

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Gabriela Colombi de Lima

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM-
NASCIDO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**

Santa Maria, RS
2023

Gabriela Colombi de Lima

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM-
NASCIDO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tassiane Ferreira Langendorf

Santa Maria, RS
2023

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001

Lima, Gabriela Colombi de
ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM
NASCIDO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO / Gabriela
Colombi de Lima.- 2023.
85 p.; 30 cm

Orientador: Tassiane Ferreira Langendorf
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2023

1. Enfermagem 2. Assistência à Saúde 3. Parto
Humanizado 4. Recém-Nascido 5. Enfermagem Obstétrica I.
Langendorf, Tassiane Ferreira II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, GABRIELA COLOMBI DE LIMA, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Gabriela Colombi de Lima

**ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM-
NASCIDO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovada em 15 de dezembro 2023.

Tassiane Ferreira Langendorf, Dra. (UFSM)
(Orientadora)

Graciela Dutra Sehnem, Dra. (UFSM)

Daiani Oliveira Cherubim, Dra. (UNIPAMPA)

Fernanda Beheregaray Cabral, Dra. (UFSM-PM)

Santa Maria, RS
2023

RESUMO

ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À MULHER E AO RECÉM-NASCIDO NO PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO

AUTORA: Gabriela Colombi de Lima

ORIENTADORA: Tassiane Ferreira Langendorf

Introdução: O nascimento de um filho é considerado um momento ímpar na vida das mulheres e suas famílias. Desta forma, proporcionar o protagonismo à mulher durante o processo de parto e nascimento é essencial para uma experiência positiva. As boas práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde vão ao encontro da assistência qualificada e humanizada. **Objetivo:** Analisar a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, documental, de natureza quantitativa, realizado com 3547 gestantes atendidas no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria, em que foram coletadas informações registradas em um instrumento específico, correspondentes aos anos de 2020 e 2021. Para análise dos dados, foi realizada estatística descritiva por meio frequência relativa e absoluta análise das variáveis quantitativas utilizando teste de associação Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** 13% das gestantes foram classificadas como gestação de risco habitual e 87% de alto risco, destas, 43,7% tiveram desfecho de parto vaginal (PV) e 56,3% cesariana. Na assistência ao recém-nascido na *Golden Hour*, a associação do clampeamento oportuno do cordão umbilical, amamentação e contato pele a pele na primeira hora de vida com a via de parto foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$), destacando maior predomínio das práticas quando o desfecho foi parto vaginal. A associação entre Classificação de Robson e via de parto foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$), os resultados vão ao encontro dos objetivos propostos, evitando cesarianas desnecessárias. Houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento e o desfecho de PV nas seguintes variáveis: liberdade de posição, aromaterapia e banho de aspersão. **Conclusão:** Mesmo que o cenário do estudo seja referência para gestação de alto risco, as boas práticas são cada vez mais reconhecidas, realizadas e demonstram-se efetivas no processo de parto e nascimento.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência à Saúde. Parto Humanizado. Recém-Nascido. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE CARE PROVIDED TO WOMEN AND NEWBORN IN THE PROCESS OF LABOR AND BIRTHTITLE:

AUTHOR: Gabriela Colombi de Lima
ADVISOR: Tassiane Ferreira Langendorf

Introduction: The birth of a child is considered a unique moment in the lives of women and their families. Therefore, giving women a leading role during the labor and birth process is essential for a positive experience. The good practices recommended by the World Health Organization are in line with qualified and humanized assistance. **Aim:** To analyze the assistance to women and newborns during the labor and birth processes. **Method:** Quantitative, retrospective, and documentary study, carried out with 3547 pregnant women who were cared for at the University Hospital of Santa Maria Obstetric Center. Data were collected and information was recorded in a specific instrument, during 2020 and 2021. Data was analyzed by descriptive statistics, using relative and absolute frequency analysis of quantitative variables using Chi-square and Fisher's exact association tests. **Results:** 13% of the women had routine pregnancies and 87% had high-risk pregnancies, of which 43.7% had vaginal deliveries (VD) and 56.3% had cesarean sections. When caring for newborns during Golden Hour, the association of timely clamping of the umbilical cord, breastfeeding, and skin-to-skin contact in the first hour of life were statistically significant factors associated with the mode of delivery ($p < 0.001$), highlighting a greater predominance of practices when the outcome was vaginal delivery. The association between Robson Classification and mode of delivery was statistically significant ($p < 0.001$), and the results met the proposed objectives, avoiding unnecessary cesarean sections. There was a statistically significant association ($p < 0.05$) between the use of non-invasive care technologies in the labor and birth process and the outcome of VD, in the following variables: freedom of position, aromatherapy, and spray bath. **Conclusion:** Despite being a reference for high-risk pregnancies, good practices are carried out, increasingly recognized, and demonstrated to be effective in the labor and birth process in the studied scenario.

Keywords: Nursing. Delivery of Health Care. Humanizing Delivery. Newborn. Obstetric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Mapa com divisão das Macrorregiões, CRS e Regiões de Saúde.....	37
FIGURA 2 - Mapa da 4ª Coordenadora Regional de Saúde, RS.....	37
FIGURA 3 - Classificação de Robson. Divisão dos grupos a partir das variáveis obstétricas.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica obstétrica.....	38
Tabela 2 – Caracterização da assistência prestada à mulher e ao RN.....	39
Tabela 3 – Associação entre a assistência ao RN na primeira hora de vida e via de parto.....	40
Tabela 4 – Associação entre a Classificação de Robson conforme e via de parto.....	40
Tabela 5 – Associação entre o uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento e o desfecho de parto vaginal.....	41

LISTA DE SIGLAS

CVC	Cateter venoso periférico
CO	Centro Obstétrico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPP	Contato pele a pele
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CPN	Cuidados pré-natais
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gravidez
EO	Enfermeira Obstétrica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GAR	Gestação de Alto Risco
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IG	Idade Gestacional
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
MFN	Métodos não farmacológicos
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OE	Óleos essenciais
ONU	Organização das Nações Unidas

OMS	Organização Mundial de Saúde
PV	Parto vagina
PP	Plano de parto
SF	Sonda Foley
PE	Pré-Eclâmpsia
PN	Pré-Natal
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMIC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
RN	Recém-nascido
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TP	Trabalho de parto
TPP	Trabalho de parto prematuro
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 Objetivo Geral	17
1.2.2 Objetivos Específicos	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 Dimensão epidemiológica da atenção à mulher e ao recém-nascido e as interfaces com a saúde e a enfermagem	18
2.2 Dimensão histórica e conceitual e seus nexos com a política pública de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido	20
2.3 Dimensão clínica da atenção à mulher e ao recém-nascido e as possibilidades de cuidado de enfermagem na dimensão individual, das famílias e coletiva.	26
2.4 Dimensão social e cultural da mulher e do recém-nascido e as interfaces com a saúde e a enfermagem	32
3 MÉTODO	36
3.1 Tipo de Estudo	36
3.2 Cenário do Estudo	36
3.3 Participantes da Pesquisa	36
3.4 Coleta de Dados	37
3.5 Organização, Análise e Interpretação dos Dados	37
3.6 Aspectos Éticos	37
4 RESULTADOS	39
5 DISCUSSÃO	45
6 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICES	72
ANEXOS	74

APRESENTAÇÃO

Caro(a) leitor(a)! Me chamo Gabriela Colombi de Lima, sou enfermeira, formada pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Durante a graduação participei de projetos de extensão universitária e de pesquisa, os quais foram essenciais para a minha formação profissional e desenvolvimento pessoal. A área da saúde da mulher e da criança, já era do meu interesse prévio, contudo, à medida que eu fui me aproximando da referida área, essa passou a conquistar meu coração. Ao final da graduação meu Trabalho de Conclusão de Curso estava mais direcionado à saúde do adolescente, intitulado como: “Jogo educativo utilizado com adolescentes em projeto de extensão universitária como estratégia de educação em saúde”.

Desde 2016 (segundo ano de graduação), tracei como objetivo a residência multiprofissional e ao longo dos anos fui desenvolvendo essa ideia. No meu último ano de graduação (2019) passei a estudar para as provas e definir intuições com editais referentes à área Materno-Infantil.

Selecionei três instituições: Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba, Hospital Sophia Feldmann em Belo Horizonte e a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A aprovação veio em 1º lugar no Programa de Residência Multiprofissional em Gestão de Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde com ênfase em Atenção à Saúde da Mulher e da Criança da UFSM.

Em março de 2020, iniciou-se uma nova jornada como enfermeira residente no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Foram 5.760 horas em 2 anos intensos, um processo desafiador, mas que me proporcionaram muito conhecimento, desenvolvimento de habilidades e qualificação como enfermeira. Além disso, o cenário desconhecido, tornou-se ainda mais desafiador quando o mundo passa a viver uma pandemia, devido a COVID-19.

Durante a residência, atuei no Centro Obstétrico, Unidade de Internação Ginecológica, Unidade de Internação Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Ao final, meu Trabalho de Conclusão de Residência, foi intitulado como: “Nível de estresse de pais adolescentes de recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”.

Logo, em abril de 2022, o ingresso no Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM na linha de pesquisa Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, tornou-se uma nova meta atingida com sucesso. Minha inserção no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade (GP-PEFAS) na linha

de pesquisa: Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento me permitiu mergulhar ainda mais na temática da saúde da mulher e do recém-nascido.

A pesquisa em tela está vinculada ao projeto guarda-chuva: “Boas práticas na atenção ao parto e nascimento: assistência à mulher e ao recém-nascido respeitosa e pautada em evidências científicas”. Durante esse percurso, a dedicação em pesquisar e estudar especificamente sobre as assistência e boas práticas do parto e nascimento, foi surpreendente, desafiadora e de muito aprendizado.

1 INTRODUÇÃO

O nascimento em instituições de saúde é considerado um processo complexo, necessitando de uma vigilância rigorosa da assistência, já que possíveis intervenções podem provocar danos ao binômio. Prestar um atendimento de qualidade e seguro tem como principal objetivo reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal e esta causa tornou-se uma prioridade global dos governos (SOUZA *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, o instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - Lista de verificação do parto seguro (OMS, 2017), tem sido amplamente utilizado na assistência materno-infantil (BITEWULIGN *et al.*, 2021) e como foco em pesquisas com essa população (SOUSA *et al.*, 2022), tendo como objetivo a melhoria da qualidade da saúde materna e neonatal (FIOCRUZ, 2019a).

Apesar de inúmeros esforços que vêm sendo realizados no campo da atenção obstétrica, os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal ainda são expressos em altos índices devido aos cuidados inadequados, por vezes desrespeitosos, abusivos ou negligentes em diferentes momentos, principalmente, no parto, momento em que a mulher se encontra vulnerável. Essas práticas distanciam-se das recomendações da OMS (WHO, 2018a) e do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2017a) no que se refere ao atendimento humanizado e esse cenário constitui uma violação da confiança entre as mulheres e profissionais de saúde (BARROS *et al.*, 2018).

A experiência vivida pelas mulheres no processo de parto e nascimento está relacionada ao modo como a parturiente é assistida e a maneira como essa atenção é conduzida, e isso está associado ao modelo obstétrico. No Brasil, ele é configurado, culturalmente, de forma institucionalizada, medicalizado e médico centrado (AMARAL *et al.*, 2019a; SILVA *et al.*, 2020), no qual as mulheres e recém-nascidos (RNs) são expostos a inúmeras intervenções, por vezes, desnecessárias, tais como: episiotomia, amniotomia, o uso de ocitocina endovenosa, litotomia, cesariana, aspiração nasofaríngea, entre outras (BRASIL, 2017a; SÁ, SOUSA, ROCHA, 2020).

As intervenções descritas acima podem ser realizadas desde que utilizadas de forma parcimoniosa, de acordo com a necessidade de cada paciente, pois tais práticas potencializam a perda da autonomia da mulher (KAPPAUN, COSTA, 2020). Nessa perspectiva, entende-se que a assistência prestada à mulher e ao RN podem deixar marcas indeléveis ao longo da sua vida, sejam elas positivas ou negativas. Portanto quando as intervenções são utilizadas de forma inapropriadas e desnecessárias, podem potencializar desfechos negativos, que vão além das cicatrizes físicas, mas também marcas psicológicas, no inconsciente, nas memórias,

lembranças, nas emoções, nos momentos revividos individualmente (BRASIL, 2017a; DIAS, PACHECO, 2020).

Há mais de 20 anos o modelo predominante de atenção obstétrica tem gerado críticas e pressões da opinião pública e consumidores de serviços de saúde. Em conjunto com as novas evidências científicas, iniciaram os movimentos com ênfase na promoção e resgate das características naturais e fisiológicas do parto e nascimento, a fim de proporcionar uma experiência positiva de parto (BRASIL, 2017a; AMARAL *et al.*, 2019b).

Como parte desse movimento no campo das políticas públicas e com vistas a qualificar a assistência baseada em evidências científicas, em 1996 foi publicado um guia com recomendações das práticas comuns na condução do parto vaginal (PV), denominado “Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento” pela OMS. O documento objetivou orientar as práticas obstétricas que deveriam ser estimuladas, as que estavam sendo utilizadas de maneira inadequada, as que deveriam ser abandonadas e as que precisavam ser estudadas (OMS, 1996a).

O conteúdo deste guia passa a retomar e valorizar o protagonismo da mulher ao recomendar a atenção à gestante destacando a fisiologia do parto e nascimento, o cuidado humanizado e respeitoso, permeado pela empatia e evitando as intervenções desnecessárias. Com isso, pretendeu-se a ressignificação da atenção obstétrica, gerando respostas positivas e benéficas no processo de parturição (RODRIGUES *et al.*, 2022; DA SILVA *et al.*, 2021). Entre as principais práticas recomendadas pela OMS destacam-se: o respeito às escolhas da mulher, a oferta de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, métodos não farmacológicos (MNF) para alívio da dor, acompanhante de livre escolha da mulher, contato pele a pele ao nascimento e amamentação na primeira hora de vida (OMS, 1996a).

Mesmo reconhecendo os inúmeros benefícios das boas práticas, há uma dificuldade da sua aplicabilidade nas instituições de saúde. Dentre os motivos que sustentam essas dificuldades podem ser citados a demanda elevada de pacientes, dimensionamento de pessoal de enfermagem reduzido, infraestrutura física inadequada (não atende aos requisitos da Resolução nº 36 de 03 de junho de 2008), e ainda a não cooperação dos profissionais em prestar assistência baseada em evidências (SÁ, SOUSA, ROCHA, 2020).

Contudo, estudos apontam que a atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) potencializa o efeito sobre a melhor adesão das boas práticas, promove a qualidade na assistência, com o objetivo de respeitar os direitos das mulheres, levando a uma experiência mais exitosa (DUARTE *et al.*, 2020; BARROS *et al.*, 2018).

Além disso, os indicadores servem como uma estratégia para a maior adoção das recomendações supracitadas, incentivando o desempenho dos serviços e suscitando no planejamento de ações para sua melhoria. Alguns exemplos de indicadores utilizados no monitoramento do cuidado obstétrico são: taxa de cesariana, taxa de analgesia no PV, taxa de parto em posição não supina, taxa de episiotomia, taxa de uso de ocitocina, proporção de RN em contato pele a pele (CPP) no nascimento, entre outros. Estes indicadores estão associados à promoção da qualidade da assistência, que deve ser uma busca permanente dos serviços, garantindo desta forma, a qualidade e o monitoramento do cuidado prestado, mensurado por meio dos indicadores (FIOCRUZ, 2019a; LOHR, 1990).

Ao encontro disso, foi lançada em 2011 a Rede Cegonha (RC) pelo MS, visando garantir um atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. A estratégia busca implementar uma rede de cuidados para assegurar o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2013a).

Ainda, uma nova publicação da OMS, buscou contemplar o que vem sendo recomendado no documento “Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento” de 1996. A publicação denominada “*Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*”, descreve uma “experiência positiva de parto” (WHO, 2018b).

Resultado transcendente para todas as mulheres em trabalho de parto, que excede as crenças e expectativas pessoais e experiências socioculturais de mulheres. Isso inclui o parto de um bebê saudável em um ambiente seguro do ponto de vista clínico e psicológico, com apoio prático e emocional contínuo, ou seja, sendo acompanhada ao nascer e assistida por uma equipe acolhedora, experiente, em que executa técnicas adequadas. Além disso, é baseado na premissa de que a maioria das mulheres deseja ter um TP fisiológico, alcançando uma sensação de realização e controle pessoal por meio da participação na tomada de decisão, mesmo quando necessário ou deseja intervenções médicas. (WHO, 2018b, p.10).

Nesta perspectiva, analisar as variáveis da assistência possibilitará documentar práticas que devem ser estimuladas e outras que devem ser abandonadas, incentivando os profissionais de saúde a se corresponsabilizar e aderir de forma efetiva às boas práticas como possibilidade de transformação do modelo obstétrico, a fim de promover uma experiência de parto positiva.

