

## **CAPÍTULO 10**

# **AVALIAÇÃO DA ADESÃO ÀS BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO AO PARTO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO BRASIL**

**ANA CAROLINA DORNELLES POERSCHKE<sup>1</sup>  
CYNTHIA DANTAS DE MACEDO LINS<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Discente - Medicina da Universidade Federal de Roraima

<sup>2</sup>Docente - Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima

*Palavras-chave: Boas práticas; Saúde da mulher; Trabalho de parto.*

## INTRODUÇÃO

No passado, a arte de partejar era considerada uma atividade exclusivamente feminina, realizada por parteiras sem domínio científico, orientadas pela intuição e experiência (WOLFF & WALDOW, 2008). Em meados do século XX, com a institucionalização do parto devido aos avanços técnico-científicos, o protagonismo feminino sucumbiu frente à medicalização e controle do período gravídico puerperal por meio de intervenções excessivas. O processo parturitivo se apegou a regras e a padronização da assistência em nome da segurança do binômio mãe e filho e do atendimento médico (OSAVA, 1997; ARMELLINI & RIFFEL, 2005; SCMALFUSS, 2011).

O modelo biomédico de atenção estabelecido configura o profissional assistente como o determinante da condução do parto, distanciando a mulher da autonomia sobre o seu corpo (OSAVA, 1997; ARMELLINI & RIFFEL, 2005; SCMALFUSS, 2011). A assistência tecnocrática reflete negativamente nos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal que permeiam as maternidades do país (MOURA, 2007). Globalmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que aproximadamente 295 mil mulheres perderam a vida devido a complicações da maternidade em 2017, uma taxa de 211 mortes por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2019).

Logo, a necessidade de prestação de uma atenção integral, baseada em evidência científica, centrada na mulher, com resgate do parto como processo natural, conduzido a partir da perspectiva da humanização, impulsionou uma série de iniciativas em âmbito nacional e internacional (WHO, 1996; BRASIL, 2002; BRASIL, 2011; WHO, 2018).

Em 1985, a OMS divulgou o documento *Tecnologias Apropriadas Para o Parto e Nascimento*, introduzindo as boas práticas de atenção no campo teórico-prático da obstetria com vista ao combate às elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal (WHO, 1985; ANDRADE & LIMA, 2014; CARVALHO, 2015; FERREIRA, 2018).

Posteriormente, as práticas de atenção ao parto foram dispostas em categorias conforme à utilidade, à eficácia e ao risco para orientar a conduta assistencial, sendo essas: estimular a implantação das comprovadamente úteis em detrimento das prejudiciais e/ou ineficazes que devem ser evitadas; recomendar cautela quanto às baseadas em poucas evidências; e desencorajar aquelas utilizadas inapropriadamente (WHO, 1996; ROCHA & NOVAES, 2010). No Brasil, as boas práticas de atenção obstétrica e controle das intervenções desnecessárias estabelecidas pela OMS foram reforçadas pelo Ministério da Saúde através da política pública denominada Rede Cegonha em 2011 (BRASIL, 2011).

Contudo, apesar dos esforços governamentais para adoção de uma assistência humanizada ao nascimento, muitos serviços brasileiros apresentam dificuldades de implementação das práticas recomendadas e os motivos variam desde uma ambiência precária até o descompromisso do recurso humano. Assim, é de extrema importância abordar o tema no cenário da única instituição conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) de referência no atendimento obstétrico e neonatal do estado de Roraima com o objetivo de avaliar a adesão às boas práticas de atenção ao trabalho de parto e nascimento por profissionais de saúde atuantes neste serviço.

## MÉTODO

### Desenho do estudo

Trata-se de estudo de corte transversal desenhado para avaliar a adesão às boas práticas na atenção ao trabalho de parto e nascimento no Hospital Materno-Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) no estado de Roraima, por meio de questionário padronizado aplicado entre os meses de outubro de 2020 e março de 2021.

### Amostra e amostragem

Para calcular o tamanho da amostra, a prevalência de adesão às boas práticas na atenção ao trabalho de parto e nascimento na população-alvo foi estimada em 2,5%. E considerando intervalo de confiança de 95% e erro aceitável de 5%, obteve-se o tamanho amostral mínimo de 41 servidores do HMINSN. A amostra é composta por 11 enfermeiros obstetras, 10 médicos residentes de ginecologia e obstetrícia (GO) e 20 médicos obstetras. Na instituição não há programa de residência de enfermagem.

