



Práticas na atenção ao parto e nascimento sob a perspectiva das puérperas

Practices in delivery and birth care from mothers' perspective

Débora Apolinário¹, Marcelexandra Rabelo¹, Lillian Daisy Gonçalves Wolff¹, Silvana Regina Rossi Kissula Souza¹, Giseli Campos Gaioski Leal¹

Objetivo: evidenciar as práticas na atenção ao parto e nascimento em uma maternidade na perspectiva das puérperas. **Métodos:** pesquisa descritiva transversal realizada em uma maternidade de risco habitual, com 100 puérperas pós-parto normal. Utilizou-se questionário semiestruturado conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** dentre as práticas que devem ser estimuladas da assistência ao parto destaca-se: privacidade da mulher; participação do acompanhante de sua escolha; utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Entre as práticas que devem ser eliminadas: a transferência para a sala de parto no período expulsivo e a posição de litotomia. **Conclusão:** as mulheres ainda permanecem passivas no processo de parto, apesar das tentativas em mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento.

Descritores: Parto Humanizado; Enfermagem; Saúde da Mulher.

Objective: to highlight the practices of delivery and birth care in a maternity ward from mothers' perspective. **Methods:** descriptive cross-sectional study carried out in a maternity hospital of usual risk, with 100 regular postpartum mothers. It was used a semi-structured questionnaire as recommended by the World Health Organization. **Results:** among the practices that should be encouraged from birth care, stands out: women's privacy; participation of the companion of their choice; the use of non-pharmacological methods for pain relief. Among the practices that should be eliminated: the transfer to the delivery room at the second stage and the lithotomy position. **Conclusion:** women are still passive in the birth process despite attempts to change the model of care during labor and birth.

Descriptors: Humanizing Delivery; Nursing; Women's Health.

¹Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

Autor correspondente: Débora Apolinário
Rua Joaquim de Freitas, 15, Boqueirão. CEP: 81730-310. Curitiba, PR, Brasil. E-mail: deba.apolinario@gmail.com

Introdução

O parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, evidenciam as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. O avanço científico e tecnológico adotado pelo hospital tem como objetivo prevenir morbimortalidade na assistência ao parto, porém o que se evidencia ainda são as complicações causadas justamente pelo avanço e pelo uso abusivo de técnicas e procedimentos, generalizando o corpo feminino, seu ritmo natural e impedindo a mulher do exercício de seu protagonismo⁽¹⁾.

No Brasil, com a evolução das políticas públicas de saúde da mulher, destaca-se a integralidade do cuidado, do resgate da fisiologia do parto e da atenção humanizada⁽²⁾. Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, focado nas ações de assistência nas diversas fases da vida⁽³⁾.

Na década de 1990, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher foi influenciado pelas proposições do Sistema Único de Saúde, tornando-se uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com ações de saúde que garantiam os direitos humanos femininos e que pudessem reduzir a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis⁽³⁾.

Em 2000 foi lançado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, programa específico para atender gestantes, recém-nascidos e puérperas, com objetivo de reduzir a morbimortalidade perinatal; garantir acesso, qualidade e cobertura do pré-natal, parto e puerpério; ampliar a rede de assistência ao pré-natal de risco; com ênfase na maternidade segura, capacitação profissional e humanização da assistência⁽²⁾.

Diante dessa evolução das políticas públicas, o Ministério da Saúde implantou em 2011 a Rede Cegonha como estratégia para melhorar a assistência obstétrica. Tal proposta visa implementar a rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada

à gravidez, ao parto, ao puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis⁽⁴⁾.

A Rede Cegonha preconiza o atendimento humanizado, baseado em evidências científicas e utilização das boas práticas de atendimento ao parto e nascimento. Conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde desde 1996, por meio de um guia prático, categorizadas como: a) Práticas que são claramente úteis e que devem ser estimuladas; b) Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; c) Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e d) Práticas frequentemente usadas de modo inadequado⁽⁵⁾.