Contudo, ainda existem barreiras para a adesão das boas práticas nas instituições de saúde, as principais identificadas estão relacionadas aos profissionais (práticas intervencionistas, conhecimento limitado, medicalização) (VITAL, BARRETO, RATTNER, 2021; ASCHENBRENNER, 2013), seguida de barreiras institucionais (falta de estrutura,

gestão ineficaz, escassez de recursos humanos) (SARWAL, *et al.*, 2023; ABEBE, MMUSI-PHETOE, 2023).

Portanto, justifica-se a realização do presente estudo, tendo em vista a relevância de monitoramento da assistência prestada à mulher e ao recém-nascido, a qual se configura como indicador de qualidade. Para, então, promover atenção obstétrica de qualidade e humanizada, articulada com as recomendações das organizações internacionais e nacionais, como da OMS e do MS, possibilita às mulheres uma experiência de parto positivas. Ainda, a temática vai ao encontro da agenda de Prioridades de Pesquisa do MS, eixo 14, a qual refere-se à saúde materno-infantil (BRASIL, 2018a). Dessa forma tem-se como pergunta de pesquisa: “A assistência prestada à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento é convergente às recomendações de boas práticas?”.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a assistência prestada à mulher e ao RN no processo de parto e nascimento.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar se a assistência ao RN na primeira hora de vida tem relação com a via de parto.
- Analisar se a classificação de Robson tem relação com a via de parto.
- Analisar se as tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento tem relação com o desfecho de parto via vaginal.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Dimensão epidemiológica da atenção à mulher e ao recém-nascido e as interfaces com a saúde e a enfermagem

Segundo a OMS as taxas de cesarianas têm aumentando nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, chegando a 21% do total de partos e deve continuar crescendo até 2030 (OPAS, 2021a). Apesar desse aumento, as taxas de cesarianas nos Estados Unidos e na Europa apresentam-se estáveis com algumas variações nos últimos anos, a China demonstra

uma redução de 10%, já na América Latina e Caribe as taxas superam 43%, sendo o Brasil com um dos maiores índices, destacando-se como vice-líder no *ranking* mundial (MARTIN, HAMILTON, OSTERMAN, 2019, 2021; WHO EUROPE, 2021; ZHANG *et al.*, 2022; OPAS, 2021a; FIOCRUZ, 2021a).

O Brasil registrou em 2020 uma taxa de partos cesáreos de 1.562.282 de nascidos vivos, correspondendo a 57% total dos nascimentos, assim, o número de partos vaginais foi de 1.165.641 no mesmo ano, ou seja, observou-se um declínio da realização do parto vaginal e a amplitude de cesáreas (DATASUS, 2020). Há evidências que no ano de 2011 e 2012, apenas no setor privado 88% foram cesarianas (FIOCRUZ, 2014). No estado do Rio Grande do Sul ocorreram 124.420 nascidos vivos no ano de 2021, sendo que em média de 64% foram cesarianas, e quase 36% partos via vaginal (BRASIL, 2021a).

Mesmo que a cesariana seja uma intervenção efetiva para salvar a vida de mães e bebês, desde 1985, recomenda-se que as taxas de cesáreas devam representar, no máximo, 15% dos partos totais, embora comunidades internacionais apontem para a necessidade de reavaliar essa recomendação (WHO, 2015).

O Nascer no Brasil publicou recentemente os resultados de um estudo composto por 606 maternidades conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 351 (58%) públicas e as restantes mistas, distribuídas em 408 municípios. Segundo os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) essas maternidades são responsáveis por mais 50% dos partos realizados no país. Dentre elas, cerca de 21% foram classificados como referência para gestantes de alto risco, com os menores índices na região Norte (7,0%), bem como a indisponibilidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) nas regiões Norte e Nordeste (FIOCRUZ, 2021b). Nesse cenário, os maiores números de cesarianas, foram respectivamente na região sudeste, nordeste, sul, centro-oeste e norte (DATASUS, 2020).

Ainda, conforme os dados registrados no SINASC no ano de 2020, em relação ao perfil epidemiológico de mulheres que são submetidas à operação cesariana: a idade varia entre 25 a 34 anos representando aproximadamente 49% do total das cesarianas, em sua maioria de cor/raça parda (51,89%), branca (38,88%) e preta (5,77%), e relacionado ao estado civil predominou-se mulheres solteiras (41,54%) e casadas (38,66%). Já as gestantes com desfecho de PV, a idade mais representativa foi entre 20 a 29 anos, correspondendo cerca de 52%, destacaram-se a cor/raça parda (61,87%), branca (25,80%) e preta (7,64%), e o estado civil também predominou-se mulheres solteiras (54,37%) e casadas (22,61) (DATASUS, 2020).

Segundo o estudo realizado pelo Nascer no Brasil quase um milhão de mulheres são submetidas a cesarianas sem indicações obstétricas adequadas, às expondo a maiores riscos de morbidade e mortalidade e aumentam de forma desnecessária os recursos das instituições de saúde. A mesma pesquisa retrata que 43,1% de PVs no país tiveram algum tipo de intervenção, dentre elas: restrição ao leito, sem estímulo para caminhar; restrição de oferta da dieta durante o trabalho de parto; uso de medicações para aceleração do parto (ocitocina); mulheres submetidas à episiotomia, entre outros (FIOCRUZ, 2014).

A obstetria sofreu uma mudança de paradigma, o que antes era um evento que ocorria na residência, com auxílio de uma parteira e com poucas intervenções, hoje, torna-se uma prática medicalizada e institucionalizada dentro de um hospital, com uma série de intervenções à mulher e ao RN, podendo ter como consequência a violência obstétrica, gerando sofrimentos desnecessários e desfechos negativos (KAPPAUN, COSTA, 2020).

Segundo Ferreira e Patino (2017) desfechos, também denominados eventos, são variáveis que representam o impacto de uma dada intervenção ou exposição na saúde do indivíduo. Diante dessa realidade, independentemente da via de parto, os desfechos positivos ou negativos podem estar relacionados à assistência dos profissionais de saúde prestadas à mulher e ao RN.

Para Carneiros (2019), tais desfechos podem ser a resolução da gestação (via de parto) e a existência de laceração. Já o estudo de Magaldi (2014) aponta como possíveis desfechos negativos a morbidade e mortalidade materna causada por hemorragia, rotura uterina e infecções; e complicações perinatais: APGAR <7, necessidade de ventilação, complicações respiratórias, admissão na UTIN, seps e óbito neonatal. Além desses, a prematuridade como um dos achados principais (FIOCRUZ, 2014).

Desfechos positivos por vezes estão relacionados a uma boa experiência de parto, advindas de práticas recomendadas pela OMS, dentre elas o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida, mãe e bebê saudáveis (ARREBOLA *et al.*, 2021; DEMERCI *et al.*, 2019).

Portanto, garantir a humanização do parto, por meio de uma assistência de qualidade, sustentada nas boas práticas obstétricas, proporcionará à parturiente uma experiência positiva, melhorando a satisfação e conforto com relação ao cuidado recebido durante o TP e parto (CARNEIRO, 2019).

2.2 Dimensão histórica e conceitual e seus nexos com a política pública de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido

Historicamente, as mudanças obstétricas se sucederam pelos altos indicadores de mortalidade materna e neonatal, era necessário pensar em estratégias para reduzir essas taxas. No entanto, tais indicadores ainda são um problema de saúde pública mundial, os RNs enfrentam o maior risco no primeiro mês, sendo 30% destas mortes ocorrem no primeiro dia, principalmente, em casos de nascimento pré-termo e/ou complicações durante o nascimento, defeitos congênitos ou infecções. Já relacionado aos casos de mortalidade materna, 92% dos casos são evitáveis e 99% ocorrem em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007; ONU, 2019; OPAS, 2022).

Em 1994, a OMS na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), define morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais”. Esta definição é aceita pelas associações de ginecologia e obstetrícia, internacionais e nacionais, entre elas, a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). O óbito neonatal refere-se à morte de um RN até 27 dias após o nascimento (BRASIL, 2021b; BRASIL, 2009).

Na pré-história no que consistia aos cuidados aos RNs, pouco ou nada se sabe, entretanto, algumas evidências demonstram que havia um luto intenso em toda a comunidade após o aborto espontâneo e a morte infantil. Ao longo dos anos, os cuidados prestados ao RN e à mulher no parto, advinham dos saberes e práticas firmado por uma lógica de tradições culturais e expressas por rituais. As taxas de mortalidade materna e neonatal eram muito elevadas, com aceitação da ideia da seleção natural (FIGUEIREDO, SOUSA, SANTOS, 2022; RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

A busca histórica do estudo de Hallett (2005) pontua a pré-eclâmpsia (PE), hemorragia pré-parto e pós-parto, desproporção cefalopélvica e a febre puerperal como algumas complicações ameaçadoras à vida materna no século XVIII e XIX. A febre puerperal acometia as mulheres nos primeiros três dias após o parto e progredia rapidamente, causando sintomas agudos de dor abdominal intensa, febre e debilidade. As publicações de Margaret DeLacy na Grã-Bretanha e Alexander Gordom na Escócia lançaram luz sobre a natureza infecciosa da febre puerperal.

A inserção da medicina na atenção ao parto e nascimento construiu-se a partir do século XVIII, expresso por uma mudança de paradigma do parto, um processo de transição do modelo holístico, em que a mulher detinha o poder e a autonomia sobre seu corpo, para o modelo tecnocrático institucionalizado (AMARAL *et al.*, 2019b).

No século XIX, as crianças eram ignoradas pelos médicos, não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados com as crianças, com isso havia uma alta taxa de mortalidade neonatal que estavam intrinsecamente ligadas à prematuridade e as infecções hospitalares (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

A partir de então, a Europa foi a primeira a se preocupar com esta causa e se caracterizava com uma alta mortalidade materna. A internação de gestantes em hospitais na Inglaterra tornou-se uma prática mais comum, porém as taxas de mortalidade foram maiores, provavelmente, devido a métodos menos conservadores, chegando a 85/1000 nascidos vivos (LOUDON, 1986, 2000). Nas últimas décadas do século XIX e no decorrer do século XX, o parto se ampliou fortemente no âmbito da medicina e, aos poucos, foi se transformando em um evento completamente medicalizado, trazendo consigo importantes vantagens relacionadas, principalmente, à diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal (NUCCI, NAKANO, TEIXEIRA, 2018).

Outra prática adotada foi às técnicas de antisepsia na Suécia, incentivando a prática às parteiras. A introdução da técnica antisséptica buscava reduzir a mortalidade materna em 25 vezes em hospitais de internação e 2,7 vezes em partos domiciliares rurais, desta forma, cerca de 49% das mortes maternas sépticas foram assim "prevenidas", ultrapassando os Estados Unidos e o Reino Unido (HOGBERG, WALL, BROSTRÖM, 1986). A mesma técnica passava a ser incorporada nos hospitais nos Estados Unidos no cuidado os RN, além disso, com a consolidação de novas tecnologias e o desenvolvimento da incubadora para prematuros pelo pediatra Julius Hess também promoveu melhoria nos índices de mortalidade neonatal (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2004).

No mesmo período, o saber científico começava a sobrepor-se de forma mais evidente ao saber popular, substituindo as práticas tradicionais pelas profissionais. Os cuidados com o RN torna-se mais assistido pelos pediatras, após a Primeira e Segunda Guerra Mundial, em que estes entravam nas salas de parto dispostos a assumir os cuidados aos bebês (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018).

No início do século XX, no Brasil, apresenta uma nova história na atenção ao parto e nascimento, a partir da criação das maternidades, concedendo o parto um ato a ser realizado no

ambiente hospitalar e centrado na figura médica. Entretanto, esse novo cenário levou há conflitos: entre médicos e parteiras, pois estas desempenhavam um papel que ia além da atenção ao parto, cuidavam também da saúde da mulher, do pré-natal e puerpério, realizando orientações sobre os cuidados com o RN e fertilidade (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018).

O vigor do modelo biomédico e institucionalizado e a marginalização das práticas populares das parteiras, o parto e nascimento transcendeu a uma cultura de práticas intervencionistas cada vez mais presentes, o desenvolvimento de instrumentos passava a ser pertencente exclusivamente ao domínio do cirurgião, o fórceps, por exemplo, por vezes garantia maior “sucesso” nos partos difíceis, contribuindo para a ideia do cirurgião como tendo maior controle sobre o parto, levando a um deslocamento de gênero nesse campo, sendo agora protagonizado pelo sexo masculino (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018).

Contudo, no Brasil foi ao início do século XX em que se estabeleceram as primeiras políticas nacionais de saúde da mulher, sendo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica nas décadas de 30, 50 e 70, em que essa era responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2004).

Durante a Primeira República (1889-1930) e o início da Era Vargas (1930-1937) as altas taxas de mortalidade materna e neonatal ganharam destaque. Dentre as principais causas de natimortos estavam a sífilis e complicações obstétricas durante o parto, enquanto a febre puerperal foi o principal fator de mortalidade materna (ROTH, 2018).

Entre os anos 1960 e 1970 que a medicalização do parto e nascimento começou a se consolidar de fato, a intensificação da medicalização dos nascimentos também aponta para problemas, à medida que a tecnologia e o excesso de intervenções passam a gerar críticas e insatisfações, principalmente, no que concerne às consequências clínicas, físicas e emocionais, ainda evidenciado nos dias atuais (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018; NUCCI, NAKANO, TEIXEIRA, 2018).

A partir da década de 1970, as agendas de políticas públicas voltaram-se para a qualificação da atenção ao processo de parto e nascimento. Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade da mulher e da criança. Para isso, era necessário estimular o aleitamento materno, melhorar a qualidade da informação, assegurar suplementação alimentar, organizar

infraestrutura, concentrar recursos financeiros e aprimorar a qualidade da atenção referente a gestação, parto, puerpério e à criança menor de 5 anos (BRASIL, 2011).

Na década de 1980, o modelo tradicional de atenção à saúde da mulher e do RN começa a gerar críticas, devido aos movimentos de humanização do parto, atrelado ao processo de democratização e participação, concedendo espaço para a atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) na assistência direta ao parto (AMARAL *et al.*, 2019b).

Em 1983 o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), no ano seguinte, este deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2011). Nesse período o Brasil assumia, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018b).

Em 1990, a Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) criada em 1976, passou a ser denominada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), que tinha como competência a normatização da assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do SUS, com o objetivo de compreender ações de caráter promocional, preventivo, recuperador e reabilitador desses grupos (BRASIL, 1995; BRASIL, 2011).

No mesmo ano, em 13 de julho de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual, os mesmos passaram a adquirir de amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado (BRASIL, 1990).

Os movimentos feministas e ativistas pela humanização do parto ganham força na década de 90, reivindicando por mudanças do modelo de como a atenção ao parto e nascimento, as quais se mostravam como inadequadas, com intervenções excessivas e desnecessárias, desrespeitando os direitos das mulheres (RATTNER, 2009).

Diante desse, era necessário reafirmar e resgatar a assistência ao parto e nascimento como acontecimentos naturais, há continuidade de movimentos nacionais (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017a) e internacionais (WHO, 2016a; WHO, 2018b) com objetivo de fornecer subsídios para a oferta da atenção obstétrica pautada na fisiologia parto e no protagonismo da mulher. A assistência ao parto e nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de parir e nascer, contemplando aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos

neste processo, pois é um momento único e importante na vida da família que o vivencia (BRASIL, 2017a).

Em paralelo com a publicação do guia “Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento” pela OMS em 1996, promoveu-se a inserção das enfermeiras obstétricas, incentivando a aplicabilidade dessas recomendações, as evidências validam que a presença desta profissional, proporciona a aplicabilidade das boas práticas, além de qualificar o cuidado prestado e reduzir o uso de práticas intervencionistas (OMS, 1996a; AMARAL *et al.*, 2019b; GAMA *et al.*, 2021).

Para garantir os direitos das mulheres e RNs, o MS lançou no ano 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com objetivo de garantir melhoria de acesso, qualidade e cobertura ao acompanhamento pré-natal. Conforme o PHPN, a humanização visa reduzir intervenções e práticas que possam provocar riscos, além de proporcionar acolhimento digno fundamentado em ações éticas e solidárias às mulheres, seus familiares e RN (BRASIL, 2002).

Em 2000, países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), propuseram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Dentre os oito grandes objetivos assumidos, dois deles versavam acerca da melhoria da saúde materna e da saúde da criança, que visava a partir de ações reduzir a mortalidade materna em três quartos do nível observado em 1990 e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva, bem como reduzir a mortalidade perinatal e infantil (ODM, 2014).

Em 2004 o MS elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que propõe diretrizes para a qualidade do atendimento e a humanização, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres. Além disso, a política possui como estratégia qualificar, ampliar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS, promover melhores condições de saúde e de vida através da promoção, prevenção, assistência e garantia dos direitos das mulheres (BRASIL, 2004). Ainda em 2004 o MS publicou um documento com ações estratégicas denominadas Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que visava a mobilização política para investimentos na melhoria e humanização da atenção obstétrica e neonatal, para redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004; REIS, PEPE, CAETANO, 2011).