### Procedimento de pesquisa

Respeitando as normas de segurança sanitária vigentes devido o contexto de pandemia pela Covid-19, profissionais de saúde assistentes no Centro Obstétrico do HMINSN foram individualmente convidados a participar do estudo. Em caso de aceitação e correspondência aos critérios de inclusão, o profissional era transferido para sala reservada onde, após esclarecimentos sobre a pesquisa e sanada as dúvidas, registrava formalmente seu consentimento livre e esclarecido. Cada participante respondeu o questionário de forma autoaplicável, após instruções fornecidas pelo pesquisador que permaneceu presente na sala para eventuais dificuldades. O questionário foi

dividido em duas etapas. A primeira correspondia a aspectos sociodemográficos e de formação e atuação profissionais, contendo 7 itens previamente estruturados, como idade, sexo, atividade profissional (enfermeiro obstetra, médico residente de ginecologia e obstetrícia e médico obstetra), escolaridade, tempo de formação, experiência na atenção ao parto e carga horária semanal no referido serviço. A segunda etapa correspondia a questionário padronizado composto por 39 itens, apresentados escala tipo Likert (discordo totalmente, discordo parcialmente, não sei, concordo parcialmente e concordo totalmente), utilizado para a avaliação das boas práticas de atenção ao parto, representados em 3 dimensões: organização da rede de atenção ao parto e nascimento (itens 1 a 9), práticas baseadas em evidência científica (itens 10 a 30) e, por fim, processo de trabalho em saúde (itens 31 a 39) (CARVALHO *et al.*, 2015). Estudo com o objetivo de avaliar a confiabilidade do instrumento supracitado, sugeriu a exclusão de alguns itens, sendo, então, também excluído no presente estudo (GÖTTEMS *et al.*, 2018).

### Análise de dados

Os itens da escala tipo Likert seguiram a escala de 5 pontos e, posteriormente, utilizou-se o escore transformando para uma escala de 0 a 100; 0 correspondendo à pior avaliação e 100 à melhor avaliação para análise. Calculados os escores médios para os profissionais, foi aplicado os parâmetros adaptados de Costa e seus colaboradores (2015), sendo: ótimo = 90 a 100 pontos; satisfatório = 70 a 89 pontos; precário = 50 a 69 pontos; e insuficiente = 0 a 49 pontos. Os itens negativos foram invertidos antes da análise estatística. Por exemplo, para o item “Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o trabalho de parto e parto”

quanto maior o escore, maior a adesão, mas para os itens negativos que apresentavam o escore reverso (como “Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço”) quanto maior o escore, pior é a adesão. Logo, os escores dos itens negativos foram invertidos para que todos os itens do estudo com escores altos representassem boa adesão (CARVALHO *et al.*, 2015).

Os dados sociodemográficos e de boas práticas de atenção ao parto dos enfermeiros e médicos foram analisados como variáveis qualitativas com intervalo de confiança de 95% e o nível de significância considerado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Análise estatística descritiva foi realizada, incluindo frequência de distribuição para variáveis categóricas e médias com desvio padrão. Para comparação de médias amostrais entre enfermeiros e médicos, foram utilizados os testes de Fisher e t de Student para variáveis de distribuição normal e com homogeneidade de variâncias.

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Roraima (UFRR) –

Parecer nº 4.319.492 e CAAE 38381020.3.0000.5302. Foi também autorizado formalmente pelo Departamento de Ensino e Pesquisa da instituição cenário do estudo. Todos os cuidados foram adotados visando a garantia do sigilo e da confidencialidade das informações.

### RESULTADOS

O perfil dos participantes do estudo caracterizou-se por idade média de  $46 \pm 6,4$  anos entre os enfermeiros obstetras, de  $31,8 \pm 5,2$  anos entre os médicos residentes de GO e de  $42,8 \pm 10,4$  anos entre os médicos obstetras, com  $p = 0,02$  demonstrando que enfermeiros têm mais idade que médicos. Houve predomínio do sexo feminino dentre as três categorias profissionais. Os enfermeiros obstetras apresentaram com maior frequência titulações como mestrado e doutorado. A carga horária (CH) semanal de trabalho foi maior para os residentes com média de  $64,8 \pm 11,5$  horas e menor para os enfermeiros com média de  $30,5 \pm 1,8$  horas, constatando que médicos têm maior CH que enfermeiros ( $p < 0,01$ ) (Tabela 10.1).

