



ATENÇÃO RESPEITOSA AO NASCIMENTO: AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS, EXPERIÊNCIA MATERNA E RESULTADOS PERINATAIS

Palavras-Chave: boas práticas; assistência ao parto; satisfação do paciente

Autoras:

Luísa Fontes Araujo Viana, FCM - UNICAMP

Prof.^a Dra. Giuliane Jesus Lajos (orientadora), FCM - UNICAMP

INTRODUÇÃO:

Ao longo da história, o processo de atenção ao parto passou por diversas transformações. Algumas dessas mudanças fizeram com que a mulher deixasse de ser a figura central no parto para ser vista como sujeito num caso clínico que está transcorrendo e saindo dos padrões da normalidade e da segurança ^[1], usando como referencial tabelas e gráficos pré-determinados que generalizam sobremaneira um fenômeno natural complexo e único, que depende da interação de múltiplos fatores em dois organismos diferentes (mulher e feto).

Com base nessa observação, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a fim incentivar a adoção de condutas que visem a proteção do bem-estar das mulheres e recém-nascido, bem como desencorajar a prática rotineira de medidas desaconselháveis, desenvolveu, em 1996, uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, baseada em evidências científicas concluídas por meio de pesquisas feitas no mundo todo. O documento foi dividido em quatro categorias: *Categoria A*: práticas evidentemente úteis e que devem ser estimuladas, o que inclui questões como apoio empático dos prestadores de serviço durante o trabalho de parto para que a mulher se sinta segura e confiante; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; métodos não invasivos e preferencialmente não farmacológicos de alívio da dor; *Categoria B*: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, como massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto; uso rotineiro de enema (lavagem intestinal; uso rotineiro da posição supina (deitada) ou da posição de litotomia (posição ginecológica, deitada com as pernas elevadas por apoios) com ou sem estribos, durante o trabalho de parto; *Categoria C*: práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão, como clampeamento precoce do cordão umbilical; *Categoria D*: práticas frequentemente usadas de modo inadequado, como restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto; transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto; estímulo para o puxo quando se

diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário; parto operatório; uso liberal e rotineiro de episiotomia.

Com a progressiva adoção dessas medidas e melhoria da assistência obstétrica, desde a década de 90, a razão de mortalidade materna apresentou queda de 56% entre 1990 e 2015 e, em conjunto com programas de conscientização sobre os benefícios do parto normal da rede cegonha, atuam no sentido de reduzir as alarmantes taxas de cesariana dos serviços públicos de saúde e principalmente da saúde suplementar, que estão acima dos índices recomendados pela OMS [2, 5], além de estimular as boas práticas de assistência ao parto e ao recém-nascido.

Além de resgatar o protagonismo e o respeito à mulher como figura central e responsável por seu parto, essas medidas visam a reduzir as altas taxas de cesariana registradas pelo Brasil [3], sejam esse resultado de intervenções causadoras de iatrogenia ou solicitações maternas baseadas no medo de serem submetidas a tratamentos desnecessários, dolorosos, degradantes e desrespeitosos, conhecidos pelo termo de violência obstétrica [2, 4].

Assim, falar sobre “humanização do parto” não significa colocá-lo como um “simples fenômeno fisiológico”, e sim, alertar que a qualidade da experiência vivenciada pelas parturientes pode influenciar os resultados maternos e neonatais. Afinal, a qualidade da relação dos profissionais de saúde e as parturientes, especialmente no que diz respeito a suas atitudes e comportamentos em relação a suporte emocional, capacidade de comunicação e fornecimento adequado de informações, é de extrema importância. É nisso que se baseia a transição para a experiência do parto como fonte de força e de poder da mulher, que se expressa em autoestima, saúde mental e social, dignidade e responsabilidade.

METODOLOGIA:

Visando explorar a experiência das mulheres acerca de seus partos, a principal atividade proposta consiste em entrevistas que foram feitas em uma ocasião única, durante a internação das mulheres no pós-parto, no CAISM (Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher) /Unicamp, hospital universitário de referência terciária. O registro das respostas foi feito via *Google Forms*.

Foram incluídas mulheres que seguiram os seguintes critérios de inclusão: puérperas acima de 15 anos, sem dificuldade de compreensão, com feto vivo, sem malformações fetais grandes. As mulheres foram entrevistadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram mais de 40 variáveis incluídas, entre sociodemográficas, práticas do pré-natal e do parto e resultados maternos e neonatais. Inseridas informações em banco de dados e feitas análises descritivas e testes comparativos. Testes usados: Qui-quadrado, exato de Fischer, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, com nível de significância de 5%.

RESULTADOS:

A idade média das puérperas foi de 29 (15 - 44) anos, 73% de gestações de alto risco, 55% exerciam trabalho remunerado, 60% pardas e pretas e em 96% com companheiro fixo. Em relação às boas práticas obstétricas, observamos 61% de cesáreas, com diferença entre alto risco e baixo risco (68% x 39%, $p=0,020$) e idade menor que 30 anos (74% x 49%, $p=0,018$).

O uso de ocitocina ocorreu em 50% dos trabalhos de partos, sendo que, desses, 72,2% relataram ter recebido explicação sobre o uso. Houve 50% de induções de parto, realização de episiotomia foi 4,6%, 52% receberam analgesia de neuroeixo e 24% ficaram em jejum. 58% das mulheres que entraram em trabalho de parto tentariam um novo parto vaginal.