Com enfoque na assistência de qualidade, na humanização e na necessidade de ampliar os esforços para alcance das metas estabelecidas pelo Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2005, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b). Também em 2005 foi publicada a

lei do acompanhante, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005c).

Considerando a necessidade da qualificação dos serviços de atenção obstétrica, a Resolução nº 36 de 3 de julho de 2008 dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, no qual inclui a ambiência, o acolhimento e ações de humanização para a manutenção dos serviços dessa área, além da educação permanente aos profissionais atuantes nos serviços (BRASIL, 2008).

Outra estratégia do MS na busca de qualificação da assistência foi a implementação Rede Cegonha em 2011, que preconiza a organização de uma rede de cuidados materno-infantil. Possui como objetivo o acesso à atenção no planejamento sexual e reprodutivo na gestação, garantindo, atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, e assegurando o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011; MENDES; RATTNER, 2020).

Em 2015, os 193 países membros das Nações Unidas adotaram uma nova política global: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que tem como objetivo elevar o desenvolvimento do mundo e melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas. São 17 objetivos ambiciosos e interconectados que abordam os principais desafios de desenvolvimento enfrentados por pessoas no Brasil e no mundo, entre eles, o objetivo 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades, destacando-se a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (ONU, 2022).

Ainda, o documento de 2018 pela OMS denominado “*Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*”, traz sobre o conceito e diretrizes de proporcionar uma "experiência de parto positivo" (WHO, 2018b).

Do ponto de vista sobre metas e estratégias do MS de reorganização do processo de formação profissional, como o apoio à qualificação do cuidado em maternidades prioritárias, especialmente serviços de referência como os hospitais de ensino, ocorreu a formulação do projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. O Projeto contempla, também, o investimento na formação profissional, incluindo especialização e aprimoramento em Enfermagem Obstétrica e apresenta como sua base estruturante a integração de três dimensões: formação, atenção e gestão, fomentando o envolvimento dos movimentos sociais afinados com a defesa dos direitos dos usuários e o protagonismo das mulheres (BRASIL, 2017b; MARQUES, 2015; SOUZA *et al.*, 2019).

O Apice On apresenta como objetivo qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos. Além disso, o projeto apresenta iniciativas como: partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras obstétricas, presença de acompanhante de livre escolha da mulher, acesso a MNF para o alívio da dor, dieta livre, livre posição do parto, entre outras, que podem contribuir com a implementação e disseminação de boas práticas, promovendo mudanças nos modelos tradicionais de formação (BRASIL, 2017b).

Considerando que o cenário do estudo aderiu ao Apice On durante um período e absorveu no cotidiano laboral ações de qualificação da atenção obstétrica estimulada pelo projeto, compreende-se importante ter conhecimento sobre a atenção prestada à mulher e ao RN no processo de parto e nascimento em hospital que aderiu ao projeto.

Outra estratégia aderida pelo MS em abril de 2022 (Portaria GM/MS N° 715, de 4 de abril de 2022), foi a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI), substituindo a RC, cuja os objetivos foram assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e assegurar ao RN e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável. Contudo, a RAMI foi criticada pelas entidades do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em que afirmaram que o conteúdo não foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como preconiza o SUS. Além disso, a nova política exclui a atuação do EO e pediatra, colocando o médico obstetra como figura central, indo de encontro com o proposto pela RC, desta forma, a RAMI foi revogada em janeiro de 2023 (Portaria GM/MS N° 13, de 13 de janeiro de 2023) (COFEN, 2022).

2.3 Dimensão clínica da atenção à mulher e ao recém-nascido e as possibilidades de cuidado de enfermagem na dimensão individual, das famílias e coletiva.

O nascimento de um filho torna-se momento ímpar na vida das mulheres e suas famílias, que vai além do processo de parir e nascer, contemplando aspectos emocionais, humanos e culturais (BRASIL, 2017a). A cesariana pode ser uma via desnecessária a depender do caso. Com isso, em 2001, o médico irlandês Michael Robson, criou a “Classificação de Robson”, com o objetivo de identificar quem são as mulheres submetidas a cesariana, categorizando-as clinicamente em apenas um grupo, variando de um a dez. Além disso, auxilia no

monitoramento das taxas de cesáreas, permitindo às instituições e gestores a constatar se há excessos de cesárea em algum grupo específico (FIOCRUZ, 2018, 2022).

Desta forma, a qualidade da assistência proporcionada às gestantes, parturientes, puérperas e ao RN é essencial. A humanização do parto deve conceder o protagonismo à mulher, permitindo que esta tome todas as decisões em relação ao próprio corpo, à gestação e ao parto, sendo bem informada e ouvida ao longo desse processo (LEAL *et al.*, 2021).

No entanto, as abordagens intervencionistas desnecessárias podem desencadear em prejuízos a curto e longo prazo para a mãe e seu RN, tanto físicos quanto psicológicos (BRASIL, 2017a; LINO, BEZERRIL, 2021). Nas últimas duas décadas, houve um aumento considerável na aplicação de várias práticas no TP, que permite iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorar o processo fisiológico deste, com o objetivo de melhorar os resultados para mulheres e seus bebês. Entretanto, essa crescente medicalização, tende a enfraquecer a capacidade da mulher em dar à luz e afeta negativamente sua experiência de parto (WHO, 2018b).

As intervenções podem ser realizadas, desde que estejam pautadas nas melhores evidências científicas, sendo executadas conforme a necessidade de cada paciente, não devendo ser usado de forma rotineira, caso contrário, está associada a resultados maternos e perinatais desfavoráveis (LEAL *et al.*, 2019).

A diretriz “*Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*” pontua 56 recomendações, 26 são novas recomendações e 30 são recomendações incorporadas das já existentes da OMS. A diretriz destaca a importância do cuidado focado nas mulheres para otimizar a experiência do TP e parto, usando uma abordagem holística baseada sobre direitos humanos (WHO, 2018b).

As recomendações são apresentadas de acordo com o contexto de atendimento durante todo o processo de TP, seja no período de dilatação, período expulsivo, parto e nascimento, atendo de forma imediata ao RN nascido e a mulher no pós-parto (WHO, 2018b).

As diretrizes da OMS (WHO, 2018b) contemplam as recomendações em quatro categorias: **Recomendado** - indica que a intervenção ou opção deve ser implementada; **Não recomendado** - a intervenção ou opção não deve ser implementada; **Recomendado apenas em contextos específicos** - a intervenção ou opção aplica-se apenas à condição, ambiente ou população que são especificados da recomendação, e deve ser implementado apenas nesses contextos; e **Recomendado apenas no contexto de pesquisa rigorosa** - indica que caso existam dúvidas importantes sobre tal intervenção ou opção, a aplicação pode ser realizada

desde que adote na forma de pesquisa capaz de responder às questões e perguntas não respondidas relacionadas, com que haja eficácia da intervenção ou opção como com sua aceitabilidade e viabilidade (WHO, 2018b). Todas as recomendações estão descritas no ANEXO A.

Dentre as principais práticas intervencionistas (recomendadas e não recomendadas), estão: Presença do acompanhante durante o trabalho de parto; Uso de MNF para alívio da dor; Liberdade de posição; Ingestão de líquido ou alimento; Uso de catéter venoso periférico; Episiotomia; Clampeamento tardio do cordão umbilical; Contato pele a pele; e Amamentação na primeira hora vida.

A Lei 11.108/2005 garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS, ou seja, é uma prática recomendada pela OMS (BRASIL, 2005c; WHO, 2018b). Contudo, a pesquisa do Nacer no Brasil, demonstra que 84,7% das mulheres entrevistadas, estavam com seu acompanhante de livre escolha durante o trabalho de parto, provando avanços na incorporação dessa política pública ao cotidiano dos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2021c). Além disso, a presença de acompanhante promove sentimentos de segurança e confiança à mulher, e fortalece os vínculos familiares, entre o acompanhante, parturiente e bebê logo após o nascimento (GOMES *et al.*, 2019).

Relacionado aos MNF durante o TP, é uma tecnologia acessível, não invasiva e de baixo custo (FIOCRUZ, 2021c). Dentre as principais alternativas não farmacológicas, podemos incluir: imersão na água, massagem, deambulação e mudança de posição, exercícios de relaxamento, aromaterapia, musicoterapia, técnicas de respiração, bola de parto, estimulação elétrica transcutânea, acupuntura e hipnose (BRASIL, 2017a).

O estudo de Heim e Makuch (2022) pontua que a maioria das mulheres têm conhecimento de pelo menos uma técnica não farmacológica para alívio da dor no parto e a principal fonte de informação é por meio da Internet. Participaram da pesquisa 165 mulheres, sendo que 96,5% participantes relataram conhecimento em pelo menos uma técnica não farmacológica; 87,1% sobre os benefícios do banho quente durante o TP para alívio da dor; 80,7% sobre o uso da bola de parto; e 74,8% sobre técnicas de respiração. O estudo ainda evidenciou que as gestantes que tiveram dor na gestação relataram mais conhecimento sobre o uso de chuveiros quentes durante o trabalho de parto. A pesquisa realizada pelo Nacer no Brasil demonstra que houve um aumento de 27,5% da oferta de MNF quando comparado ao ano de

2011, entretanto, foi disponibilizado para pouco mais da metade das mulheres (FIOCRUZ, 2021c).

A literatura revela que a adesão do uso de MNF promove à parturiente maior segurança e participação no parto, e ainda demonstra que há uma grande efetividade em relação aos MNF, tanto na diminuição da dor como na redução da utilização de fármacos. Além disso, o enfermeiro obstetra entra nesse cenário como um facilitador no uso dessas tecnologias, proporcionando às mulheres um parto mais seguro valorizando a natureza humana e a sua autonomia, trazendo em si o foco da humanização (SANTOS *et al.*, 2020a).

A ingestão líquida e de dieta durante o processo do TP é uma prática recomendada pela OMS. O TP requer enormes quantidades de energia, contudo, não há como prever a sua duração, para tanto é necessário repor as fontes de energia, a fim prevenir a desidratação, a cetose e garantindo desta forma o bem-estar fetal e materno (WHO, 2018b, 1996a).

O estudo de Rodrigues *et al.* (2022) retrata a percepção de mulheres sobre o TP no qual é conduzido por falas negativas, já que ao longo do processo de TP não foi ofertado ou foi negado às parturientes a ingestão de líquidos e alimentos. Para Pinto *et al.* (2017) a restrição da ingestão alimentar durante o TP constitui uma rotina comum na assistência hospitalar. Essa posição é motivada pelo receio de vômitos e na pretensão de prevenir o risco de aspiração gástrica. Entretanto, este risco está relacionado ao uso de anestesia geral no parto, a qual hoje em dia é muito pouco utilizada.

As infusões intravenosas de rotina interferem com o processo natural e restringem a liberdade de movimentos da mulher, a inserção profilática rotineira de uma cânula intravenosa é um convite a intervenções desnecessárias (OMS, 1996b). No Brasil, o uso de cateter venoso periférico (CVP) é uma prática bem utilizada, a pesquisa pelo Nascer no Brasil evidenciou que 58,3% das mulheres fizeram uso de cateter (FIOCRUZ, 2021c). Os opióides não devem ser utilizados de rotina pois estes oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para a mulher (náusea, sonolência e tonteira) e se utilizado deve-se administrar concomitantemente um anti-emético (BRASIL, 2017a).

Uma das principais medicações utilizadas na obstetrícia é a ocitocina, sendo considerada um medicamento de alto risco pelo Institute for Safe Medication Practice. A ocitocina é comumente usada no pré-parto, indicada para induzir o parto em pacientes com indicação médica, para estimular ou reforçar o TP em casos selecionados de inércia uterina (ISMP, 2021). Contudo, alguns estudos têm demonstrado que a utilização de ocitocina na estimulação do parto pode ser prejudicial tanto para a mãe quanto para o RN. A administração

inadequada de ocitocina pode causar hiperestimulação do útero, sofrimento fetal, retenção hídrica, ruptura uterina, contrações dolorosas intensas, acidose fetal, necessidade de cesariana de emergência e, até mesmo, levar ao óbitos maternos, fetais e neonatais. Portanto, a estimulação com ocitocina deve ser usada apenas em casos específicos, onde o seu uso seja particularmente necessário e não de uma forma sistemática (SANTOS *et al.*, 2020b; LOPEZOSA, MAESTRE, BORREGO, 2016; ISMP, 2021).

A episiotomia é uma das intervenções obstétricas mais comuns no mundo e, apesar de ser uma prática não recomendada pela OMS, em alguns países é considerada um procedimento de rotina (WHO, 2018b). Consiste na ampliação da abertura vaginal por meio de uma incisão cirúrgica no períneo e pode ser realizada por médicos e enfermeiros obstétricos. A OMS preconiza uma taxa de episiotomia em torno de 10%, entretanto, em um estudo o Brasil registrou que cerca de 27,7% das mulheres são submetidas a essa prática (NUNES *et al.*, 2019; FIOCRUZ, 2021c). Esse tipo de intervenção ocorre, por vezes, sem o consentimento das mulheres, durante o parto, e as pacientes não são informadas sobre como esse procedimento pode afetar positivamente ou negativamente (DEMIRCI *et al.*, 2019). A realização de episiotomia, de forma rotineira e indiscriminada, em toda e qualquer parturiente não é benéfica. No entanto, a falha na indicação do procedimento, quando houver situação clínica em que é evidente a sua necessidade, é igualmente prejudicial (FEBRASGO, 2018). Contudo, sempre que houver a necessidade de uma episiotomia ser realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus, além disso, deve-se assegurar analgesia efetiva antes da realização (BRASIL, 2017a).

Segundo a FEBRASGO (2018) não há evidência científica suficiente para definir as indicações para a episiotomia, apenas que o uso seletivo continua a ser a melhor prática a ser adotada e recomendada, sendo assim, a episiotomia não deve ser a primeira opção. Não há nada concreto sobre o efeito da episiotomia nas lacerações, incluindo as lesões de esfíncter anal, os estudos não demonstram um consenso acerca do efeito protetor. De acordo com o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, o risco de lacerações perineais graves, de terceiro ou quarto grau, são: nuliparidade; peso do RN acima de 4 kg; distocia de ombro; variedade de posição occipito posterior; período expulsivo prolongado, entre outros.

Ao nascimento a OMS preconiza o clampeamento tardio do cordão umbilical para RN de termo ou pré-termo que não necessita de reanimação ao nascer, propondo como tempo ideal 1 a 3 minutos após o nascimento. O tempo de clampeamento está associado à transfusão

placentária para o bebê e tem efeitos na transição cardiovascular ao nascimento, bem como na evolução do RN no curto e médio prazo, melhorando os parâmetros hematológicos no período neonatal e os estoques de ferro no lactente, embora aumente o risco de policitemia e de icterícia com necessidade de fototerapia. Para que haja a facilitação do fluxo da placenta para o RN, o mesmo deve ser mantido em posição abaixo do períneo materno em casos de parto vaginal e pelo menos na altura do campo operatório nos casos de parto cesariana (SBP, FEBRASGO, 2022).

Os profissionais da saúde devem estimular e informar a mulher sobre os benefícios do CPP após o nascimento, pois, todo RN que nasce a termo, respirando ou chorando e com bom tônus muscular, independentemente do aspecto do líquido amniótico, pode ser colocado contato à sua mãe imediatamente. Deve ser evitada a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou realmente seja necessário prestar cuidados imediatos ao RN. Durante o CPP, é essencial que seja estimulado o início precoce do aleitamento materno, idealmente ainda na primeira hora de vida (SBP, 2018; BRASIL, 2017a).

Ao nascer o RN deve se adaptar a um novo ambiente não estéril e o CPP propicia e facilita a colonização do RN pela flora da pele de sua mãe. Além disso, outros benefícios do CPP estão a manutenção da temperatura, o início do estabelecimento da lactação, favorecendo o aleitamento materno, prevenindo o desmame precoce, e fortalecer o vínculo mãe-filho. Em casos nos quais as mães não estejam em condições de fazê-lo, uma opção é realizá-lo pele a pele com o pai (SBP, 2018).

A amamentação na primeira hora de vida protege o RN de adquirir infecções, principalmente, as infecções gastrointestinais devido aos fatores protetores do aleitamento materno, oferecendo componentes da microbiota da mãe e substrato para o crescimento da microbiota intestinal do RN, além disso, reduz as taxas de mortalidade neonatal, realiza a proteção imunológica através da produção de anticorpos proveniente do colostro, também conhecida como “vacina natural”, estabelecer o vínculo materno-infantil (OPAS, 2021b; SBP, 2018; RAMIRO *et al.*, 2021). O benefício também se estende à mãe, devido a produção de ocitocina, reduzindo o risco de se desenvolver hemorragia e outras complicações no pós-parto (RAMIRO *et al.*, 2021). A pesquisa do Nascer no Brasil evidenciou que o CPP e a amamentação foi maior nas regiões Norte e Nordeste (FIOCRUZ, 2021c).