**Tabela 10.1** Perfil dos participantes do estudo

Parâmetro	ENF (N = 11)	MED-R (N = 10)	MED (N = 20)	Valor-p
Idade em anos, média (DP)	46 (6,48)	31,8 (5,22)	42,8 (10,41)	0,02
CH semanal de trabalho em horas, média (DP)	30,5 (1,8)	64,8 (11,59)	56,9 (21,92)	< 0,01
Sexo feminino n (%)	6 (54,5)	6 (60)	16 (80)	
Escolaridade n (%)				
Doutorado	1 (9)	0 (0)	0 (0)	-
Mestrado	2 (11)	0 (0)	0 (0)	-
Especialização	8 (72,7)	0 (0)	20 (100)	-
Graduação	0 (0)	10 (100)	0 (0)	-

ENF: Enfermeiros; MED-R: médicos residentes; MED: médicos; DP: desvio padrão; CH: Carga Horária.

Na análise das práticas dos profissionais na atenção ao parto e nascimento, observou-se na dimensão 1 (**Tabela 10.2**), denominada Organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento, os menores escores médios totais:  $23,2 \pm 14,3$  para os enfermeiros,  $20,6 \pm 14,3$

para os médicos residentes e  $29,4 \pm 16,9$  para os médicos obstetras. Não houve diferenças significativas entre os enfermeiros e médicos quanto às práticas, sendo todos os escores classificados como insuficientes.

**Tabela 10.2** /Média e desvio padrão das práticas da Dimensão 1 - Organização da rede de atenção ao parto e nascimento

	ENF (N = 11) M (DP)		MED-R (N = 10) M (DP)		MED (N = 20) M (DP)		Valor-p
Viabilizo leito em outra unidade quando da inexistência de vaga neste serviço	29,5	36,8	45,0	48,3	30,0	43,4	NS
Recebo gestantes para conhecer o local do parto, rotineiramente	38,6	32,3	10,0	24,2	52,5	38,0	NS
Atividades educativas são realizadas com as gestantes e acompanhantes para favorecer a vinculação à maternidade, quando da visita prévia	40,9	39,2	17,5	31,3	45,0	39,4	NS
Normalmente, atendemos a uma quantidade de parturientes superior ao número de leitos	0,0	0,0	2,5	7,9	5,0	22,4	-
A equipe é insuficiente para a quantidade de parturientes atendidas diariamente	13,6	23,4	12,5	24,3	8,8	27,2	NS
Temos facilidade em contatar a equipe de pré-natal da atenção primária e/ou do ambulatório de alto risco, quando necessário	25,0	31,6	35,0	35,7	47,5	38,0	NS
Participo de reuniões com as equipes de pré-natal para discutir melhorias na atenção à gestação, parto e nascimento	13,6	30,3	32,5	42,6	33,8	39,1	NS
Quando necessito de procedimentos de apoio, diagnóstico e terapêuticos não disponíveis, temos dificuldades em conseguir em outros serviços	36,4	30,3	22,5	21,9	23,8	26,3	NS
O acesso às informações dadas pelas demais unidades de saúde é facilitado pelo prontuário eletrônico	11,4	25,9	7,5	23,7	18,8	36,2	NS
Organização da rede de atenção ao parto e nascimento	23,2	14,3	20,6	14,3	29,4	16,9	NS

ENF: Enfermeiros; MED-R: médicos residentes; MED: médicos; M: Média; DP: desvio padrão; NS: não significante.

Na dimensão 2 (**Tabela 10.3**), Práticas Baseadas em Evidências Científicas na Atenção ao Parto, obteve-se um escore total de  $85,3 \pm$

$18,6$  para os enfermeiros,  $76,7 \pm 22,9$  para os médicos residentes e  $79,7 \pm 23,1$  para os médicos obstetras, configurando os maiores

escores do estudo, sem diferença estatística entre enfermeiros e médicos. Dos 21 itens avaliados nesta dimensão, 5 apresentaram diferenças significativas entre enfermeiros e médicos, destacam-se: a prática de orientar sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante o trabalho de parto ( $p < 0,01$ ), ausculta de batimentos cardíacos na fase ativa

do trabalho de parto ( $p = 0,01$ ), uso de ocitocina na condução do trabalho de parto ( $p < 0,01$ ), estímulo a fazer força no período expulsivo ( $p = 0,03$ ) e realização de episiotomia de rotina ( $p < 0,01$ ). Entre tais itens, os escores foram maiores entre os enfermeiros, no que tange as boas práticas.