Nesta perspectiva, as práticas preconizadas visam à qualidade do atendimento, redução de intervenções desnecessárias, redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal do país. Destaca-se que essas recomendações, quando praticadas, viabilizam o resgate da autonomia da mulher, possibilitando que participe das decisões quanto à posição durante o trabalho de parto e parto e a presença de seu acompanhante durante a internação⁽²⁾.

A Rede Cegonha propõe mudanças do modelo de atenção obstétrica e serve de parâmetro para avaliar o atendimento ao parto nas instituições. Assim este estudo é um meio de contribuir para a melhoria do atendimento prestado as mulheres pela equipe de saúde no âmbito da obstetrícia, observando as práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas pela Organização Mundial Saúde visando o pleno modelo de humanização da assistência. Esta pesquisa pode indicar ainda as práticas que devem ser melhoradas e as que ainda necessitam ser eliminadas da atenção ao parto e nascimento.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi evidenciar as práticas na atenção ao parto e nascimento na perspectiva das puérperas em uma maternidade pública, baseado nas políticas públicas vigentes.

Métodos

Pesquisa descritiva, transversal, realizada no período de outubro de 2012 a julho de 2013, com puérperas internadas em uma maternidade pública referência para risco habitual de Curitiba-PR, Brasil.

A amostra foi constituída de 100 participantes convidadas que atenderam aos critérios de inclusão: mulheres com idade igual ou maior que 18 anos no puerpério imediato após a realização do parto normal, internadas no alojamento conjunto, no período entre abril e maio de 2013. E como critérios de exclusão: puérperas que tiveram óbito fetal ou mortalidade neonatal precoce.

A coleta de dados foi realizada no alojamento conjunto da referida maternidade, por meio de questionário semiestruturado que foi respondido individualmente pelas participantes e preenchido pela pesquisadora. O questionário se constituiu de variáveis de caracterização das participantes (idade) e antecedentes obstétricos (número de gestações, número de partos); dados do último parto (idade gestacional, categoria profissional/qualificação de quem atendeu o seu parto na maternidade).

Além disso, o questionário continha 25 questões referentes ao atendimento recebido no último parto, tendo por base as recomendações da Organização Mundial da Saúde para o atendimento ao parto e nascimento⁽⁵⁾, destacando as práticas que são claramente úteis e que devem ser estimuladas e práticas que devem ser eliminadas ou realizadas com restrição. Nesta perspectiva, as questões abordaram sobre: jejum, utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, presença do acompanhante, local e posição do parto, contato pele-a-pele, amamentação na 1ª hora, acolhimento e orientações, bem como às relativas a procedimentos ou intervenções, como tricotomia, enema, uso de ocitocina, amniotomia, episiotomia, analgesia, acesso venoso periférico.

Os dados foram organizados em planilhas Microsoft® Excell 2007. Foi utilizada a análise estatística descritiva incluindo a frequência absoluta

e frequência relativa para variáveis categóricas. Os resultados obtidos foram apresentados sob a forma de tabelas e discutidos na linguagem descritiva.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

O intervalo da variável idade das 100 participantes foi de 18 a 37 anos e o da idade gestacional foi de 36 a 41 semanas no momento do parto. Em relação ao número de gestações, 39,0% eram primigestas, 39,0% secundigestas e 22,0% multigestas.

Havia, no período pesquisado, cobertura de uma enfermeira e dois médicos obstetras por turno de trabalho na maternidade. Do total, 56,0% dos partos foram atendidos por médicos obstetras; 17,0% atendidos por enfermeiras obstetras; 14,0% por acadêmicos de medicina e 13,0% das mulheres não souberam informar qual foi o profissional que atendeu o parto.

Sobre o acesso à informação durante o atendimento, 50,0% das mulheres relataram que receberam orientações durante o trabalho de parto e parto pela equipe de enfermagem, 15,0% referiram que receberam orientações pela equipe médica, 8,0% que as receberam de acadêmicos e 27,0% disseram que as receberam por mais de um dos citados.