O Brasil tem avançado e se apropriado cada vez mais na realização das boas práticas, conforme preconizado pela OMS, resultando à mulher uma experiência satisfatória do parto. O

aumento relativo das boas práticas de atenção ao parto se concentram nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (FIOCRUZ, 2021c).

Para a efetivação das boas práticas no processo do parto e nascimento, a estrutura dos serviços ganha relevância, já que a maior parte dos hospitais no Brasil ainda mantém salas de parto tradicionais e pré-parto coletivo, o que inviabiliza a privacidade à mulher e dificultam o acesso à MNF para alívio da dor. Desta forma, o ideal seria a existência de quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto), essa estrutura é orientada pela RDC 36/2008 (FIOCRUZ, 2019b; BRASIL, 2008).

2.4 Dimensão social e cultural da mulher e do recém-nascido e as interfaces com a saúde e a enfermagem

Os cuidados pré-natais (CPN) constituem uma plataforma de importantes funções dos cuidados de saúde, quando implementado em tempo oportuno e adequado, podem salvar vidas, além disso, estão associados com a promoção da saúde, o rastreamento, o diagnóstico e a prevenção das doenças. Portanto, é essencial que os profissionais prestadores desses cuidados, mantenham uma comunicação efetiva assegurando o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um RN saudável, sem impacto para a saúde materna. É de suma importância promover uma assistência de qualidade apoiando as mulheres de forma respeitosa, considerando suas questões sociais, culturais, emocionais e psicológicas. Desta forma, o processo de parto e nascimento pode influenciar para uma experiência positiva, consolidando a base para uma maternidade saudável (BRASIL, 2012; WHO, 2016b).

Não obstante, o desconhecimento cultural e as barreiras linguísticas podem afetar a qualidade da assistência prestada às mulheres e suas famílias. De maneira geral, dentre as diferentes culturas, a gravidez e o parto são acontecimentos que vão além de um ato fisiológico, visto serem processos sociais que refletem valores culturais de uma sociedade, imersa em aspectos políticos-econômicos (SILVA *et al.*, 2020; CAMARA, MEDEIROS, BARBOSA, 2000).

Para Camara, Medeiros e Barbosa (2000) os aspectos socioculturais estão correlacionados ao nível econômico, acesso à educação, à informação, aos complexos dos padrões de comportamento, das crenças e valores transmitidos coletivamente que se modificam entre cada sociedade e com o decorrer do tempo. Além disso, também estão associados com a via de parto, onde o PV socialmente é ligado a um evento incontrolável, sangrento, doloroso, arriscado, em que muitas mulheres referem não se sentir capazes de parir naturalmente. Logo, surge a “cultura

de cesárea”, como a solução de todos os problemas, configurando-se como a via mais segura de nascer, enquanto, muitas vezes, seu risco é ignorado e desconhecido (ROCHA, FERREIRA, 2020).

Culturalmente, o parto institucionalizado, arraigado do uso abusivo de intervenções, predomina e se sustenta ainda na atualidade (AYRES, HENRIQUES, AMORIM, 2018). Sobretudo, Magalhães *et al.* (2022) pontua a enfermagem obstétrica como componente fundamental na assistência humanizada ao parto, potencializa a realização das boas práticas e reduz, assim, o risco de práticas claramente prejudiciais ou que são utilizadas de modo inapropriado.

Para Taheri *et al.* (2018) e Zhang *et al.* (2020) estratégias bem sucedidas podem prevenir uma experiência negativa de parto e traumas psicológicos, a qual é influenciada pela atenção que a parturiente recebe no processo de parto e nascimento. Para tanto, o estudo caracterizou em quatro categorias: apoio às mulheres durante o trabalho de parto, MNF para alívio da dor, cuidados intraparto com intervenção mínima e preparação para o parto por meio de plano de parto individual.

O plano de parto (PP) é uma ferramenta de autonomia mulher, o documento possibilita concretizar a escolha da mulher, evitando procedimentos dispensáveis que não lhe ofereçam benefícios ou impliquem em possíveis riscos, entretanto, há evidência que o PP é desconhecido por grande parte das mulheres e sua inviabilidade do acesso, é mais um motivo da sua não adesão. O PP é um direito à gestante, sendo uma forma de registrar antecipadamente sobre suas escolhas durante o parto, escolhendo a posição mais satisfatória de parir, quem irá lhe acompanhar para prestar apoio, quais técnicas para alívio da dor podem ser utilizadas, o uso ou não de analgesia e a ingestão de alimentos. A construção e elaboração do plano de parto deve ser realizada ainda na consulta pré-natal, sob orientação do enfermeiro e/ou médico, devendo ser esclarecido sobre a fisiologia da gestação e mecanismos do parto natural e conscientizando sobre os riscos da cesariana programada, influenciando nos desfechos maternos e fetais (SANTOS *et al.*, 2020c; BARHART *et al.*, 2022).

Na pesquisa de Santos *et al.* (2019) mulheres que utilizaram uso do plano de parto, relatam uma experiência positiva, agradável, fisiológica, menos dolorosa, reforçando sua autonomia quanto ao planejamento e à execução do próprio parto.

As expectativas em relação ao parto, são, por vezes, influenciadas pelas experiências de parto anteriores e pelos sentimentos vivenciados durante a gravidez atual. Os sentimentos em relação ao parto são ambíguos a depender de cada mulher, contudo, a maioria sente medo da

dor, preocupação, ansiedade e ao mesmo tempo felicidade, emoção e alegria (FERREIRA *et al.*, 2019). Além disso, é um período representado por muitas dúvidas, entretanto, nem sempre essas dúvidas são sanadas, desta forma é necessário realizar práticas educativas para suprir a necessidade de conhecimento a ser ofertada a estas gestantes (BARCELLOS *et al.*, 2022).

A criação de espaços de educação em saúde pode ser realizada em diversos ambientes, seja na consulta de Pré-Natal (PN), em grupos específicos para gestantes, salas de espera, entre outros. Esse espaço proporciona às gestantes a troca de ideias, em que estas podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Ressalta-se que este ambiente também impede que as gestantes adquiram informações ilusórias e falsas sobre o momento do parto (BRASIL, 2012; SILVA *et al.*, 2022).

O desconhecimento da gestante sobre seus direitos afeta diretamente o seu critério de escolha e autonomia no trabalho de parto e parto. O descumprimento da Lei do acompanhante, é um exemplo, caracterizado como violação dos direitos reprodutivos do casal. Causado, principalmente, pela falta de informação das mulheres sobre este direito e pela desigualdade nas relações de poder dos profissionais da saúde, pela estrutura das instituições e suas características de gestão (BARHART *et al.*, 2022).

Quando não há o reconhecimento das mulheres acerca dos seus direitos, esta não tem como identificar quando eles são violados, seja por um aspecto cultural, pelo próprio desconhecimento das atitudes que a caracterizam. A violência obstétrica é uma realidade nas instituições de saúde e não se limita ao aspecto físico. Constitui-se como um conjunto de atitudes e ações desenvolvidas por profissionais de saúde contra mulheres em período de gestação, no parto ou em situação de abortamento, as quais provocam sofrimentos não diretamente relacionados ao estado gravídico, ao parto ou ao abortamento. Ações manifestadas por meio de palavras, utilização de medicamentos ou de procedimentos que piorem desnecessariamente a vida dessas mulheres, não efetivando um atendimento humanizado (LIMA, ALBUQUERQUE, 2019).

Dentro da violência obstétrica, há a violência moral, que é ainda menos debatida. Caracterizada por toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono ou instabilidade emocional, manifestando-se, dentro do cenário obstétrico, quando os profissionais da saúde realizam comentários ofensivos, discriminatórios, humilhantes e vexatórios (BRASIL, 2013b).

Contudo, sabendo que é um fato que faz parte da realidade brasileira, a mobilização social e dos grupos representativos se faz necessária, para que se torne possível o desenvolvimento de políticas públicas gerais e eficientes no que diz respeito, sobretudo à saúde da mulher (NOGUEIRA, 2021).

Por vezes, o entendimento das mulheres em relação a gestação, a assistência no TP e parto e os cuidados com o RN estão ligados ao nível de escolaridade de cada uma, o qual influencia em todos os âmbitos da sociedade, que não apenas democratizam o acesso ao conhecimento, mas também promovem uma socialização, mediante uma construção moral e ética. A baixa escolaridade é considerada um fator de risco obstétrico, uma vez que dificulta o acesso a informações acerca da saúde da mulher e dos métodos eficazes promovedores da saúde gestacional, como uma alimentação adequada e a ida frequente a consultas de pré-natal, tendo como consequência prejuízos para a saúde da mãe e do filho (CISNE *et al.*, 2022).

A pesquisa de Rocha e Ferreira (2020) caracterizou o perfil socioeconômico das mulheres inseridas no atendimento público e privado. Em síntese, no setor público, predominam mulheres que se declaram pardas ou negras, com baixo grau de escolaridade e baixo poder aquisitivo. Já no setor privado, predominam as mulheres brancas, com alto grau de escolaridade e alto poder aquisitivo. Em ambos os setores, a idade varia, sendo possível afirmar que, no setor público, as mulheres engravidam mais cedo, situando-se entre os 18 e 30 anos e, no setor privado, a maioria fica na faixa etária entre 30 e 40 anos.

A mulher deve ser a protagonista do parto, é essencial que os profissionais promovam um espaço para que esta seja ouvida, dando ciência a mesma a respeito do passo a passo de todos os processos que envolvem o TP e parto. Para tal, é indispensável a circulação de informações sobre qualquer tipo de violência obstétrica, para que as mulheres não tenham que suportar tais práticas caladas, e nesses casos a denúncia é importante para que gradativamente menos mulheres passem por esses percursos traumáticos (CISNE *et al.*, 2022).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo e documental, o qual se caracteriza pela coleta de dados em documentos, escritos ou não, que se constituem

como fontes primárias, as quais podem ter sido registradas no momento em que o fato ou fenômeno ocorreu ou depois (MARCONI, LAKATOS, 2019).

3.2 Cenário do Estudo

Foram coletadas informações registradas de um instrumento específico, durante a assistência à mulher e RN no parto e nascimento, no CO do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), instituição pública de médio porte e alta complexidade. O CO do HUSM foi inaugurado em novembro de 1986, tornou-se um serviço de referência para Gestação de Alto Risco (GAR), está localizado no subsolo e estruturalmente dividido em três partes: triagem com Classificação de Risco Obstétrico; área de observação/internação; e área restrita, com sala de parto, cesárea e de recuperação. Em 2022, segundo o relatório estatístico, o CO atendeu cerca de 987 partos vaginais e 1145 cesarianas (HUSM, 2023). O HUSM foi fundado em 1970, sendo referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul (RS). A instituição está vinculada a uma universidade pública federal, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde. Por ser considerado um hospital-escola, tem por finalidade a formação profissional, desenvolvendo além do ensino, a pesquisa e a extensão. Ademais, serve de campo para a formação de alunos de graduação e pós-graduação. Atualmente são 15 cursos de graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) que possuem atividades no HUSM, além da Residência Médica e Residência Multiprofissional.

3.3 Participantes da Pesquisa

A utilização da ficha de monitoramento no serviço teve início em abril de 2019, com indicação de preenchimento em todos os partos assistidos no local, entretanto devido à inconsistência no preenchimento das informações no referido ano, foram analisados os dados referentes aos anos de 2020 e 2021. Foram utilizadas 100% das fichas, não sendo necessário o cálculo amostral.

Justifica-se que os dados de 2022 não foram utilizados devido ao início da pesquisa ainda no referido ano, optando-se desta forma, por usar os dados dos anos anteriores.

Configuram-se como critérios de seleção: instrumentos preenchidos com informações de parturientes assistidas no CO do HUSM; considerando ambas as vias de parto: vaginal e cesariana; instrumentos que não tenham sido preenchidos em sua totalidade, mas que apresentam minimamente informações referentes ao parto e nascimento.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada a partir do acesso ao banco de dados elaborado e alimentado pelos profissionais de saúde e colaboradores do CO do HUSM, onde são registradas as informações referentes aos partos e nascimentos ocorridos no local, contidas no instrumento “Ficha de coleta de informações para monitoramento de indicadores” (ANEXO B). A ficha é uma ferramenta para monitoramento das ações implementadas na atenção à parturiente no processo de parto e nascimento após adesão do Hospital ao Projeto Apice On.

O instrumento foi elaborado por enfermeiras obstétricas atuantes no serviço, que para elaboração se basearam nos objetivos e metas propostos pelo Apice On para mudanças na atenção obstétrica no âmbito da gestão, assistência e ensino dos hospitais aderentes ao projeto. O instrumento é organizado em oito seções, as quais permitem registros referentes a: dados da internação; acompanhamento do trabalho de parto; identificação da via de parto; dados do parto vaginal; dados do nascimento; pós-parto; eventos sentinela e dados da alta hospitalar.

3.5 Organização, Análise e Interpretação dos Dados

A partir do acesso ao banco de dados registrados no *software* Microsoft Excel versão 2010, foi necessário reajustar a organização e padronização dos dados, para que posteriormente para que fosse possível a análise estatística. Esta etapa e as demais, ocorreram por meio das orientações e auxílio de uma profissional estatística.

Para análise dos dados, foi utilizado o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão profissional para Windows.

Para a caracterização dos dados referentes ao perfil da atenção prestada à parturiente no processo de parto e nascimento utilizou-se estatística descritiva, por meio da frequência relativa e absoluta.

Para verificar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho (via de parto) foram utilizados os testes de associação Qui-quadrado e Exato de Fischer. Foi considerada estatisticamente significativa quando o valor de p for menor ou igual a 0,05.

3.6 Aspectos Éticos

No que tange às questões éticas, foi seguida a Resolução 466/12, do Conselho Nacional Saúde (BRASIL, 2012), que trata de pesquisas com seres humanos. O presente projeto está registrado no Portal de Projetos da UFSM sob o nº 055645 e foi aprovado pela Gerência de

Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria (GEP/HUSM) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP), por meio da Plataforma Brasil Online, sob o CAAE nº 45270521.8.0000.5346 (ANEXO C).

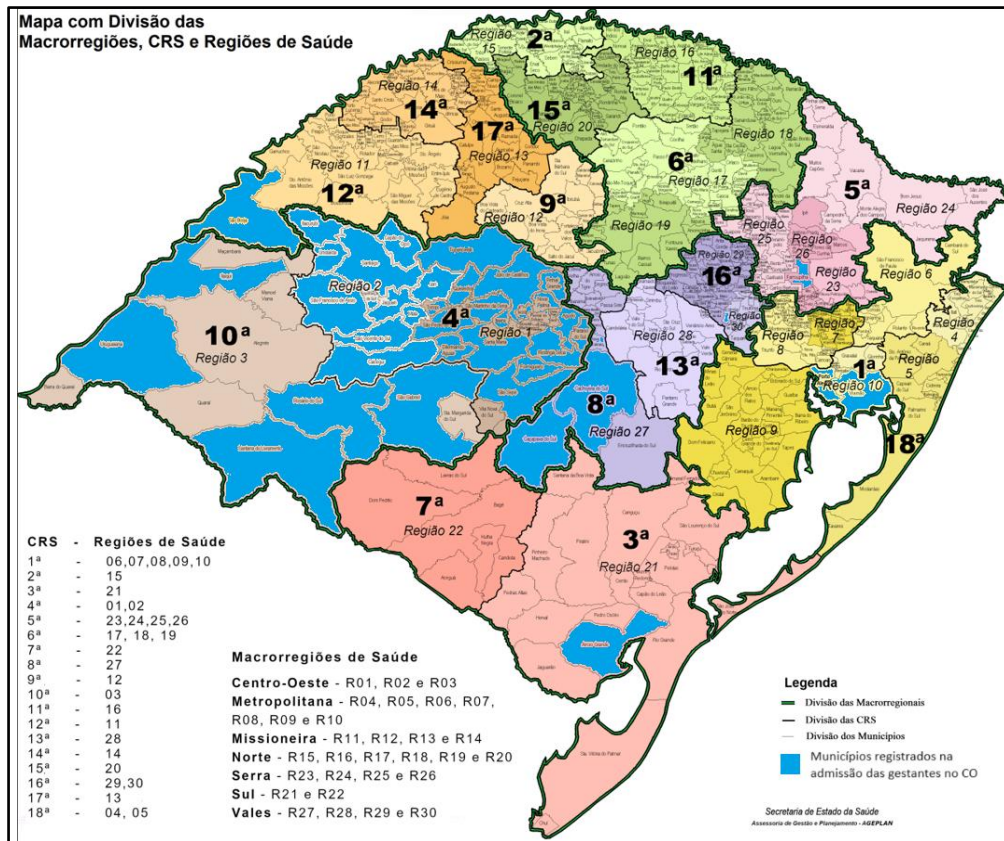
Considerando que a pesquisa não teve contato direto com os participantes, mas somente foram acessados os registros da atenção prestada às parturientes no processo de parto e nascimento, não foi necessário a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Dessa forma, foi solicitado dispensa do TCLE, conforme documento incluído como APÊNDICE A.