Contato pele a pele ocorreu em 74,5%, sendo 87% nos partos vaginais e 65% das cesáreas ($p=0,009$). Clampeamento tardio do cordão umbilical em 30%, sendo 48% nos partos normais e 18% nas cesáreas ($p<0,01$). Enquanto 50,48% não souberam informar.

Nos resultados neonatais houve 22% de internação em cuidados intermediários ou UTI e 97% obtiveram índices de APGAR de 5º minuto igual ou maior que 7. Para a puérpera, a taxa de internação em UTI foi de 5,7%, transfusão de sangue 2,8% e antibioticoterapia pós-parto 8,5%.

DISCUSSÃO:

O número de cesáreas superior ao de partos normais vai em consonância com o que se observa no Brasil, onde aproximadamente 55% dos partos realizados são cesáreas, muitas vezes sem indicação ⁽⁶⁾. Contudo, por esse estudo ter sido ambientado em um hospital terciário de referência, acredita-se que o cenário seja realmente favorável ao recebimento de pacientes de alto risco obstétrico, em que há mais indicação de indução de parto e que tenham indicação para o parto cirúrgico, para benefício materno e neonatal.

Neste estudo, mesmo com atenção a mulheres com alto risco obstétrico, pôde-se observar altas taxas de adesão às boas práticas ao nascimento, independente da via de parto. A Assistência Humanizada ao Parto e Nascimento (AHPN) baseia-se no entendimento de que uma experiência positiva de parto é direito básico das mulheres e famílias, e impacta diretamente os resultados maternos e neonatais em curto e longo prazo, o que pode ser comprovado em diversos estudos ⁽⁸⁾. No contato pele a pele, com altas taxas encontradas neste estudo mesmo em partos cesáreos, destaca-se sua importância, ao oferecer inúmeros benefícios comprovados, como favorecimento da adaptação à vida extrauterina, manutenção da temperatura do neonato e fortalecimento o vínculo mãe e filho ^(9, 10). Com relação ao clampeamento oportuno do cordão, destaca-se que há vários estudos que comprovam benefícios a curto e longo prazo que podem ser oferecidos ao recém-nascido ⁽¹¹⁾.

CONCLUSÕES:

Esse estudo mostra boa adequação da maioria das práticas recomendadas na assistência ao parto, mesmo em hospital terciário com atendimento de gestantes de alto risco, com destaque para os nascimentos vaginais, nos quais houve boa oferta de analgesia e baixa taxa de episiotomia, o que contribuiu para a boa experiência de parto. Nascimentos por cesárea foram mais frequentes em gestações de alto risco, sendo importante destacar a atenção às boas práticas, independente da via de parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Leal, NP, Versiani, MH, Leal, M. do C., & Santos, YRP (2021). **Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas.** *Ciência & saúde coletiva*, 26 (3), 941–950. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>
2. Giordano, JC, Nascimento, SL, Godoy-Miranda, AC, & Surita, FG (2019). **A escolha equivocada por partos mais seguros na região mais desenvolvida do Brasil: um estudo transversal.** *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 32 (5), 718–723. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1390558>
3. Gomes, MA de SM, Esteves-Pereira, AP, Bittencourt, SD de A., Augusto, LCR, Lamy-Filho, F., Lamy, ZC, Magluta, C., & Moreira, ME (2021). **Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas?** *Ciência & saúde coletiva*, 26 (3), 859–874. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26032020>
4. Downe, S., Lawrie, TA, Finlayson, K., & Oladapo, OT (2018). **Efetividade de políticas de cuidado respeitoso para mulheres usuárias de serviços intraparto de rotina: uma revisão sistemática.** *Saúde Reprodutiva*, 15 (1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0466-y>
5. Nakano, AR, Bonan, C., & Teixeira, LA (2015). **A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil.** *Physis (Rio de Janeiro, Brasil)*, 25 (3), 885-904. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312015000300011>
6. **No Brasil das cesáreas, falta de autonomia da mulher sobre o parto é histórica.** Disponível em: <<https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1967-no-brasil-das-cesareas-a-falta-de-autonomia-da-mulher-sobre-o-parto-e-historica.html>>. Acesso em: 28 de julho de 23
7. **FEBRASGO. Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública.** Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-tema-de-audiencia-publica>>. Acesso em: 28 jul. 2023.
8. Giardano, Juliana Camargo Sandier. **Cenas da assistência obstétrica brasileira: da normatização da cesárea o papel do parto humanizado/** Juliana Camargo Giordano Sandier. - Campinas, SP: [s.n.]. 2018. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/1079612>. Acesso em: 28 de julho de 2023
9. DE SANTANA RAMALHO, C. **Contato pele a pele na sala de parto e sua importância para o vínculo mãe-filho.** Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DNFFK/1/mono_pdf.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.
10. NEWBORNS, I. C. G.; PROMOTION OF MOTHER-BABY BOND. **Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê.** Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/7y4tJjydchJWjJB4y7wYzVF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 28 jul. 2023.
11. M Gaulke, M., Colombi, G., Fracaro, LT. *et al.* **Benefits of opportune clamping of the umbilical cord: literature's narrative review.** Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/10077/8735>. Acesso em: 28 de julho de 2023