Durante a gestação, 98,0% das mulheres relataram não ter participado de cursos informativos sobre a gestação e parto e somente 2,0% das mulheres participaram de cursos dessa natureza ofertados pela maternidade. Quanto ao acolhimento prestado pela equipe de saúde do centro obstétrico, as mulheres classificaram como sendo ótimo (62,0%) e satisfatório (38,0%).

Em relação às estratégias não farmacológicas para alívio da dor, 62,0% das mulheres relataram usar algum método disponível no serviço e 38,0%

não fizeram uso. Entre as 62 puérperas que utilizaram métodos para alívio da dor, a bola obstétrica foi usada por 27 das mulheres, a banheira para banho de imersão foi utilizada por 25 delas, já o chuveiro por 36, a deambulação por 43 mulheres, as técnicas de respiração por 21 das mulheres, agachamento por 14 e massagens por 12 delas, destaca-se que algumas mulheres utilizaram mais de um método para alívio da dor e relaxamento durante o trabalho de parto.

As práticas oferecidas às mulheres durante o atendimento ao processo de nascimento e discutidas sob o referencial da Organização Mundial da Saúde estão descritas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Práticas oferecidas à parturiente durante o trabalho de parto, (n=100), maternidade de risco habitual

Práticas	n(%)
Privacidade	
Sim	78 (78,0)
Parcial	18 (18,0)
Não	4 (4,0)
Presença do acompanhante	
Sim	83 (83,0)
Não	17 (17,0)
Jejum	
Sim	54 (54,0)
Não	46 (46,0)
Punção venosa	
Sim	53 (53,0)
Não	47 (47,0)
Toque vaginal	
Sim, a cada 1 hora	63 (63,0)
Sim, a cada 2 horas ou mais	37 (37,0)
Amniotomia	
Sim	45(45,0)
Não	55(55,0)
Local do parto	
Sala de pré-parto	49 (49,0)
Sala de parto	48 (48,0)
Outros locais	3 (3,0)

Tabela 2 - Práticas oferecidas à parturiente durante o parto e pós-parto, (n=100), maternidade de risco habitual

Práticas	n(%)
Posição materna durante o parto	
Litotomia/dorsal	83(83,0)
Lateralizada	9 (9,0)
Semisentada	4 (4,0)
Quatro apoios	2 (2,0)
Cócoras	2 (2,0)
Analgesia	
Sim	16 (16,0)
Não	84 (84,0)
Episiotomia	
Sim	25 (25,0)
Não	75 (75,0)
Contato pele-a-pele após o parto	
Sim	84 (84,0)
Não	16 (16,0)
Amamentação na primeira hora de vida	
Sim	95 (95,0)
Não	5 (5,0)

Discussão

A taxa de fecundidade no Brasil foi de aproximadamente dois filhos por mulher em 2014, esta vem sendo reduzida desde a década de 1960⁽⁶⁾. A redução da taxa de fecundidade é aparente na pesquisa atual, já que do total de entrevistadas a minoria possui três ou mais filhos.

Evidenciou-se número reduzido de partos atendidos somente por enfermeiras obstétricas na maternidade. A atuação da enfermeira obstétrica no sistema de saúde contribui para a melhoria assistencial, objetivando atendimento seguro e humanizado⁽¹⁾. Ademais, elas têm sido as principais responsáveis no desenvolvimento de pesquisas que contribuem para a mudança da prática obstétrica e transformação do modelo assistencial ao parto e nascimento⁽⁷⁾.

No Brasil, um dos desafios do momento é buscar

estratégias efetivas de maior inserção e valorização de enfermeiras obstétricas devidamente capacitadas para promover atenção humanizada e baseada em evidências científicas⁽⁷⁾.