Também foi assegurado um Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B), assinado pela pesquisadora responsável pela pesquisa, no qual se compromete com a confidencialidade, segurança e privacidade dos dados. As informações acessadas nesta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, por meio de publicações científicas, de forma anônima, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo dos dados e anonimato dos participantes. O banco de dados da pesquisa serão armazenado no laboratório de pesquisa, por cinco anos e será destruído após esse período.

4 RESULTADOS

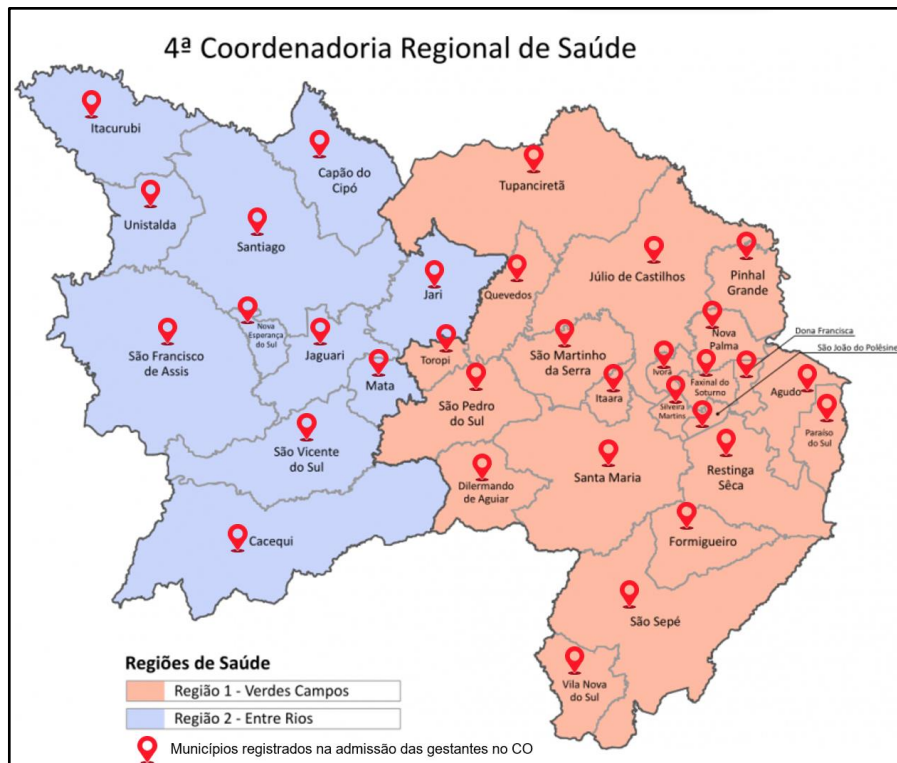
Participaram do estudo 3547 (100%) gestantes, destas, 446 (13%) classificadas como gestação de risco habitual e 2977 (87%) de alto risco, internadas em um CO para desfecho de parto ou cesárea. Acerca da idade, 1742 (49,2%) gestantes encontrava-se na faixa etária entre 20 a 29 anos, advindas de diferentes cidades do RS (Figura 1) pertencentes, principalmente à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). A maioria dos 2595 (99,0%) residia nos municípios de Santa Maria, São Sepé e Júlio de Castilhos (Figura 2).

Figura 1 - Mapa com divisão das Macrorregiões, CRS e Regiões de Saúde



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, RS, 2022. Adaptado pela autora (2023).

Figura 2 - Mapa da 4ª Coordenadora Regional de Saúde, RS



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, RS. Adaptado pela autora (2023).

Dentre os principais diagnósticos clínicos das mulheres, evidenciou-se, 662 (23,2%) com Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG), 651 (22,9%) com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e 610 (21,4%) com PE.

Em relação à Idade Gestacional (IG), 2831(82,6%) foram classificadas como gestação a termo, acima 37 semanas. A descrição das demais variáveis consideradas no estudo é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e clínica obstétrica (n=3547). Santa Maria, RS, Brasil, 2020 e 2021

Variáveis (n*)	Categorias	n*	%
Características Sociodemográficas			
Faixa etária (3543)	< 20	439	12,4
	20-29	1742	49,2
	30-39	1201	33,9
	40-55	161	4,5
Regiões por CRS [†] (2621)	4ª CRS	2595	99,0
	8ª CRS	6	0,2
	10ª CRS	10	0,4
	Outras regiões	10	0,4
Caracterização clínica obstétrica			
Gravidez (3423)	Risco Habitual	446	13,0
	Alto Risco	2977	87,0
Principais diagnósticos clínicos (2848)	DHEG [§]	662	23,2
	DMG [‡]	651	22,9
	Pré-eclâmpsia	610	21,4
	Iteratividade	392	13,8
	TPPI	197	6,9
Características Obstétricas			
Paridade (3501)	Nulípara	1177	33,6
	Multípara	2324	66,4
Tipo de gravidez (3455)	Gestação Única	3387	98,0
	Gestação Múltipla	68	2,0
Idade Gestacional (3426)	<37 semanas	595	17,4
	>37 semanas	2831	82,6
Apresentação cefálica (3147)	Sim	2946	93,6
Trabalho de Parto Espontâneo (2529)	Sim	1672	66,1

*n = Número de participantes; †CRS = Coordenadoria Regional de Saúde; ‡DMG = Diabetes Mellitus Gestacional; §DHEG = Doença Hipertensiva Específica da Gravidez; ¶TPPI = Trabalho de Parto Prematuro

A Tabela 2 apresenta as variáveis correspondentes a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido, e das ações realizadas destaca-se que 2063 (74,6%) parturientes foram submetidas à punção venosa, e cerca de 55% das mulheres receberam algum tipo de indução do parto, os mais utilizados foram misoprostol, seguido de ocitocina endovenosa e Sonda Foley (SF).

Relacionado ao desfecho de via de parto, 1996 (56,3%) mulheres foram submetidas à cesariana e 1549 (43,7%) tiveram PV, neste último, o profissional assistente de maior atuação foi o médico, seguido da EO.

Já na assistência prestada ao RN na Hora Ouro, 2368 (68,6%) tiveram o clampeamento oportuno do cordão umbilical, 2786 (83,8%) RNs foram colocados em contato CPP com a mãe. Contudo, aqueles que não experienciaram esse momento, justifica-se: 28 (0,8%) condições maternas; 256 (7,7%) condições do RN; e 163 (4,9%) RN encaminhado à UTIN. Foram amamentados na primeira hora de vida 2741 (81,5%) RNs, aqueles que não foram amamentados, justifica-se: 425 (12,6%) RN sem condições; 38 (1,1%) condições maternas e 95 (2,8%) amamentação contraindicada (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da assistência prestada à mulher e ao RN (n=3547). Santa Maria, RS, Brasil, 2020 e 2021

Variáveis (n*)	Categorias	n*	%
Assistência prestada à mulher			
Punção venosa (2767)	Sim	2063	74,6
Fisioterapia no TP [†] (3541)	Sim	707	20,0
Dieta (2998)	Livre	1694	56,5
	Líquida	107	3,6
	Zero	1197	39,9
Indução do TP [†] (2742)	Misoprostol	783	28,6
	Ocitocina	707	25,8
	Sonda Foley	22	0,6
Analgesia de parto (2430)	Sim	38	1,6
	Episiotomia (2584)	Sim	212
Via de parto (3546)	Cesariana	1996	56,3
	Vaginal	1549	43,7
Profissional atuante no PV [‡] (2948)	Médico(a)	2946	99,9
	EO [§]	80	2,7
Posição no período expulsivo (1509)	Litotômica	948	62,82
	Deitada	538	35,65
	Cócoras	13	0,86
	4 apoios	6	0,40
	Sentada	1	0,07
Laceração (2577)	Outro	3	0,20
	1º grau c/s sutura	492	19,1
	2º grau	297	11,5
	3º e 4º grau	18	0,71
Características assistências ao RN			
Tempo do clampeamento do cordão umbilical (3451)	< 1 minuto	1083	31,4
	>1 minuto	2368	68,6
Contato pele a pele (3322)	Sim	2786	83,8
	Não	536	16,23
Peso ao nascer (3255)	< 2500 Kg	431	13,2
	>2500 Kg	2824	86,8
Capurro (3360)	<37 semanas	664	19,8
	>37 semanas	2696	80,2
Amamentou na 1ª hora de vida (3362)	Sim	2741	81,5
	Não	621	18,5

*n = Número da população; [†]TP = Trabalho de parto; [‡]PV = Parto vaginal; [§]EO = Enfermeira Obstétrica

Na associação entre a assistência prestada ao RN na primeira hora de vida (Hora Dourada) e via de parto, todas variáveis foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$). Relacionado ao tempo de clampeamento do cordão umbilical maior que 60 segundos, 1285 (65,7%) ocorreram na cesárea, enquanto que, 1082 (72,4%) no PV. A amamentação na primeira hora de vida, 1264 (86,8%) ocorreu no PV, bem como, 1285 (89,2%) dos RNs que foram colocados em CPP com a mãe, também houve predominância quando a via de parto foi vaginal. Desta forma, observa-se que há maior número de clampeamento oportuno de cordão umbilical, amamentação na primeira hora de vida e CPP, quando o desfecho da via de parto é vaginal (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre a assistência ao RN na primeira hora de vida e via de parto (n=3348). Santa Maria, RS, Brasil, 2020 e 2021

Assistência ao RN (n=3348)		Cesárea		Parto Vaginal		p†
		n*	%	n*	%	
Tempo de clampeamento do cordão umbilical (3450)	<1 min*	671	34,3	412	27,6	<0,001
	>1 min*	1285	65,7	1082	72,4	
Amamentou na 1ª hora de vida (3361)	Sim	1476	77,5	1264	86,8	<0,001
	Não	428	22,5	193	13,2	
Contato pele a pele (3321)	Sim	1500	79,8	1285	89,2	<0,001
	Não	380	20,2	156	10,8	

*n = Número da população; †p = Nível de significância ($p < 0,05$)

Acerca da classificação de Robson e via de parto, os valores em negrito apresentam associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$), evidenciando que há maior frequência de PV nos grupos um, três e quatro e maior frequência de cesárea nos grupos cinco e seis a dez, conforme a análise de resíduo ajustado padronizado (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre a Classificação de Robson conforme e via de parto (n=3348). Santa Maria, RS, Brasil, 2020 e 2021

Classificação de Robson (n=3348)	Cesárea		Parto Vaginal	
	n*	%	n*	%
Grupo 1	171	38,3	276	61,7
Grupo 2	244	52,0	225	48,0
Grupo 3	72	15,8	385	84,2
Grupo 4	106	31,5	231	68,5
Grupo 5	806	86,3	128	13,7
Grupo 6 a 10	481	68,3	223	31,7

*n= Número da população

A Tabela 5 apresenta a associação entre o uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento e o desfecho de PV, das quais houve significância estatísticas relaciona as seguintes variáveis: liberdade de posição, aromaterapia e banho de aspersão ($p < 0,05$).

Tabela 5 – Associação entre o uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento e o desfecho de parto vaginal. Santa Maria, RS, Brasil, 2020 e 2021

Tecnologias não invasivas	Parto Vaginal (n=1549)		
	n*	%	p†
Liberdade de posição	1067	71,3	0,001
Aromaterapia	51	87,9	0,001
Banho de aspersão	572	66,2	0,032
Exercício de respiração	502	71,1	0,076
Massagem	266	71,9	0,148
Banqueta	55	75,3	0,247
Cavalinho	210	66,0	0,286
Bola suíça	444	67,2	0,316
Bolsa térmica	10	58,8	0,432
Musicoterapia	6	85,7	0,445
Mobilização pélvica	9	60,0	0,577
Penumbra	5	62,5	0,711
Deambular	976	68,7	0,999
Agachamento	1	100,0	0,999
Posição borboleta	1	100,0	0,999
Escalda pés	2	100,0	1,000

*n= Número da população; †p = Nível de significância ($p < 0,05$)

A partir dos resultados apresentados acima, observa-se que houve muitos avanços ao que se refere a assistência obstétrica qualificada e humanizada, mesmo o serviço sendo referência para GAR. As boas práticas são desenvolvidas no serviço, demonstradas a partir da análise estatística com resultados positivos, visando cada vez mais o protagonismo da mulher sobre seu processo de parturição e proporcionando uma experiência positiva a partir do cuidado pautado em Práticas Baseadas em Evidências (PBE). Em contrapartida, a análise dos resultados também permite compreender que ainda são necessárias mudanças, entre elas, destaca-se a assistência da EO durante o PV.

5 DISCUSSÃO

A partir das variáveis analisadas, observa-se que a maioria das de gestantes tem idade entre 20 a 39 anos, esse resultado vai ao encontro da pesquisa realizada pelo Nacer no Brasil,

em que cerca de 67,9% das mulheres reproduzem nessa faixa etária (FIOCRUZ, 2021c). Contudo, uma busca realizada no Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos, nota-se que ao longo dos anos houve um declínio de nascimentos em que a idade materna apresentavam-se entre 25 a 29 anos, em contrapartida, ocorreu um aumento de nascimentos de mães com idade entre 30 a 34 anos (BRASIL, 2023). Esse fato pode ser relacionado à ascensão profissional feminina, com a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, interferindo significativamente na decisão de quando o casal vai gestar, ocasionando em uma gestação tardia (BRUZAMARELLO, PATIAS, CENCI, 2019).

A gestação na adolescência ou acima dos 40 anos, são fatores que representam riscos materno-fetais, assim, a gestante deve ser acompanhada pelo serviço especializado, de maior nível hierárquico de pré-natal, de modo que, essa seja atendida no local mais apropriado, por equipe de saúde qualificada e multidisciplinar (BRASIL, 2022; FEBRASGO, 2019). ARAÚJO *et al.*, 2020).

A estratificação de risco obstétrico deve ser realizada de forma dinâmica e contínua durante todas as consultas de pré-natal, identificar os riscos de forma precoce é um dos fatores determinantes para a redução da mortalidade materna e perinatal. Entre os principais diagnósticos clínicos da GAR estão: as síndromes hipertensivas (DHEG e PE), DMG, infecção urinária alta, restrição do crescimento fetal, oligoâmnio/polidrâmnio, placenta prévia, entre outras (BRASIL, 2022; ARAUJO, YOON 2021). Essas condições também foram encontradas nesta pesquisa, destacando as duas primeiras.

As complicações da GAR, representam maior potencial no desenvolvimento de patologias com possível desfecho negativo e/ou óbito materno-fetal (BRASIL, 2022). Os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal ainda são expressos em altos índices, a OMS publicou recentemente, o relatório *Trends in maternal mortality 2000 to 2020*, de acordo com as últimas estimativas, a cada dois minutos, uma mulher morre durante a gravidez ou o parto. Os novos dados mostram grandes retrocessos para a saúde materna em muitas partes do mundo, destacando grandes disparidades no acesso à saúde (WHO, 2023). Desde 2015, os 193 países membros das Nações Unidas adotaram uma nova política global: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que tem como objetivo elevar o desenvolvimento do mundo e melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas, uma das metas propostas é a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal (ONU, 2022).

A prematuridade é a principal causa de morte no primeiro ano de vida no Brasil (SBP, 2017). Em 2020, estimava-se que 13,4 milhões de bebês no mundo nasceram prematuros. O

parto pré-termo é aquele que ocorre em até 36 semanas e 6 dias de idade gestacional (WHO, 2023). O estudo de Alberton analisou que a prevalência de prematuridade em 2011-2021 foi de 11,1%, apresentando-se estável, sem diferença durante a pandemia (ALBERTON, ROSA, ISER, 2023).

Entre as principais causas de partos pré-termo estão o trabalho de parto prematuro (TPP), a rotura prematura pré-termo das membranas ovulares e a prematuridade terapêutica (quando alguma condição mórbida materna e/ou fetal ocasiona a antecipação do parto). O TPP está descrito na Tabela 1, como um dos principais diagnósticos obstétricos encontrados nesta pesquisa (BRASIL, 2022).

A grande contingência de prematuros, leva-nos a refletir sobre a assistência de saúde oferecida à gestante e ao seu parceiro. Os profissionais precisam atentar para os comportamentos de estilo de vida das mulheres durante a gravidez, possibilitando a orientação sobre cuidados de saúde e o desenvolvimento dos bons hábitos de vida, a fim de reduzir a ocorrência de complicações durante a gestação, parto e pós-parto (XIANG *et al.*, 2021).