**Tabela 10.3.** Média e desvio padrão das práticas da Dimensão 2 – Práticas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto

	ENF (N = 11) M (DP)		MED-R (N = 10) M (DP)		MED (N = 20) M (DP)		Valor-p
O parto normal é realizado em leitos PPP* neste serviço	75,0	27,4	82,5	23,7	87,5	19,0	NS
Restrinjo a ingestão hídrica e alimentar da parturiente durante o TP**, rotineiramente	97,7	7,5	97,5	7,9	100,0	0,0	NS
Utilizo cortinas/biombos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo	88,6	23,4	82,5	31,3	81,3	26,7	NS
Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente	97,7	7,5	85,0	31,6	93,8	11,1	NS
Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente	61,4	36,0	82,5	23,7	63,8	31,9	NS
O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente	77,3	28,4	72,5	34,3	77,5	34,3	NS
Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante o TP** e parto	97,7	7,5	77,5	29,9	83,8	24,7	< 0,01
Estimulo a deambulação da gestante durante o TP**	100,0	0,0	95,0	10,5	98,8	5,6	-
Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor	100,0	0,0	87,5	17,7	83,8	28,4	-
Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o TP** e parto	95,5	10,1	72,5	18,4	95,0	13,1	NS
Na fase ativa do TP**, realizo ausculta de BCF*** a cada 30 minutos, rotineiramente	77,3	20,8	47,5	36,2	51,3	36,7	0,01
Utilizo partograma para acompanhar o TP**	97,7	7,5	90,0	24,2	98,8	5,6	NS
Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do TP**	95,5	10,1	82,5	31,3	96,3	9,2	NS
Promovo contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira ½ hora após o parto	97,7	7,5	95,0	10,5	97,5	7,7	NS
Realiza-se rotineiramente o enema no preparo para o parto	100,0	0,0	100,0	0,0	97,5	7,7	-

A tricotomia é realizada rotineiramente neste serviço	95,5	10,1	92,5	12,1	93,8	17,9	NS
Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o TP** e parto	59,1	34,0	75,0	23,6	71,3	29,6	NS
A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP**	59,1	34,0	27,5	18,4	23,8	28,6	< 0,01
Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto	31,8	29,8	7,5	12,1	20,0	23,8	0,03
Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço	97,7	7,5	75,0	35,4	73,8	33,9	< 0,01
Realizo manobra de Kristeller quando necessário	88,6	23,4	82,5	31,3	85,0	30,8	NS
Boas práticas obstétricas	85,3	18,6	76,7	22,9	79,7	23,1	NS

ENF: Enfermeiros; MED-R: médicos residentes; MED: médicos; M: Média; DP: desvio padrão; NS: não significante; PPP: Pré-parto, Parto e Pós-parto; TP: Trabalho de Parto; BCF: Batimentos Cardíofetais.

Na dimensão 3 (**Tabela 10.4**), denominada Mudanças no Processo de Trabalho, obteve-se um escore total de  $67,2 \pm 21,9$  para os enfermeiros,  $71,4 \pm 22,6$  para os médicos residentes e  $68,3 \pm 26,9$  para os médicos obstetras, não havendo diferença estatística entre enfermeiros e médicos. Dentre as práticas analisadas, 2 apresentaram diferença

significativa entre enfermeiros e médicos: a prática de compartilhar decisões clínicas com a equipe de plantão ( $p = 0,01$ ) e restrição da assistência ao parto pelos enfermeiros ( $p < 0,01$ ). O primeiro sendo satisfatório entre os médicos e precário entre enfermeiros e o segundo sendo insuficiente entre médicos e satisfatório entre enfermeiros.