Vale ressaltar que a maternidade em questão é um hospital escola, por isso destaca-se a atuação de acadêmicos de medicina no atendimento ao parto. Todavia, também é evidente que as participantes não souberam informar sobre quem atendeu o parto. Isto pode ser devido ao fato de os profissionais não se identificarem corretamente. Porém, reconhece-se que a equipe de saúde em obstetria deve estar preparada para acolher a mulher, respeitar este momento, pois essas ações facilitam e promovem o vínculo mais profundo da equipe com a gestante, ao lhe transmitirem confiança e tranquilidade⁽⁸⁾.

A metade das participantes relatou que foi orientada por integrantes da equipe de enfermagem, o que confirma que recebeu na maternidade atenção humanizada e favorecedora por parte desses profissionais. Nesta perspectiva, pode-se afirmar que essa prática corresponde ao que a Organização Mundial da Saúde recomenda que os profissionais de saúde envolvidos no atendimento devem oferecer todas as informações que a mulher deseja e necessita⁽⁵⁾.

Sabe-se que uma das formas de transmitir tranquilidade e confiança é a informação, pois a falta de conhecimento afeta a condição psicológica, podendo causar sentimentos de medo e incerteza, os quais podem levar à produção de hormônios como a adrenalina, que estimula o neocórtex e inibe a produção de outros hormônios como a ocitocina, endorfina, catecolaminas, necessários para a evolução do trabalho de parto e parto⁽⁹⁾.

Todavia, faz-se também necessário preservar a privacidade da mulher, incentivar a penumbra e o silêncio, proporcionando-lhe segurança, contribuindo assim com a redução da atividade do neocórtex e, conseqüentemente, com a fisiologia do parto⁽⁹⁾.

Embora tenham realizado o pré-natal, quase a totalidade das mulheres chegou à maternidade no momento do parto sem ter realizado qualquer tipo de

curso sobre gestação e parto. Cursos desta natureza, oferecidos em unidades do Sistema Único de Saúde, podem possibilitar às mulheres experiências que aprofundam o conhecimento acerca destes temas, prevenindo que cultivem concepções erradas sobre o processo de nascimento.

Conseqüentemente pode-se afirmar que a comunicação e informação em saúde entre profissionais e gestantes necessitam ser priorizadas durante a assistência pré-natal, pois esta pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional. Faz-se necessária a criação de um espaço para trocas de experiências e vivências em grupo, uma vez que ajuda os participantes a se fortalecerem e enfrentar situações de mudanças, a partir de suas vivências e dos outros⁽¹⁰⁾.

Uma das preocupações do Ministério da Saúde também é o acolhimento desta mulher em trabalho de parto, neste sentido este estudo apresentou que a maioria das mulheres se sentiram acolhidas no centro obstétrico. É indispensável à maternidade envidar esforços para incentivar e orientar sobre como aprimorar o acolhimento por parte dos profissionais. O acolhimento da mulher, a qualidade da interação entre a equipe e a parturiente são cuidados essenciais para uma recepção humana e atenta, possibilitando a identificação de queixas, preocupações, angústias e dúvidas das mulheres⁽¹¹⁾.

A maternidade sob estudo oferece estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, a maioria das participantes utilizou duas ou mais estratégias durante o trabalho de parto. Esse resultado corrobora com estudo anterior, que comprovou que mulheres capazes de se mover livremente e de utilizar métodos de relaxamento durante o trabalho de parto reportaram a movimentação como um meio de encontrar uma posição confortável, tornando em média, o trabalho de parto mais curto do que os de mulheres que permaneceram deitadas, e, além disso, obtiveram alívio da dor⁽¹⁰⁾.