Desde o final do século XX, as agendas de políticas públicas voltaram-se para a qualificação da atenção ao processo de parto e nascimento (BRASIL, 2011). Com vistas a qualificar a assistência baseada em evidências científicas, em 1996 foi publicado um guia com recomendações das práticas comuns na condução do parto normal, denominado “Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento” pela OMS. O documento objetivou orientar as práticas obstétricas que deveriam ser estimuladas, as que estavam sendo utilizadas de maneira inadequada, as que deveriam ser abandonadas e as que precisavam ser estudadas (OMS, 1996a).

Em 2018, a OMS buscou complementar o documento supracitado, publicando “*Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*”, a qual reconhece uma “experiência de parto positiva”. Dentre as principais práticas intervencionistas (recomendadas e não recomendadas), estão: Presença do acompanhante durante o trabalho de parto; Uso de MNF s para alívio da dor; Liberdade de posição; Ingestão de líquido ou alimento; Uso de catéter venoso periférico; Episiotomia; Clampeamento tardio do cordão umbilical; Contato pele a pele; e Amamentação na primeira hora vida (WHO, 2018b).

A ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto nas gestações de baixo risco, é a 24ª recomendação da OMS, além disso, já foi constatado que a restrição da dieta não tem benefício (WHO, 2018b). Em relação à prescrição de dieta livre para parturientes, esta pesquisa demonstrou uma taxa de 56,5% no período analisado, reiterando que há uma maior proporção de GAR.

Em algumas condições da GAR a indução do parto torna-se uma alternativa, e é indicada quando manter a gestação signifique risco para a mãe ou para o feto. Em certas situações, o risco materno é inaceitável e o risco fetal torna-se maior que o risco neonatal. A indução do parto, esse é entendido como a utilização de métodos para obtenção de contrações uterinas que promovam o início do trabalho de parto (TP) e o nascimento da criança em tempo apropriado (BRASIL, 2022). Todos métodos de indução de parto tem seus potenciais positivos e negativos, desta forma, a indução está indicada nas situações em que há riscos maternos e/ou fetais, na ausência de contraindicações ao PV. Contudo, ressalta-se que a indução do parto pode aumentar o risco de hemorragia materna no pós-parto, endometrite, histerectomia e a cesariana de urgência. Estima-se que, mundialmente, 20 a 30% dos partos sejam induzidos (OPPERMANN *et al.*, 2023).

A maturação do colo uterino é essencial para o andamento fisiológico do TP e o sucesso do PV, para tanto, os métodos mais utilizados para o preparo do colo, incluem: a SF e o misoprostol. A SF é um método mecânico, consiste na inserção de SF estéril por via endocervical, ultrapassando o orifício interno, seguida pela insuflação do balão, permanecendo *in loco* por 12 a 24 horas, ou até a expulsão espontânea (BRASIL, 2022). No estudo ela foi utilizada apenas em 0,6% das mulheres.

O misoprostol é um método farmacológico, análogo sintético da prostaglandina E1 e está disponível no Brasil em comprimidos, com várias vias de administração (oral, sublingual, vaginal e retal) (BRASIL, 2022). No cenário desta pesquisa, a via mais utilizada é a vaginal e demonstrou-se ser o método mais utilizado em 28,6% das mulheres.

O MS recomenda que seis horas após a última dose de misoprostol, inicia-se o uso de ocitocina, conforme a prescrição médica. O uso concomitante de misoprostol e ocitocina não é recomendado, pois eleva o risco de taquissistolia, aumento da intensidade das contrações uterinas e rotura uterina e do comprometimento da vitalidade fetal.

A ocitocina é um hormônio hipotalâmico liberado pela neuro-hipófise de maneira pulsátil, é um potente uterotônico. A ocitocina foi sintetizada na década de 50 e tem sido utilizada desde então para iniciar ou aumentar as contrações rítmicas, sendo administrada por via endovenosa em bomba de infusão (NUCCI, NAKANO, TEIXEIRA, 2018; BRASIL, 2022). A OMS (2018) não recomenda o uso rotineiro de ocitocina durante o TP, considerando uma prática prejudicial, com potencial incidência de desacelerações da FCF, aumento da contratilidade uterina com hipertonia e taquissistolia, mais dor no parto e maior frequência de parto operatório.

Relacionada a analgesia de parto, o estudo evidenciou uma taxa de 1,6% no total de PVs, reflexo de uma prática ainda pouco adotada no serviço e no Brasil (LEAL *et al.*, 2019). Apesar de ainda ser baixa, a taxa de analgesia entre 2011-2017, aumentou 8,9% por meio da avaliação da Rede Cegonha (FIOCRUZ, 2021c).

Contudo sabe-se que o TP e parto é um processo doloroso e, existem muitas opções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, as técnicas neuroaxiais, como as epidurais, são as mais eficazes no fornecimento de analgesia de parto e é considerada o padrão ouro, ainda, serve como um aliado no incentivo ao PV (NANGI, CARVALHO, 2020; LEAL *et al.*, 2019). A indisponibilidade de analgesia peridural nas instituições de saúde é uma barreira, mesmo após a garantia do direito das mulheres de ter alternativas para o manejo da dor conferido pelo MS, Rede Cegonha e Diretrizes do Parto Normal (VEIGA *et al.*, 2021).

A 39ª recomendação da OMS refere-se à episiotomia, o uso rotineiro ou liberal não é uma prática recomendada para mulheres em trabalho de PV espontâneo, pois não existem evidências que corroborem a necessidade de episiotomia de rotina. Essa prática intervencionista, deve ser realizada apenas em casos específicos e emergências, como em partos com alto risco de laceração perineal grave, feto com sinais de comprometimento da oxigenação, distocia de ombros, entre outras intercorrências (WHO, 2018b; BRASIL, 2023).

A episiotomia é tecnicamente realizada por meio da utilização de uma tesoura ou bisturi estéril, a incisão perineal é preferencialmente mediolateral, se faz necessário anestesia local eficaz e o consentimento informado da mulher (BARJON, MAHDY, 2023; WHO, 2018b).

A pesquisa realizada pelo Nascer no Brasil, evidenciou uma queda de 19,6% de episiotomia entre 2011 e 2017 (FIOCRUZ, 2021c). A presente pesquisa evidenciou um total de 8,2% de episiotomias, um resultado abaixo da preconizada pela recomendação da OMS que é de 10% (WHO, 2018). Esses indicadores refletem uma mudança assistencial, por meio de uma prática mais humanizada e qualificada, em conjunto com uma diminuição de procedimentos invasivos desnecessários no parto (NAKATA, COLOMBIANO, RODRIGUES, 2022).

Ao que se refere ao desfecho de parto, desde 1985 a OMS considera que a taxa ideal de cesáreas seja entre 10 a 15%, quando indicada, tem o potencial de reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal, mas salienta que, tal procedimento, quando realizado sem critérios bem definidos, não trazem benefícios à mulher e ao RN. A cesariana é uma cirurgia, desta forma, deve-se considerar seus riscos imediatos e a longo prazo (OMS, 2015).

Mesmo após 30 anos da recomendação supracitada, as taxas de cesariana no mundo têm manifestado uma crescente, correspondendo a 21,1%, o Brasil destaca-se em segundo lugar

com 55,7%, ficando atrás apenas da República Dominicana que superam com 58,1% (BETRAN *et al.*, 2021).

A cesárea sem indicação é uma prática cirúrgica que pode apresentar riscos, isso inclui o potencial de sangramento intenso ou infecção, tempo de recuperação mais lento após o parto, atrasos no estabelecimento da amamentação e do CPP e maior probabilidade de complicações em gestações futuras (OPAS, 2021a). O presente estudo apresentou um total de 56,3% cesarianas, contudo, deve-se considerar que 87% das mulheres foram classificadas como GAR.

O PV é um processo fisiológico e natural que pode ser vivenciado sem complicações pela maioria das mulheres e RNs (OPAS, 2018). A inserção e consolidação da EO, é um potencial para mudanças no modelo assistencial obstétrico vigente (DULFE *et al.*, 2022). O acompanhamento do TP por enfermeiras, entre os anos de 2011-2017, apresentou aumento de 30% no setor privado (de 70,2% para 97,9%) e de 65% no setor público (de 46,4% para 84,7%). Entretanto, a EO foi praticamente inexistente na assistência ao PV no setor privado (1,8% em 2017) (LEAL *et al.*, 2019).

A atuação da EO reforça a importante contribuição dessa profissional no que tange à prática assistencial, corroborando às boas práticas de assistência do parto e nascimento, em conformidade com o preconizado pelas políticas públicas de saúde nacionais e internacionais. Contribuindo desta forma para parto fisiológico, estimulando a autonomia da mulher como ser ativo no seu processo de gestar e parir (DULFE *et al.*, 2022; AMARAL *et al.*, 2019b).

Contudo, apesar de compreender os impactos da EO na assistência à mulher e ao RN, o presente estudo identificou que estas atuaram em somente 2,7% dos PVs do serviço, reiterando que 13% das gestantes eram de risco habitual. A baixa assistência da EO pode estar relacionada ao número previsto no dimensionamento pessoal da instituição, que é de duas EOs para toda equipe de enfermagem. Para Amaral *et al.* (2019b) as principais dificuldades de inserção das EO durante o processo de parto e nascimento, está relacionado com: a carência de profissionais especializados; ausência de espaço para atuação e autonomia da EO; aspectos político-partidários influenciando na gestão institucional; conflito de atuação com os médicos obstetras; e falta de enfermeiros na sala de parto.

Independentemente do profissional assistente, ambos devem encorajar a livre escolha de posição no parto, esta é uma prática recomendada, em que a mulher poderá adotar uma posição para dar à luz à sua escolha, respeitando o desejo e o conforto da mulher (WHO, 2018b). Há dois grupos de posições: as horizontais (posição lateral, supina e litotômica) e as verticais (posição sentada, de cócoras e ajoelhada) (HUANG *et al.*, 2019).

No estudo de Huang *et al.* (2019) as posições verticais e laterais podem ter mais benefícios na melhoria dos resultados maternos e neonatais e no tratamento de certas complicações obstétricas. No entanto, quando as mulheres dão à luz na posição vertical, especialmente na posição de cócoras e sentadas, deve-se atentar para evitar traumas perineais e perdas de sangue superiores a 500 ml. Em contrapartida, as posições supinas e de litotomia devem ser evitadas devido ao risco aumentado de trauma perineal grave, intervenções obstétricas desnecessárias, como a episiotomia, TP mais longo, maior dor e a alterações dos padrões de frequência cardíaca fetal (HUANG *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2020; NAKATA, COLOMBIANO, RODRIGUES, 2022).

Em 2017, a avaliação da Rede Cegonha evidenciou que 62,1% das mulheres deram à luz em posição de litotomia (FIOCRUZ, 2021c), indo ao encontro dos achados desta pesquisa cuja taxa é de 62,82%. Desta forma, os achados sugerem que esta recomendação deve ser ainda mais estimulada nos serviços de saúde.

A livre escolha de posição no parto, é uma informação que deve ser dada à gestante ainda no pré-natal, esse conhecimento leva há maior chance de o parto ocorrer na posição vertical (FARIAS, 2020).

A posição vertical favorece o nascimento do bebê, devido a ação da gravidade, facilitando o trajeto e a descida fetal, e impedindo a compressão dos grandes vasos e tendo como resultado uma menor duração do trabalho de parto (ROPKE, 2016).

Para Magdaleno e Procianoy (2023) a transição fisiológica da vida humana, a partir do nascimento, é extraordinária. A assistência ao RN nos primeiros minutos de vida, principalmente, no primeiro minuto (golden minute ou “minuto de ouro”) pode determinar a diferença entre um desenvolvimento normal ou a presença de sequelas neurológicas, ou até mesmo entre a vida e a morte.

No que tange a assistência ao RN, a “*Golden Hour*” ou “Hora dourada” é definida como a primeira hora de vida pós-natal em RNs prematuros e a termo. Esse conceito em neonatologia inclui a prática de todas as intervenções baseadas em evidências a fim de melhores resultados em longo prazo (SHARMA, 2017). O clampeamento oportuno ou tardio do cordão umbilical, o CPP e a amamentação na primeira hora de vida, são umas das principais práticas recomendadas na *Golden Hour* (WHO, 2018b).

O tempo de clampeamento do cordão está associado à transfusão placentária e tem efeitos na transição cardiovascular ao nascimento, bem como na evolução do RN no curto e médio prazo. Ainda não se tem uma definição exata do momento ideal para o clampeamento

do cordão, contudo, deve-se levar em consideração que a conduta é determinada pela idade gestacional e pela condição do neonato no nascimento (SBP, FEBRASGO, 2022; SILVEIRA, CORSO, 2023).

O clampeamento oportuno do cordão umbilical, é aquele que ocorre entre o primeiro ao terceiro minuto após o nascimento (WHO, 2017a) ou após cessar a pulsação do cordão umbilical (SBP, FEBRASGO, 2022). Essa prática é recomendada devido aos benefícios em relação à hemoglobina nas primeiras 24 horas de vida e ao aumento dos estoques de ferro aos três e seis meses de vida do bebê aos seis meses de idade, embora possa aumentar o risco de policitemia e de icterícia com necessidade de fototerapia por hiperbilirrubinemia na primeira semana de vida (MCDONALD *et al.*, 2014; WHO, 2018b; SBP, FEBRASGO, 2022).

O clampeamento tardio em RN prematuro <34 semanas com boa vitalidade (respira ou chora e se ativo), recomenda-se aguardar um tempo superior de 30 segundos para clampar o cordão umbilical (SBP, FEBRASGO, 2022). Para RNs prematuros, a prática também melhora a pressão arterial do bebê, reduz a necessidade de transfusões de sangue e reduz as taxas de sangramento intracraniano em 50% (VAIN *et al.*, 2014).

Para os RNs com apnéia ou hipotonia ao nascer, não há evidências sobre os benefícios do clampeamento tardio do cordão e da ordenha. Deste modo, sugere-se, antes do clampeamento imediato do cordão, fazer o estímulo tátil no dorso, de modo delicado e no máximo duas vezes, e a seguir levar o RN à mesa de reanimação (SBP, FEBRASGO, 2022).

Durante o período de espera para o clampeamento, o neonato com boa vitalidade, seja prematuro ou a termo, pode ser colocado em CPP sobre o abdome ou no tórax materno, atentando-se para os cuidados de secar e envolver a região das fontanelas e o corpo em campo estéril aquecido para evitar hipotermia (VAIN *et al.*, 2014).

No estudo realizado por Strada *et al.* (2022) a efetividade do clampeamento oportuno do cordão umbilical está significativamente associada ao CPP, o qual serve como fator de proteção para a realização oportuna do clampeamento, reduzindo em 24% a probabilidade de ocorrência de clampeamento precoce.

A 48ª recomendação da OMS refere-se ao CPP entre mãe e RN durante a primeira hora após o nascimento para prevenir a hipotermia e promover a lactação/ amamentação, na ausência de complicações maternas e neonatais (WHO, 2018b; BRASIL, 2022).

A primeira hora após o nascimento é um período sensível à mãe e ao RN, provocando consequências emocionais, esse fator potencializa o vínculo (WIDSTRÖM *et al.*, 2019). O CPP facilita a colonização do RN pela flora da pele de sua mãe, o padrão respiratório e circulatório

do RN é mais ajustado, favorece o aleitamento materno, previne o desmame precoce, e fortalecer o vínculo mãe-filho (FIOCRUZ, 2019c; SBP, 2018). Ainda, uma revisão sistemática da literatura, evidenciou os efeitos do CPP na regulação do estresse, diminuindo a ansiedade e o sofrimento psicológico tanto da mãe quanto do bebê (IONIO, CIUFFO, LANDONI, 2021)

O CPP faz parte de uma abordagem neurocomportamental, facilitando os comportamentos primitivos do RN, que são respostas motoras involuntárias a estímulos, promovendo a amamentação na primeira após o nascimento (WIDSTRÖM *et al.*, 2019; MILINCO *et al.*, 2020).

A amamentação na primeira hora de vida, é uma boa prática, é a 49^a recomendação da OMS, deve ser incentivada pelos profissionais de saúde, pois para além de favorecer o vínculo afetivo entre o binômio, também assegura que o RN receba o colostro, fator de proteção já que é rico em anticorpos. Além disso, orientar sobre a pega adequada, a importância da livre demanda, e a autonomia das mulheres quanto a essa prática, são essenciais para que esse cuidado seja fortalecido (WHO, 2018b; NAKATA, COLOMBIANO, RODRIGUES, 2022).

Estudos têm evidenciado que o parto vaginal apresenta maiores proporções para a efetivação para o clampeamento oportuno do cordão umbilical, estímulo do CPP e a amamentação na primeira hora após o nascimento, quando comparado a cesariana (PATRÍCIO *et al.* 2022; STRADA *et al.*, 2022; SIQUEIRA *et al.*, 2020; SILVEIRA *et al.*, 2022). Os mesmos resultados também foram encontrados na presente pesquisa, em que todas as variáveis da Tabela 3 foram significativas, com maiores incidências no PV. A cesariana pode ser um fator limitante para realização do CPP (AYRES *et al.*, 2020), pode atrasar o início da amamentação e encurtar a duração do aleitamento materno exclusivo, apesar das boas práticas estarem sendo cada vez mais implementadas, ainda são observadas dificuldades na realização na cesariana (LI, WAN, ZHU, 2021; PIERI, 2020).