**Tabela 10. 4.** Média e desvio padrão das práticas da Dimensão 3 – Mudanças no processo de trabalho

	ENF (N = 11) M (DP)		MED-R (N = 10) M (DP)		MED (N = 20) M (DP)		Valor-p
Sigo as recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento	97,7	7,5	95	10,5	91,3	14,7	NS
As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o TP**	79,5	29,2	85	12,9	93,8	13,8	NS
Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão	54,5	40,0	87,5	13,2	82,5	18,3	0,01
Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto com minha equipe	75,0	33,5	77,5	7,9	68,8	30,2	NS
Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada neste serviço	68,2	35,5	70	25,8	75,0	24,3	NS
Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional	75,0	33,5	82,5	26,5	96,3	9,2	NS
Neste serviço, os profissionais se capacitam periodicamente	43,2	33,7	70	28,4	52,5	25,5	NS
Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias	27,3	32,5	20	28,4	23,8	25,0	NS
A assistência ao parto pelas(os) enfermeiras(os) é restrita a alguns plantões	84,1	30,2	55	36,9	31,3	35,2	< 0,01
Mudanças no processo de trabalho	67,2	21,9	71,4	22,6	68,3	26,9	NS

ENF: Enfermeiros; MED-R: médicos residentes; MED: médicos; M: Média; DP: desvio padrão; NS: não significante.

## DISCUSSÃO

Este estudo identificou importantes áreas de progresso e deficiências na assistência ao parto e nascimento, conforme as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde através da Rede Cegonha, no hospital público de referência ao atendimento materno e neonatal no estado de Roraima.

O perfil dos profissionais de saúde participantes do estudo evidenciou que os médicos têm idade menor e carga horária semanal de trabalho maior que os enfermeiros, havendo diferença significativa entre os grupos.

A titulação acadêmica mais frequente foi a de especialista e os enfermeiros apresentaram maior tendência de outras titulações, como doutorado e mestrado. Contrapondo o dado encontrado, estudo realizado na capital brasileira apontou os médicos com maior nível de escolaridade (CARVALHO *et al.*, 2019).

As Práticas Relativas à Organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento (dimensão 1) apresentaram os menores escores entre os profissionais, sinalizando um insuficiente nível de implementação. Tais resultados permitem inferir que há empecilhos



existentes acerca da consolidação do serviço intra-hospitalar, carecendo de elos integradores de maior gerenciamento e comunicação entre os pontos de atenção. Assim, é necessário o fortalecimento da Atenção Primária, cenário da assistência pré-natal, apresentando-se como eixo central no acompanhamento da mulher gestante, sua vinculação ao local de parto e definições compartilhadas de planos de parto (MALHEIROS *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2014; CARVALHO *et al.*, 2019). Ademais, é expressivo que os 2 itens com escore mais próximo de 0 concerne à insuficiência de equipes e leitos com concordância entre os grupos, anunciando limitações estruturais e de gestão para a promoção de saúde e ambiência confortável, o que vai de encontro ao observado em outros estudos (CARVALHO *et al.*, 2019; BITTENCOURT *et al.*, 2021).

Na dimensão 2, referente às Práticas Obstétricas Baseadas em Evidências Científicas, verificou-se os melhores escores, com itens apresentando ótima implementação, como: o estímulo a deambulação durante o trabalho de parto, a utilização de partograma, o contato pele a pele entre mãe e filho, a não restrição alimentar e hídrica das parturientes, assim como a não realização rotineira de enema e tricotomia entre todas as categorias profissionais. Contudo, práticas como ausculta adequada de batimentos cardíacos, uso de ocitocina e o estímulo a realização de força no período expulsivo apresentaram escores precários. Além disso, a manobra de Kristeller ou compressão do fundo uterino foi verificada apesar de ser considerada violência pela literatura (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Em estudo de âmbito nacional (LEAL *et al.*, 2014) constatou-se que menos de um terço das parturientes de risco obstétrico habitual foi alimentada durante o trabalho de parto e

utilizou métodos não farmacológicos para alívio da dor, sendo menos frequentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste Brasileiro, contrapondo os escores de satisfatório a ótimo sobre tais práticas vistos no presente estudo. Quanto à privacidade, todos os profissionais apresentaram escores satisfatórios, sendo aspecto fundamental para o bom desenrolar da fisiologia materna. Contudo, essa prática não é assegurada pela maioria dos serviços no país, devido permanência dos ambientes no formato de salas coletivas, box ou leitos separados por cortinas (BITTENCOURT *et al.*, 2021).