As estratégias não farmacológicas ajudam a diminuir a dor, evitando intervenções invasivas

além de proporcionar conforto⁽⁵⁾. Corroborando com os achados, esta pesquisa obteve resultados positivos, sendo citado o uso dos métodos de relaxamento, como a bola obstétrica e a caminhada, as quais favorecem a descida e o encaixe do bebê na pelve; a banheira e o chuveiro que diminuem a dor e auxiliam no relaxamento; a respiração, que desvia a atenção da dor e visa ao bem estar físico próprio e do feto; o agachamento, que favorece a descida da apresentação fetal; e a massagem, que ao ser realizada pelo acompanhante, traz sensação de alívio e de proximidade com o companheiro⁽⁵⁾.

A privacidade da mulher também é um fator muito importante, que exige a contribuição dos profissionais em preservá-la, pois a exposição indevida se opõe aos valores preconizados pela humanização, e aos princípios de integralidade e individualidade. Os resultados revelaram que a maioria das participantes teve sua privacidade preservada.

A presença do acompanhante durante o processo de parturição é garantida por lei⁽¹²⁾, embora estudos apontem que muitas mulheres desconhecem tal direito⁽¹³⁾.

Nesta pesquisa, uma minoria dentre as participantes não contou com o acompanhante em nenhum momento do processo de nascimento. Porém há muitos benefícios decorrentes do apoio do acompanhante à mulher no momento do parto. Ele deve ser de sua escolha a fim de proporcionar encorajamento, segurança, sentimentos de satisfação, tranquilidade e felicidade, fortalecimento do vínculo familiar, e assim tornar o processo de parturição uma experiência positiva⁽¹³⁾.

A alimentação durante o trabalho de parto ainda é uma questão muito discutida na assistência obstétrica. A Organização Mundial da Saúde e a Rede Cegonha preconizam a ingestão de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto, sendo esta ação um dos exemplos de respeito à autonomia da mulher⁽³⁾.

No entanto, a restrição alimentar e ingestão de líquidos de mulheres em trabalho de parto, ainda fazem parte de uma tradição obstétrica e anestésica,

e são firmemente defendidos, com a justificativa de diminuir o risco de morbidade e mortalidade materna em decorrência da Síndrome de Mendelson, caracterizada pela broncoaspiração, devido à presença de resíduos alimentares durante a anestesia geral. Todavia, há evidências de que o jejum não garante a ausência de pequenos volumes gástricos durante o ato anestésico⁽¹⁴⁾.

Neste estudo foi possível observar que mais da metade das parturientes ficaram em jejum em algum momento do trabalho de parto. Uma vez que a evidência não mostra benefícios ou malefícios, não há justificativa para a restrição de líquidos e alimentos em trabalho de parto para as mulheres com baixo risco de complicações⁽¹⁴⁾. Todavia esta restrição pode ser reconsiderada após uma avaliação clínica que a justifique.

Também evidenciou-se que mais da metade das parturientes receberam cateterização venosa durante o trabalho de parto. Quando realizada rotineiramente, esta prática é considerada prejudicial ao parto normal, e por isso deve ser eliminada, pois somente facilita o trabalho do profissional, caso haja a necessidade de administração de medicamentos intravenosos. Contudo, impede a movimentação e liberdade de posição das parturientes⁽⁵⁾ e dificulta o primeiro contato com o recém-nascido.

Quanto ao toque vaginal, a maioria das participantes foi submetida a este exame em um intervalo de 1 hora, prática que opõe-se ao recomendado⁽⁵⁾. No primeiro estágio do trabalho de parto o exame de toque vaginal deve ser realizado, no máximo, a cada duas ou mais horas. A quantidade e o momento de realizar o exame vaginal deve ser considerado, com critério, para permitir a avaliação adequada do progresso do trabalho de parto⁽¹⁴⁾. Todavia, o fato de a maternidade ser campo de formação de profissionais da saúde implica na possibilidade de que ocorra aumento da quantidade desse exame, embora não seja o preconizado.