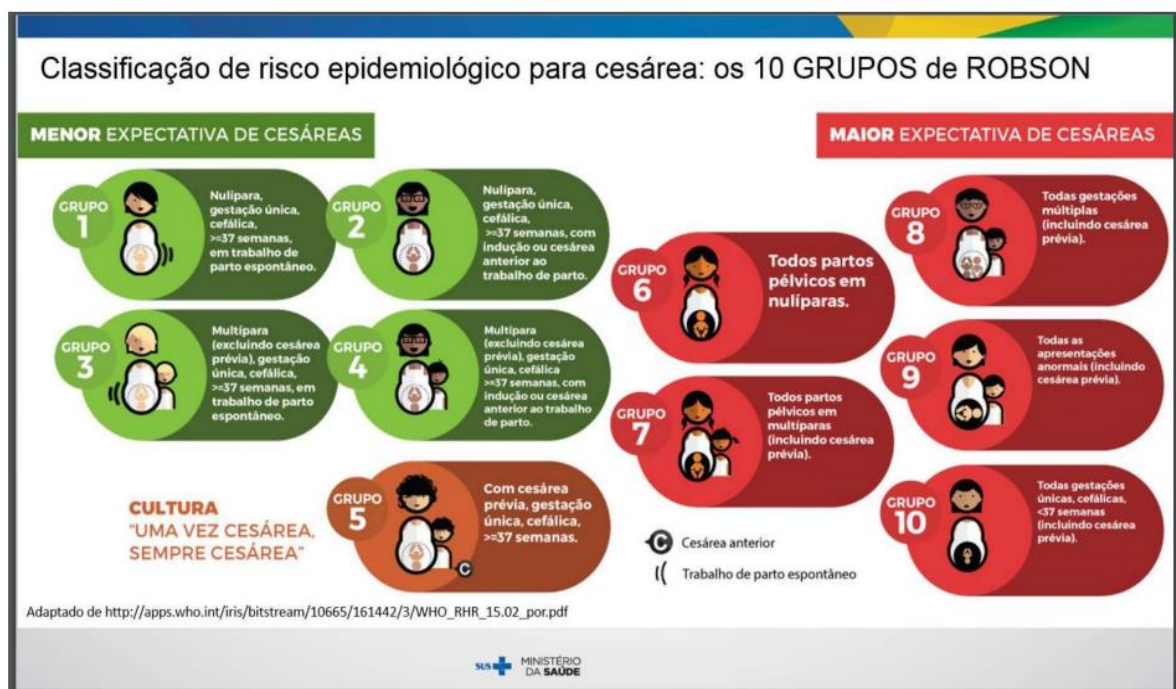
Com tantas divergências e aumento sobre as taxas de cesarianas no mundo, a classificação de Robson, é proposta pela OMS como um instrumento para avaliar, monitorar e comparar esses indicadores entre serviços ou ao longo de tempo em um serviço. Criada por Michael Robson em 2001, esclarece requisitos para a indicação da cesariana nas instituições de saúde (FIOCRUZ, 2022).

A classificação de Robson, configura-se em 10 grupos, baseadas em seis variáveis obstétricas básicas: paridade, número de fetos, cesariana anterior, início do trabalho de parto, idade gestacional e apresentação fetal. A mulher deve ser classificada em apenas um grupo (WHO, 2017b).

Com base na classificação, é viável determinar e avaliar quais grupos de mulheres têm um impacto maior ou menor na taxa global de cesárea. Além de avaliar a eficácia de estratégias para otimizar o uso da cirurgia, é possível avaliar a qualidade do cuidado e do tratamento clínico e a qualidade dos dados coletados em uma população, uma vez que as variáveis necessárias são coletadas com frequência na internação para o parto (RIOS, 2022).

O Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson), adaptou a figura da OMS (2015), associando os grupos de Robson, com a maior ou menor expectativa de cesáreas (Figura 1).

Figura 1 - Classificação de Robson. Divisão dos grupos a partir das variáveis obstétricas.



Fonte: Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos segundo Classificação de Risco Epidemiológico (Grupos de Robson).

A partir da análise da Figura 1, observa-se que os grupos um, dois, três e quatro, estão dentre os indicadores de menor expectativas de cesárea. Já os grupos seis, sete, oito, nove e 10, estão apresentando mais condições para a cesariana. O grupo cinco é indefinido, propenso para uma situação cultural.

Os achados desta pesquisa, estão de acordo com os grupos e seu desfecho de parto, seguindo as recomendações da OMS, agrupando gestantes conforme suas características obstétricas, evitando desta forma, cesarianas desnecessárias (OMS, 2015). Mulheres classificadas nos grupos de Robson em que há menor expectativa de cesariana, iniciam o trabalho de parto, seja de forma espontânea ou induzida. O TP é composto por quatro períodos:

dilatação, expulsão, dequitação ou secundamento e a primeira hora pós-parto (BRAULIO, STEFANI, VIEIRA, 2023).

O primeiro período, é o intervalo desde o início do TP até a dilatação completa, composto em duas fases: latente e ativa. A latente é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, com apagamento e progressão mais lenta da dilatação de até 5 cm. A fase ativa são contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa. O tempo de duração desse primeiro período é variável e individual, pois depende do processo fisiológico e das características da gravidez de cada uma (BRASIL, 2022).

O segundo período, é a descida da apresentação e expulsão do feto. Compreende o período entre a dilatação completa e o desprendimento do concepto. Divide-se em duas fases: a fase inicial ou passiva, com dilatação total do colo do útero, mas sem sensação de puxo, e polo cefálico alto na pelve; e a fase ativa, com dilatação total do colo do útero, cabeça fetal visível e presença de puxos ou esforços maternos ativos (BRAULIO, STEFANI, VIEIRA, 2023; BRASIL, 2022).

O terceiro período, caracteriza-se pelo período entre a expulsão do feto e a saída da placenta e das membranas ovulares. A duração desta fase é geralmente considerada em até 30 minutos (BRAULIO, STEFANI, VIEIRA, 2023; BRASIL, 2022). Por fim, o quarto e último período, compreende a primeira hora após a expulsão da placenta, em que há grande risco de complicações hemorrágicas (BRASIL, 2022).

Idealiza-se que o TP seja realizado da maneira mais natural possível, sem grandes intervenções, como indução, assistência instrumental, cesariana, além de uso de anestesia peridural ou outros medicamentos para aliviar a dor, em um ambiente de apoio centrado na mulher (OLZA *et al.*, 2020). A dor é inerente ao TP e parto e está entre os tipos mais intensos de dor física que as mulheres podem sentir durante a vida, desta forma, torna-se essencial promover o alívio da dor durante o parto (ZUAREZ-EASTON *et al.*, 2023).

As tecnologias não invasivas de cuidado com vistas ao alívio da dor no parto e nascimento compreendem práticas humanizadas, não farmacológicas, simples, de baixo custo, não invasivas e geralmente sem contraindicações ou efeitos adversos. A oferta destas tecnologias fazem parte da 21ª e 22ª recomendações da OMS, incluem: fisioterapia durante o trabalho de parto, liberdade de posição, deambulação livre, exercícios respiratórios, massagem, banho de imersão, acupuntura, bola suíça, entre outros (WHO, 2018b; BRASIL, 2022; PIMENTEL *et al.*, 2021; ROPKE, 2016; PRATA *et al.*, 2019)

A liberdade de posição e mobilidade da parturiente é a 25ª recomendação da OMS, contudo, sabe-se que em muitas instituições ainda empregam práticas rotineiras de impor o repouso na cama para todas as mulheres em trabalho de parto, ao invés de proporcionar a escolha de posição às parturientes (WHO, 2018b). A posição dorsal no leito, revela diversas desvantagens na condução do TP, como a redução do fluxo uteroplacentário, justificado pelo peso que o útero exerce sobre as principais veias que aportam o fluxo de sangue materno (GONÇALVES, 2020).

A liberdade de posição e mobilidade, além de serem práticas benéficas, de baixo custo e simples, também diminuem as taxas de cesarianas (WHO, 2018b). A revisão integrativa de Gonçalves (2020) reforça a influência positiva da promoção da deambulação na percepção da dor materna, destacando um aumento de conforto, bem-estar e satisfação por parte da parturiente.

Ao que se refere sobre o uso de óleos essenciais (OE) e a aromaterapia no TP, o estudo de Karasek, Mata, Vaccari (2022) evidenciou que o objetivo principal é o alívio ou diminuição da dor, diminuição da ansiedade, de náuseas e dos vômitos, bem como a estimulação das contrações uterinas durante o processo parturitivo. A aromaterapia pode ser aplicada de forma única ou associada a outras terapias, e pode ser vastamente utilizada, uma vez que é de baixo custo, porém a implantação desta prática ainda é pouco difundida. Os profissionais devem se empoderar de tal prática, incentivando a adoção da aromaterapia e de outras tecnologias (SILVA *et al.*, 2019).

O banho quente, seja de aspersão ou imersão, é uma técnica não invasiva de estimulação cutânea de calor superficial que, quando aplicada com intensidade e tempo adequado, produz efeitos locais, regionais e globais, sendo, portanto, considerado um tratamento complementar e alternativo na prática obstétrica (BARBIERI *et al.*, 2013).

O banho de imersão em água quente seria a forma mais efetiva para o controle da dor, mas, sua utilização no Brasil envolve o redesenho das unidades de assistência ao parto, já que a maioria delas não possuem banheiras, fato que deve ser considerado em construção ou reforma de unidades assistenciais. O banho de aspersão (chuveiro) mostra-se sendo uma segunda alternativa, substituindo a banheira, possibilitando o favorecimento da mobilidade por ficar em pé sob o mesmo ou sentada, podendo ser utilizadas outras ferramentas em conjunto, como a bola suíça (BRASIL, 2022).

A banho de aspersão e uso da bola suíça, além de promoverem um alívio significativo da dor, também acarretam no relaxamento da parturiente, diminuindo o tempo do TP, aumenta

as contrações uterinas, auxilia na dilatação cervical e também na descida fetal, dentre outros benefícios (MORAES, MACEDO, 2020).

A associação entre as tecnologias não invasivas e o desfecho via PV em outros estudos, apresentam-se de variadas formas, com resultados distintos (PAULO, 2020; SOUZA *et al.*, 2020). No que tange a presente pesquisa, apenas as tecnologias de liberdade de posição, aromaterapia e banho de aspensão foram as únicas variáveis significativas para o desfecho para PV.

6 CONCLUSÃO

Os achados do estudo permitiram analisar a assistência prestada à mulher e ao RN durante o processo de parto e nascimento. As boas práticas são cada vez mais reconhecidas e difundidas no Brasil e no mundo. Há décadas o modelo obstétrico se molda a partir das novas pesquisas e evidências científicas, entretanto, essas mudanças são graduais, percorrem um caminho longo e desafiador, que só é viável por meio da persistência e do conhecimento.

Por meio do conhecimento e das práticas baseada em evidências é possível transformar a realidade obstétrica das instituições de saúde, estabelecendo uma assistência pautadas nas diretrizes e recomendações nacionais e internacionais, nas práticas humanizadas, seguindo os princípios éticos, a fim de proporcionar a mulher e ao RN uma experiência prazerosa, boa e positiva de parto e nascimento.

A partir desta pesquisa e suas associações foi possível compreender a adesão das boas práticas no cenário de estudo, em que estas têm sido empregadas no serviço de forma efetiva, em razão da capacitação continuada dos profissionais e dos incentivos e metas de gestão, bem como, da instituição de saúde. Ainda, vale ressaltar que a pesquisa ocorreu um serviço de referência para GAR, demonstrando-se não ser um fator impeditivo para a realização das boas práticas, em que estas são possíveis e coerentes quando aplicadas no momento certo, compreendendo a individualidade e condições de cada gestante.

Os achados do presente estudo evidenciam que a assistência ao RN na *Golden Hour* e a via de parto, apresentaram associação estatisticamente significativa, entendendo que as boas práticas são realizadas de forma mais efetiva quando o desfecho foi PV.

A classificação de Robson e a via de parto, em quase sua totalidade também apresentaram associação estatisticamente significativa, além disso, esses resultados demonstram que o serviço tem empregado o real objetivo proposto por Robson, identificando as mulheres dentro dos grupos, conforme suas características obstétricas, sucedendo nas

indicações de via de parto mais adequadas, conforme cada caso, evitando desta forma, cesarianas desnecessárias.

Por fim, o uso de tecnologias não invasivas de cuidado no processo de parto e nascimento e o desfecho de PV, apresentaram associação estatisticamente significativa em apenas três variáveis: liberdade de posição, aromaterapia e banho de aspersão, compreendendo que nem sempre o uso das tecnologias levarão ao desfecho de PV, mas elas são essencial para esse processo.

Ao que se refere às limitações do estudo, a ausência de informações/preenchimento dos itens da ficha de monitoramento dos indicadores do serviço, impactaram para a análise da assistência.

Ainda sugere-se aos gestores e profissionais, a revisão de protocolos e recomendações, visando o aperfeiçoamento da qualidade da assistência às mulheres, RNs e suas famílias, baseadas em evidências científicas. Ressalta-se a necessidade de promover a educação permanente dos profissionais da saúde com vista a qualificação da equipe acerca das melhores evidências na atenção ao parto e nascimento e o constante incentivo para realização dos registros e preenchimento completos dos documentos institucionais, para evitar interferências nos indicadores de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABEBE, Amaha Haile; MMUSI-PHETOE, Rose. Quality of obstetric and newborn care in health centers of Addis Ababa City: using the WHO quality framework. **BMC Health Services Research**, v. 23, n. 1, p. 459, 2023. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09414-7>
- ALBERTON, Marcos; ROSA, Vanessa Martins; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 32, n. 2, e2022603, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222023000200005>
- AMARAL, Rosângela da Conceição Sant'anna *et al.* A enfermagem obstétrica e sua interface com o modelo obstétrico brasileiro: Obstetric nursing and its interface with the brazilian obstetric model. **Revista enfermagem atual in derme**, v. 87, n. 25, 2019a.
- AMARAL, Rosângela da Conceição Sant'anna *et al.* A inserção da enfermeira obstétrica no parto e nascimento: obstáculos em um hospital de ensino no Rio de Janeiro. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019b. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0218>
- ARAUJO, Rosaly; YOON, Sung Sug. Clinical outcomes in high-risk pregnancies due to advanced maternal age. **Journal of Women's Health**, v. 30, n. 2, p. 160-167, 2021. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8860>
- ARAÚJO, Sônia Torres Horta, *et al.* Fatores de risco materno-fetais para o nascimento pré-termo em hospital de referência de Minas Gerais. **Rev Med Minas Gerais**, v. 30, n. Supl 4, p. S41-S47, 2020.
- ARREBOLA, Rocío *et al.* Women's satisfaction with childbirth and postpartum care and associated variables. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, 2021.
- ASCHENBRENNER, Ann Prenger. **The Relationships Between Nurse Attributes, Site Characteristics, And Labor Support Attitudes And Behaviors Among Intrapartum Nurses**. Marquette University, 2013. Disponível em: https://epublications.marquette.edu/dissertations_mu/288/
- AYRES, Lilian Fernandes Arial *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116>
- AYRES, Lilian Fernandes Arial; HENRIQUES, Bruno David; AMORIM, Wellington Mendonça de. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3525-3534, 2018.
- BARBIERI, M. *et al.* Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 26, n. 5, p. 478-484, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012>
- BARCELLOS, Laila Nascimento *et al.* Ações educativas no pré natal sob o olhar do enfermeiro. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. e39811629274-e39811629274, 2022.

BARHART, Jessica Borges Lucio *et al.* Desconhecimento e falta de acesso de gestantes ao Plano de Parto. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e168111032506-e168111032506, 2022.

BARJON, Kyle; MAHDY, Heba. Episiotomy. National Library of Medicine (NLM). National Center for Biotechnology Information. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>

BARROS, Thais Cordeiro Xavier de *et al.* Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 554-558, 2018.

BETRAN, Ana Pilar *et al.* Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, p. e005671, 2021. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>

BITEWULIGN, Befikadu *et al.* Using the WHO safe childbirth checklist to improve essential care delivery as part of the district-wide maternal and newborn health quality improvement initiative, a time series study. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-11, 2021.

