: a presença de acompanhante no parto, o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, a aplicação de ocitocina no terceiro período do parto, a amamentação na primeira hora e a taxa de episiotomia. Observou-se que, em relação à prescrição de dieta livre e à porcentagem de mulheres em posição não litotômica no parto, no HMINSN, em comparação com dois estudos analisados, o

índice dessas práticas foi melhor que o de um serviço e pior que o de outro. Em relação ao clampeamento tardio do cordão umbilical, não foi possível realizar a comparação com outros serviços nacionais, já que nenhum estudo recente analisou essa boa prática. Em relação às metas preconizadas pelo Apice On, o HMINSN as atingiu em quatro boas práticas, que são: a presença de acompanhante no parto, a baixa taxa de episiotomia, o uso de ocitocina no terceiro período e o clampeamento tardio do cordão umbilical. Entretanto, o Apice On não estabelece meta para o indicador da dieta livre das parturientes, não sendo possível essa comparação. Nas outras quatro boas práticas restantes, que são o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a posição não litotômica da mulher, o contato pele a pele entre mãe e RN e a amamentação na primeira hora, o HMINSN ficou abaixo do esperado pelo Apice On. Apesar do grande número de partos que ocorrem na unidade, foi possível observar que as boas práticas de atenção ao parto têm sido realizadas, em sua grande maioria. Por meio das análises dos indicadores, conclui-se que, em comparação a outras maternidades do País, o HMINSN tem realizado um bom trabalho de atenção ao parto, mantendo bons índices de boas práticas às parturientes. No entanto, os profissionais necessitam incentivar, cada vez mais, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, a posição ativa no trabalho de parto e a amamentação na primeira hora pós-parto. Para uma avaliação integral das boas práticas de atenção ao parto, é necessário pesquisar a satisfação das usuárias do HMINSN, para, finalmente, apontar as falhas do serviço com maior exatidão e buscar melhorias tanto estruturais como de recursos humanos. É preciso, também, questionar a fidedignidade dos dados do Apice On do HMINSN, pois pode haver erros e equívocos durante o preenchimento do livro de indicadores da sala de parto. Se o profissional, mais comumente o técnico de enfermagem, não assinalar nenhum dado, por exemplo, sobre a dieta da paciente, é registrado, portanto, como dieta livre não realizada na plataforma do Apice On. Sendo assim, isso pode prejudicar a meta do indicador e falsear resultados ruins do serviço. Desse modo, é preciso estimular a conscientização de toda a equipe multiprofissional para o preenchimento adequado do livro de indicadores da sala de parto do HMINSN, a fim de melhorar a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

1. Melo VH. Evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1983.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Dec 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
3. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;384(9947):980-1004. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6
4. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2020 Oct 12]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=8E068C6805387688A44E13F7E9FCE087?sequence=1
5. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet. 2014;384(9948):1129-45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3
6. Oladapo OT, Souza JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Vogel JP, Fawole B, et al. WHO Better Outcomes in Labour Difficulty (BOLD) project: innovating to improve quality of care around the time of childbirth. Reprod Health. 2015;48:12. doi: 10.1186/s12978-015-0027-6
7. Andrade LF, Rodrigues QP, Silva RC. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. Rev Enferm UERJ. 2017;25:e26442. doi: 10.12957/reuerj.2017.26442
8. Almeida BF, Ribeiro JF, Araújo KR, Lavôr TB. Processo de assistência ao parto normal em uma maternidade pública do estado do Piauí. Rev Enferm Atenção Saúde. 2016;5(2):45-56. doi: 10.18554/reas.v5i2.1521
9. Bohren MA, Berger BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp O. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(3):CD012449. doi: 10.1002/14651858.CD012449.pub2
10. Vieira MJ, Santos AA, Silva JM, Sanches ME. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. Rev Eletrônica Enferm. 2015;18:1-9. doi: 10.5216/ree.v18.36714
11. Carvalho EM, Amorim FF, Santana FF, Gottems LB. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2018;24(6):2135-45. doi: 10.1590/1413-81232018246.08412019
12. Lopes LC, Aguiar RS. Aplicabilidade das boas práticas de atenção ao parto: revisão integrativa de literatura. Revisa. 2020;9(1):133-43. doi: 10.36239/revisa.v9.n1.p133a143
13. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2017;129(3):473-80. doi: 10.1097/AOG.0000000000001898
14. Silva LS, Leão DC, Cruz AF, Alves VH, Rodrigues DP, Pinto CB. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar. Rev Enferm UFPE on line. 2016;10 Supl 4:3531-6. doi: 10.5205/1981-8963-v10i4a11127p3531-3536-2016
15. Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 766: approaches to limit intervention during labor and birth. Obstet Gynecol. 2019;133(2):e164-73. doi: 10.1097/AOG.0000000000003074
16. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anasthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4
17. Ismail KM, Kettle C, Macdonald SE, Tohill S, Thomas PW, Bick D. Perineal Assessment and Repair Longitudinal Study (PEARLS): a matched-pair cluster randomized trial. BMC Med. 2013;11:209. doi: 10.1186/1741-7015-11-209
18. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press; 2014.
19. Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 814: delayed umbilical cord clamping after birth. Obstet Gynecol. 2020;136(6):1238-9. doi: 10.1097/AOG.0000000000004168
20. Milinco M, Travan L, Cattaneo A, Knowles A, Sola MV, Causin E, et al. Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial. Int Breastfeed J. 2020;15(1):21. doi: 10.1186/s13006-020-00261-4
21. Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne DR, Stirrat GM. The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage of labour. BMJ. 1988;297(6659):1295-300. doi: 10.1136/bmj.297.6659.1295
22. Apice On: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia: o projeto [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 10]. Available from: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/apice/o-projeto/