Antigamente o uso de amniotomia era indicado no momento da internação sob a premissa de que

esta intervenção acelerasse o trabalho de parto⁽⁵⁾. Porém, há evidências científicas que comprovam que esta prática causa o aumento dos batimentos cardíacos, o que consequentemente aumenta os níveis de cesarianas⁽¹³⁾. Os resultados encontrados nesta pesquisa mostram que o uso de amniotomia pode ser minimizado, e devem existir justificativas convincentes do ponto de vista científico para esta interferência no processo natural do parto⁽⁵⁾.

Em relação ao local onde foi atendido o parto, foi verificado que cerca da metade das participantes deambularam até a sala de parto já no período expulsivo. Destaca-se que a maternidade em questão possui camas para pré-parto, parto e pós-parto nas quais a mulher pode permanecer durante o trabalho de parto e parto e puerpério, sem a necessidade de serem transferidas para a sala de parto.

A transferência para sala de parto e a posição de litotomia no parto proporciona conforto para o profissional, entretanto pode desfavorecer o nascimento, pois atua contra a gravidade e é desconfortável para a mulher. Portanto não há necessidade de transferência da parturiente para outro ambiente durante o período expulsivo do parto⁽¹⁴⁾.

Dentre os objetivos do Programa de Humanização do Ministério da Saúde está à atenção aos direitos da parturiente, visando à participação efetiva e à liberdade nas decisões referentes ao seu parto. Desta forma, a mulher tem a liberdade de escolha de posição e movimentação durante o trabalho de parto⁽²⁾. Porém nesta pesquisa foi possível observar que a maioria das mulheres pariram em posições não verticalizadas e esta prática se deve à cultura brasileira, protocolos institucionais, comportamento e preferências profissionais⁽¹⁴⁾.

Um estudo comprovou que a posição verticalizada favorece a gravidade, na qual a mulher reduz em 35,0% a força despendida se comparada à que necessita fazer na posição horizontal; e também diminui a compressão dos grandes vasos, melhora a circulação materna e fetal; aumenta a passagem

do canal de parto em até 28,0% e é significativa no auxílio respiratório. Quando em posição horizontal, a respiração materna é prejudicada⁽¹⁵⁾.

Os resultados apontam que a analgesia foi realizada em uma minoria de partos o que demonstra que não é uma prática rotineira nessa maternidade. A indicação da analgesia deve ser criteriosa e voltada para a queixa dolorosa da paciente, quando se considera o parto como um evento psicossomático. Do ponto de vista da humanização do cuidado, sempre que a mulher se queixar de dor e solicitar alívio, será indicada a analgesia/anestesia, e essa recomendação foi reforçada pelo Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾.

No entanto, a analgesia apesar de proporcionar o alívio da dor da mulher no trabalho de parto, pode causar efeitos indesejáveis como hipotensão materna secundária ao bloqueio simpático, e relaxamento muscular do assoalho pélvico e da parede abdominal, levando a dificuldades na rotação interna do polo cefálico fetal dentro do canal de parto, e ao eventual prolongamento do período expulsivo, com aumento de incidência de partos instrumentais⁽¹⁶⁾.

Quanto ao uso de episiotomia existe o questionamento sobre esta intervenção durante o processo de nascimento. Há muito tempo este assunto vem sendo discutido, somente a partir da década de 90 que as evidências científicas apontaram os riscos da realização da episiotomia, como maior probabilidade de lesão perineal de grau 4 e incontinência fecal⁽¹⁷⁾ sendo recomendado a restrição de realização dessa prática⁽⁵⁾.

Com enfoque na percepção das mulheres sobre o uso da episiotomia, uma pesquisa confirma que esta prática não deve ser usada rotineiramente, pois não tem efeito protetor sobre o períneo⁽¹⁸⁾. A Organização Mundial da Saúde determina que o percentual limite a ser realizado seja de até 10,0%, com justificativas e indicações necessárias, e não de forma rotineira⁽⁵⁾. Nesta pesquisa, observou-se que embora o procedimento seja realizado com frequência superior ao recomendado foi observado tendência para a redução.