Os itens sobre a presença e participação do acompanhante apresentaram escores entre precário e satisfatório. Estudo publicado neste ano apontou restrições ao acompanhante em 30% das instituições do Brasil, apesar das evidências de que a sua presença além de promover apoio emocional à parturiente, é um marcador de segurança e qualidade da assistência ao evitar ações inadequadas, garantindo um cuidado respeitoso e competente (DINIZ *et al.*, 2014; OMS, 2014; ZANARDO *et al.*, 2017; BITTENCOURT *et al.*, 2021). Em paralelo, Leal e seus colaboradores (2019) destacam importantes avanços quanto à presença de acompanhante nas maternidades a partir da implantação da política pública Rede Cegonha com aumento de mais de 150%, entre 2011 e 2017, na presença de acompanhantes durante o parto.

No que se refere ao processo de trabalho (dimensão 3), o item sobre pesquisa de satisfação das usuárias do serviço de saúde obteve escore insuficiente. Um serviço que não conta com a maior participação e responsabilização da escuta das usuárias limita a possibilidade de desenvolvimento de um processo crítico e comprometido com as

mulheres em suas diferentes necessidades (BITTENCOURT *et al.*, 2021). Visto isto, enfatiza-se a expansão da participação das usuárias e suas redes de apoio sociofamiliar no desempenho do controle social e no cuidado compartilhado, de acordo com as definições da Política Nacional de Humanização (CARDOSO *et al.*, 2019).

Quanto à prática de manter as parturientes informadas sobre intervenções no trabalho de parto, o escore se mostrou ótimo entre os médicos obstetras e satisfatório entre os médicos residentes e enfermeiros. Por outro lado, Leal e seus colaboradores (2021) em estudo que analisou as opiniões das puérperas acerca da atenção por elas recebidas em maternidades vinculadas ao Programa Rede Cegonha, destacou a falta de diálogo com a equipe servindo de margem para dúvidas e interpretações distorcidas. Em vista disso, Baldisserotto (2015) aponta que a boa comunicação com a equipe assistente durante as fases clínicas do parto é essencial para a satisfação das parturientes e defende que investimentos na qualificação da equipe devem ser priorizados para esse fim.

Segundo Bittencourt e seus colaboradores (2021), as maternidades brasileiras estão em estágios diferentes de adesão às práticas, retratando as desigualdades territorial e de desenvolvimento socioeconômico das regiões do Brasil. Entretanto, persiste no país como um todo o modelo de cuidado baseado em adesão parcial às boas práticas, estando de acordo com o presente estudo. Um estudo realizado com profissionais da Argentina e Uruguai apontou que a incorporação de novos saberes pela equipe é facilitada pela pluralidade de fontes de informação, mas persistem obstáculos na acessibilidade dessas fontes e resistência a mudanças construídas desde a formação, que

não prepara os profissionais para um conhecimento dinâmico (BELIZAN *et al.*, 2007). A falta de estrutura e suprimento nos hospitais também é apontado como importante barreira, semelhante ao observado no presente estudo (IRAVANI *et al.*, 2016).

Apesar da introdução das práticas obstétricas baseadas em evidências, para resultados mais significativos, faz-se necessário que os atores da prestação de serviço experimentem, desde a sua formação, ambientes mais próximos do cenário ideal que, da estrutura às rotinas, favoreçam a fisiologia do parto de risco habitual. A ausência das condições institucionais é, como demonstrado, um relevante entrave para o parto humanizado (IRAVANI *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2019).

É preciso reforçar a possibilidade de tendenciosidade nas informações declaradas pelos profissionais de saúde. Por conseguinte, os itens do instrumento de pesquisa seguiram o critério de variedade sugerido por Pasquali (1998), havendo termos favoráveis e termos desfavoráveis para evitar erro de resposta estereotipada à esquerda ou à direita da escala. Além disso, como o método de pesquisa foi do tipo transversal, não podem ser feitas afirmações futuras sobre a realidade da unidade estudada, o que aponta para uma lacuna quanto a estudos longitudinais.

## CONCLUSÃO

O atual estudo demonstrou que os enfermeiros obstetras apresentam menor carga horária semanal de trabalho e tendência de maior nível de escolaridade comparado aos médicos. Constatou-se também a dificuldade de implementação das práticas associadas à organização da rede de atenção ao parto e nascimento (dimensão 1), apresentando

classificação insuficiente em todas as categorias profissionais. Melhor adesão foi observada quanto às práticas baseadas em evidências científicas (dimensão 2), sendo classificada como satisfatória para todos os profissionais. Quanto ao processo de trabalho (dimensão 3), obteve-se adesão precária para os enfermeiros e médicos obstetras e adesão satisfatória para os médicos residentes. Em todas as dimensões, houve concordância na avaliação entre os grupos.