O contato pele-a-pele entre a mãe e o bebê também é um fator determinante na humanização do atendimento ao parto, descrito no 4º passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que é uma estratégia do Ministério da Saúde para incentivar a amamentação exclusiva. Destaca-se que a maternidade sob estudo apresentou resultados favoráveis em relação a esta prática, o que justifica a sua titulação como Hospital Amigo da Criança⁽³⁾.

A amamentação deve ser incentivada na primeira hora após o parto, uma vez que pode reduzir em 22,0% a mortalidade neonatal⁽¹⁸⁾. O resultado encontrado nesta pesquisa foi positivo, pois quase a totalidade dos recém-nascidos foram amamentados na primeira hora de vida. É importante considerar que os bebês que não receberam leite materno na primeira hora foram os que necessitaram de atendimento imediato neste período.

Conclusão

Na perspectiva das puérperas o uso de algumas práticas na atenção ao parto e nascimento devem ser estimuladas e outras eliminadas. Entre as práticas que devem ser estimuladas, destaca-se: o cuidado com a privacidade da mulher; a participação do acompanhante de escolha durante todo o processo; a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto; o incentivo do contato pele-a-pele da mãe e do recém-nascido e amamentação logo após o nascimento.

No entanto, foram encontradas práticas que devem ser utilizadas com cautela ou eliminadas da assistência ao parto e que foram mencionadas pelas puérperas como: a transferência da mulher durante o período expulsivo para a sala de parto; a posição de litotomia no momento do nascimento; o jejum no trabalho de parto, punção venosa de rotina, toques vaginais em curto espaço de tempo e por mais de um profissional e a realização da episiotomia de forma rotineira.

Percebe-se que mulheres desconhecem seus direitos e permanecem passivas em seu processo de parto. Isto ocorre apesar dos esforços institucionais em mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento. Assim faz-se necessário que as mulheres se apropriem sobre as práticas recomendadas para que tenham autonomia e recebam atendimento na perspectiva do parto humanizado.

A participação das mulheres torna-se essencial, pois somente elas podem realmente demonstrar se a prática assistencial ofertada tem correspondido ao proposto pelas políticas públicas.

Esta pesquisa também permitiu a aproximação dos saberes teóricos e práticos dos enfermeiros obstétricos das instituições de saúde, demonstrando que as mudanças na prática assistencial em direção ao novo modelo de atenção ao parto e nascimento vem sendo consolidadas. Assim novas pesquisas devem ser realizadas em outros serviços na perspectiva das puérperas e também com outros atores, como profissionais de saúde e gestores.

Colaborações

Apolinário D participou da concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação para publicação. Rabelo M e Souza SRRK contribuíram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação para publicação. Wolff LDG e Leal GCG contribuíram na revisão crítica do conteúdo do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
2. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização do Parto, Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Ministério da Saúde (BR). Rede Cegonha. Diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de fecundidade total – Brasil 2000 a 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
7. Narchi NZ, Cruz EF, Gonçalves R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(4):1059-68..
8. Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA, Brasil AOM, Moraes LCA. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Rev Cient Enferm*. 2014; 4(11):23-7.
9. Odent M. A cientificação do amor. São Paulo: Terceira Margem; 2000.
10. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev Eletr Enf*. [periódico na Internet]. 2011 [citado 2014 out 07]; 13(2):199-210. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a06.htm
11. Santos LM, Pereira SSC, Santos VEP, Santana RCB, Melo MCP. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(2):225-37.
12. Gonzalez AD, Fernandes ES, Silva EF, Rabelo M, Souza SRRK. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(2):310-4.
13. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 1:CD003930.
14. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. *Rev Femina*. 2010; 38(10):527-37.
15. Sabatino H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2010; 4(4):143-8.
16. Cunha AA. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina*. 2010; 38(11):599-606.
17. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina*. 2010; 38(5):265-70.
18. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Escamilla RP. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J Pediatr*. 2013; 89(2):131-6.