Posto isto, o estudo revela adesão suficiente às boas práticas de atenção ao parto e nascimento pelos profissionais assistentes em uma maternidade pública no Norte do Brasil, demonstrando conhecimento e incorporação dessas ações às rotinas institucionais. Não obstante, lacunas relativas à articulação da rede de atenção, suficiência de recursos humanos e

materiais e integração das equipes ( $p = 0,01$ ) conferem prejuízos ao cuidado humanizado. Logo, esforços de diferentes esferas governamentais devem ser direcionados com intuito de estabelecer uma comunicação horizontal entre os pontos de atenção com vistas à melhor vinculação da mulher à assistência e interação oportuna entre os profissionais, garantir educação continuada e atualizada dos atores do cuidado direto às parturientes e padronização das equipes com protocolos baseados em evidências e adaptados à realidade local, além de assegurar uma ambiência saudável tanto para os servidores quanto aos usuários do sistema de saúde. Ademais, sugere-se novas pesquisas que também possam envolver os profissionais da Atenção Primária, porta de entrada da assistência pré-natal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, M.A.C. & LIMA, J.B.M.C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS, v. 4, 2014.
- ARMELLINI, C.J. & RIFFEL, M.J. O parto e o cuidado de enfermagem. In: OLIVEIRA, D. L. (Editor). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: Notas de aula. Porto Alegre. Ed. da UFRGS, p. 277-312, 2005.
- BALDISSEROTTO, M.L. Associação entre as boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto e a avaliação pelas puérperas do cuidado recebido. Tese (mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2015.
- BELIZAN, M. *et al.* Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: A qualitative study. *Health Education Research*, v. 22, n. 6, p. 839-853, 2007.
- BITTENCOURT, S.D.A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: Avaliação do grau de implantação das ações. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 801-821, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CARDOSO, G.C.P. *et al.* Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: Reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 54-68, 2019.
- CARVALHO, E.M.P. *et al.* Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 49, n. 6, p. 889-897, 2015.
- CARVALHO, E.M.P. *et al.* Assessment of adherence to best practices in labor and childbirth care by care providers working in public hospitals in the Federal District of Brazil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2135-2145, 2019.
- COSTA, M.A.R. *et al.* Admittance of risk-classified cases: Assessment of Hospital Emergency Services. *Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem* v. 19, n. 3, p. 491-497, 2015.
- DINIZ, C.S.G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: Dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S140-S153, 2014.
- GÖTTEMS, L.B.D. *et al.* Good practices in normal childbirth: Reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 26, 2018.
- IRAVANI, M. *et al.* Barriers to implementing evidence-based intrapartum care: A descriptive exploratory qualitative study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, v. 18, n. 2, 2016.
- LEAL, M.C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: Resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 7, p. 1-14, 2019.
- LEAL, M.C. *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S17-S32, 2014.
- LEAL, M.C. *et al.* Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 823- 835, 2021.
- MALHEIROS, P.A. *et al.* Labor and birth: Knowledge and humanized practices. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 21, p. 329-337, 2012.
- MOURA, F.M.J. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007.
- NASCIMENTO, K.I.M. *et al.* Manobra de Kristeller: Uma violência obstétrica. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 7362-7380, 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.
- OSAVA, R.H. Assistência ao parto no Brasil: O lugar do não médico. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1997.
- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, p. 206-13, 1998.

ROCHA, J.A. & NOVAES, P.B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para o parto normal. *Revista Femina*, v. 38, n. 3, 2010.

SCMALFUSS, J.M. O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. *Revista Ciência Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 3, p. 618- 623, 2011.

SILVA, M.Z.N. *et al.* Access and user embracement in prenatal care through the experiences of pregnant women in Primary Care. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 805-816, 2014.

WOLFF, L.R. & WALDOW, V.R. Violência consentida: Mulheres em trabalho de parto e parto. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, v. 24, p. 436-437, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Geneva: World Health Organization, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018.

ZANARDO, G.L.P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, 2017.