BRASIL, M. S. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Coordenação de Publicações. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília**, v. 13.1990

BRASIL. Ministério da Saúde. Conheça a Rede Cegonha. Brasília – DF, 2013a. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf

BRASIL. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Violência obstétrica: você sabe o que é?. Escola da Defensoria Pública do Estado: São Paulo, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde (IVIS). **Painel de monitoramento de nascidos vivos**. 2021a. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos>

BRASIL. Ministério da Educação. **Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial. Parto seguro e respeitoso**. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ApiceON. Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal:** relatório de recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.067, de 4 de Julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Gabinete do Ministro, DOU de 06/07/2005 - nº 128, Seção 1, pág. 25, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 13, de 13 de janeiro de 2023.** Revoga Portarias que especifica e dá outras providências. Gabinete do Ministro, 2023. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 715, de 4 de abril de 2022.** Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Gabinete do Ministro, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0715_06_04_2022.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19/09/1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União.** Brasília, 7 abr. 2005c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos.** Departamento de análise epidemiológica e vigilância de doenças não transmissíveis. Secretaria de vigilância em saúde e meio ambiente, 2023. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva - Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 80 p. : il. – (Série I. História da Saúde), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Mortalidade Materna e Neonatal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2005a.

BRAULIO, Gilberto; STEFANI, Luciana Cadore; VIEIRA, Waleska Schneider. Analgesia E Anestesia em Obstetrícia. *In: RAMOS, J.G.L. et al. Rotinas em Obstetrícia*. 8. ed. Artmed. Porto Alegre. p. 478-498. 2023.

BRUZAMARELLO, Diogo; PATIAS, Naiana Dapieve; CENCI, Cláudia Mara Bosetto. Ascensão profissional feminina, gestação tardia e conjugalidade. **Psicologia em estudo**, v. 24, p. e41860, 2019. <https://doi.org/10.4025/1807-0329e41860>

CAMARA, M. F. B.; MEDEIROS, M.; BARBOSA, M. A. - Fatores sócio-culturais que influenciam a alta incidência de cesáreas e os vazios da assistência de enfermagem. - **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.2, n.2, jan/jun. 2000. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

CARNEIRO, Jéssica Lourenço. **Avaliação de boas práticas obstétricas e desfechos maternos em maternidade de referência**. 2019. Disponível em https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/44178/1/2019_dis_jlcarneiro.pdf

CISNE, Maiany Alves et al. ESCOLARIDADE MATERNA ASSOCIADA A FATORES OBSTÉTRICOS EM GESTANTES ATENDIDAS EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências-RIEC| ISSN: 2595-0959**, v. 5, n. 2, 2022.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Deputado cobra de ministério revogação de portaria que desmonta Rede Cegonha**. Notícias. Brasília – DF, 2019. Disponível: <https://www.cofen.gov.br/deputado-cobra-de-ministerio-revogacao-de-portaria-que-desmonta-rede-cegonha/>

DA SILVA, Esther Lima *et al.* Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e528101523275-e528101523275, 2021.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Nascidos vivos. 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

DEMIRCI, Ayse Deliktas *et al.* “I want a birth without interventions”: Women’s childbirth experiences from Turkey. **Women and Birth**, v. 32, n. 6, p. e515-e522, 2019.

DIAS, Sabrina Lobato; PACHECO, Adriana Oliveira. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 04-13, 2020.

DUARTE, Micheliana Rodrigues *et al.* Percepção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto: resgate da autonomia e empoderamento da mulher. **Ver. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 903-908, 2020.

DULFE, Paolla Amorim Malheiros *et al.* Assistência da enfermeira obstétrica ao parto e nascimento: uma revisão sistemática. **Saúde (Santa Maria)**, 2022. <https://doi.org/10.5902/2236583444323>

FARIAS, Laryssa Miranda Vidal Cavalcante. **Posições maternas e sua influência no desfecho do parto e nascimento: um estudo caso-controle.** Universidade Federal do Ceará [dissertação]. Fortaleza, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/53154/3/2020_dis_lmvcfarias.pdf

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Protocolos da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco. **Revista Femina**. Volume 47, Número 6, 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Vol.Z47ZnZ6Z-Z2019.pdf>

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Recomendações Febrasgo parte II - Episiotomia.** São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>

FERREIRA, Cristiane Cavalcante Gomes *et al.* Planejar o parto normal: necessidades e expectativas das grávidas. **Pensar Enfermagem-Revista Científica| Journal of Nursing**, v. 23, n. 1, p. 73-90, 2019.

FERREIRA, Juliana Carvalho; PATINO, Cecilia Maria. Tipos de desfecho em pesquisa clínica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, p. 5-5, 2017.

FIGUEIREDO, Anabela; SOUSA, Maria Carmo; SANTOS, Maria José de Oliveira. O caminho percorrido para a excelência dos cuidados ao recém-Nascido, após o nascimento. **História da Ciência e Ensino: construindo interfaces**, v. 25, p. 75-87, 2022.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha.** 2021b.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Cesariana sem indicação pode aumentar risco de óbito na infância.** 2021a. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/noticia/cesariana-sem-indicacao-pode-aumentar-risco-de-obito-na-infancia-0#:~:text=Apesar%20da%20taxa%20recomendada%20pela,89%25\)%22%2C%20alerta%20Enny](https://portal.fiocruz.br/noticia/cesariana-sem-indicacao-pode-aumentar-risco-de-obito-na-infancia-0#:~:text=Apesar%20da%20taxa%20recomendada%20pela,89%25)%22%2C%20alerta%20Enny)

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa.** Rio de Janeiro: Ensp, 2014.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no Âmbito da Rede Cegonha.** Sumário Executivo, 2021c. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Classificação de Robson.** Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29751/CLASSIFICA%C7%C3O%20DE%20ROBSON.pdf;jsessionid=F3C9AEF51E2A2273C616EE6F939C98C6?sequence=2>

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Monitoramento e Qualidade na Atenção Obstétrica.** Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Ministério da Saúde, Brasília, 2019a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/monitoramento-e-qualidade-na-atencao-obstetrica/>

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Principais Questões sobre Ambientes de Atenção ao Parto.** Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, 2019b. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao->

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Principais Questões sobre Classificação de Robson: grupos, método de cálculo e valor de uso da classificação.** Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Atenção à mulher. 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-classificacao-de-robson-grupos-metodo-de-calculo-e-valor-de-uso/#:~:text=A%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20de%20Robson%20ajuda,nascidos%20vivos%20seja%20bem%20preenchida>

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Principais Questões sobre Contato Pele a Pele ao Nascer.** Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Atenção ao Recém-nascido. 2019c. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/principais-questoes-sobre-contato-pele-a-pele-ao-nascer/>

GAMA, Silvana Granado Nogueira da *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil–2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 919-929, 2021.

GOMES, Iris Elizabete Messa *et al.* Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, p. 61, 2019.

GONÇALVES, Mariana Rainho. A influência da deambulação durante o trabalho de parto na percepção da dor materna. Escola Superior De Enfermagem do Porto [relatório]. Porto, 2020. Disponível em:

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33484/1/Relat%c3%b3rio_de_Est%c3%a1gio_Mariana%20Gon%c3%a7alves.pdf

HALLETT, Christine. The attempt to understand puerperal fever in the eighteenth and early nineteenth centuries: the influence of inflammation theory. **Medical history**, v. 49, n. 1, p. 1-28, 2005. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1088248/#:~:text=Puerperal%20fever%20was%20a%20devastating,abdominal%20pain%2C%20fever%20and%20debility>

HEIM, Maria A.; MAKUCH, Maria Y. Pregnant women's knowledge of non-pharmacological techniques for pain relief during childbirth. **European journal of midwifery**, v. 6, 2022.

HÖGBERG, U., WALL, S., BROSTRÖM, G. The impact of early medical technology on maternal mortality in late 19th century Sweden. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 24, n. 4, p. 251-261, 1986. Disponível em

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2878833/#:~:text=This%20historical%20study%20of%20maternal,maternal%20mortality%20declined%20from%20567>

HUANG, Jing et al. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. **International journal of nursing sciences**, v. 6, n. 4, p. 460-467, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>

HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. Relatório estatístico HUSM Jan a Dez de 2022. EBERSH, Hospitais Universitários Federais. Santa Maria-RS, 2023.

IONIO, Chiara; CIUFFO, Giulia; LANDONI, Marta. Parent–infant skin-to-skin contact and stress regulation: A systematic review of the literature. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 9, p. 4695, 2021.

<https://doi.org/10.3390/ijerph18094695>

ISMP. Institute for Safe Medication Practices. **Errors Associated with Oxytocin Use: A Multi-Organization Analysis by ISMP and ISMP Canada**. 2021. Disponível em:

<https://www.ismp.org/resources/erros-associated-oxytocin-use-multi-organization-analysis-ismp-and-ismp-canada>

KAPPAUN, Aneline; DA COSTA, Marli M. Moraes. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. **Revista Paradigma**, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020.

KARASEK, Gisele; MATA, Júnia Aparecida; VACCARI, Alessandra. O uso de óleos essenciais e aromaterapia no trabalho de parto. **Revista Cuidarte**, v. 13, n. 2, 2022.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2318>

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00223018, 2019. doi: 10.1590/0102-311X00223018

- LEAL, Neide Pires *et al.* Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 941-950, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/c8q3b3jhmngHQftKxfJQBrm/?lang=pt#>
- LI, Leixi; WAN, Wenlin; ZHU, Chan. Breastfeeding after a cesarean section: A literature review. **Midwifery**, v. 103, p. 103117, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103117>
- LIMA, Anne Caroline Amaral de. ALBUQUERQUE, Ricardo Tavares de. Violência moral obstétrica no processo gestacional, de parto e abortamento e o amparo da mulher no ordenamento jurídico brasileiro. **Academia Brasileira de Direito Civil**, V. 3, n. 1. Edição Ordinária, 2019.
- LINO, Andressa Tassaró; BEZERRIL, Juliana Evangelista. Intervenções obstétricas no trabalho de parto no Brasil. In: **Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar (ISSN-2527-2500) & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar**. 2021.
- LOHR, Kathleen N. *et al.* (Ed.). Medicare: a strategy for quality assurance, volume I. 1990.
- LOPEZOSA, Pedro; MAESTRE, María; BORREGO, María Aurora. **Estimulação do parto com oxitocina: efeitos nos resultados obstétricos e neonatais**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 24, 2016.
- LOUDON, I. Deaths in childbed from the eighteenth century to 1935. **Medical history**, v. 30, n. 1, p. 1-41, 1986. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3511335/>
- LOUDON, I. Maternal mortality in the past and its relevance to developing countries today. **The American journal of clinical nutrition**, v. 72, n. 1, p. 241S-246S, 2000. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10871589/>
- MAGALDI, Mirella Nilo de. **Desfechos maternos e perinatais do parto vaginal em mulheres com histórico de cesárea: revisão sistemática**. 2014. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/17239/1/Mirella%20Nilo%20de%20Magaldi%20Copy.pdf>
- MAGALHÃES, Paola Alexandria Pinto *et al.* Conhecimento das boas práticas ao parto por parte dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura: Knowledge of good practices for the birth by nursing professionals: an integrative literature review. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 5, p. 18176-18198, 2022.
- MAGDALENO, Sílvia Raquel Milman; PROCIANOY; Renato Soibelman. Assistência ao recém-nascido na sala de parto. In: RAMOS, J.G.L. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 8. ed. Artmed. Porto Alegre. p. 510-526. 2023
- MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2019.
- MARQUES, C. P. C. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís. 2015. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf
- MARTIN, JOYCE A., HAMILTON, BRADY E., OSTERMAN, MICHELLE J. Births: final data for 2018. U.S. Department Of Health and Human Services. **National Center for Health Statistics**, 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db346-h.pdf>

MARTIN, JOYCE A., HAMILTON, BRADY E., OSTERMAN, MICHELLE J. Births: final data for 2020. U.S. Department Of Health and Human Services. **National Center for Health Statistics**, 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db418.pdf>

MCDONALD, Susan J. *et al.* Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal**, v. 9, n. 2, p. 303-397, 2014. doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3

MENDES, Yluska Myrna Meneses Brandão; RATTNER, Daphne. Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

MILINCO, Mariarosa *et al.* Effectiveness of biological nurturing on early breastfeeding problems: a randomized controlled trial. **International breastfeeding journal**, v. 15, p. 1-10, 2020.

MORAIS, Tainara Santos; MACEDO, Daniela Cristina. Benefícios dos métodos não farmacológicos: banho e bola suíça para alívio da dor no trabalho de parto. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da Fait**. Itapeva, 2020. Disponível em: http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/yUMz6fUstG2TbrK_2021-7-2-18-54-50.pdf

NAKATA, Taise Namie; COLOMBIANO, Isa Mafalda Costa; RODRIGUES, Raíssa Maria Sampaio. Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade. **Femina**, v. 50, n. 6, p. 360-6, 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1380718/femina-2022-506-360-366.pdf>

NANJI, Jalal A.; CARVALHO, Brendan. Pain management during labor and vaginal birth. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 67, p. 100-112, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002>

NOGUEIRA, Natália Viana. O reconhecimento da violência obstétrica no Brasil e sua repercussão sociolegislativa por intermédio do movimento feminista. **InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais**, v. 7, n. 2, p. 261-286, 2021.

NUCCI, Marina; NAKANO, Andreza Rodrigues; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Synthetic oxytocin and hastening labor: reflections on the synthesis and early use of oxytocin in Brazilian obstetrics. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 979-998, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>

NUNES, Rodrigo Dias *et al.* Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal. **Enferm. Foco** 10 (1): 71-75, 2019.

ODM. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília : Ipea : MP, SPI, 208p, 2014.

OLZA, Ibone *et al.* Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. **Plos one**, v. 15, n. 7, p. e0230992, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas.** Human reproduction programme (HRP). Suíça, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Guia de Implementação da Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros: melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos.** [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Cuidados en el parto normal: Una guía práctica.** Ginebra; 1996a.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Maternidade segura. assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra (CH): OMS; 1996b.

ONU, Organização das Nações Unidas. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil: Saúde e bem-estar. 2022. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>

ONU, Organização das Nações Unidas. **Unicef e OMS dizem que taxas de mortalidade materno-infantil nunca foram tão baixas,** 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/09/1687532>

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Saúde materna. 2022.** <https://www.paho.org/pt/node/63100>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Taxas de cesarianas continuam aumentando em meio a crescentes desigualdades no acesso, afirma OMS.** 2021a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/16-6-2021-taxas-cesarianas-continuam-aumentando-em-meio-crescentes-desigualdades-no-acesso>

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **OPAS destaca importância de participação de toda sociedade na promoção do aleitamento materno, em lançamento de campanha no Brasil.** 2021b. Disponível em <https://www.paho.org/pt/noticias/29-7-2021-opas-destaca-importancia-participacao-toda-sociedade-na-promocao-do-aleitamento#:~:text=A%20amamenta%C3%A7%C3%A3o%20exclusiva%20at%C3%A9%20os,e%20reduz%20a%20mortalidade%20neonatal>

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. **OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias.** Organização Mundial de Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2018-oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-cuidado-para-mulheres-gravidas-e>

OPPERMANN, M.L.R. *et al.* Indução do trabalho de parto. *In:* RAMOS, J.G.L. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia. 8. ed.** Artmed. Porto Alegre. p. 408-421. 2023

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 1039-1061, 2018.

PATRÍCIO, Mara Larissa Alves Marques *et al.* Indicadores de boas práticas na assistência neonatal ao parto em maternidade terciária em Fortaleza. **Revista de Medicina da UFC**, Fortaleza, v. 61 n. 1, p. 1-9, set. 2021. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/40365/197371>

PAULO, Josiane Graziela. **Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto**: série histórica de 2015 a 2018. Universidade Federal de Minas Gerais [monografia]. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/36092/1/M%C3%89TODOS%20N%C3%83O%20FARMACOL%C3%93GICOS%20DE%20ALIVO%20DA%20DOR%20DURANTE%20O%20TRABALHO%20DE%20PARTO%20S%C3%89RIE%20HIST%C3%93RICA%20DE%202015%20A%202018.pdf>

PIERI, Claudini Honório De. Boas práticas na assistência ao recém-nascido durante a cesariana em uma maternidade pública do Sul do Brasil à luz de Foucault. Universidade Federal de Santa Catarina [dissertação]. 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/216359/PNFR1163-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PIMENTEL, Mariana Machado *et al.* Non-invasive technologies for pain relief in parturition/Tecnologias não invasivas para o alívio da dor na parturição. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 671-677, 2021. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9423>

PINTO, Laura Maria Tenório Ribeiro *et al.* **O manejo alimentar durante o parto sob a percepção da mulher** [Food management during childbirth under woman's perception][Manejo de alimentos durante el parto bajo la percepción de la mujer]. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 25, p. 14205, 2017.

PRATA, Juliana Amaral *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. **Escola Anna Nery**, v. 23, 2019. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0259>

RAMIRO, Nathalia Cristina Machado Prado *et al.* Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida. **Global Clinical Research Journal**, v. 1, n. 1, p. e7-e7, 2021.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 759-768, 2009.

REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.

RIOS, Angela Amanda Nunes. Experiências positivas de parto em Mato Grosso do Sul: propostas para a gestão e atenção primária à saúde. Universidade Federal de São Paulo [tese]. 2022. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-11102022-172707/publico/RiosAAN_DR_Rev.pdf

ROCHA, Bruna Dedavid da *et al.* Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03610, 2020. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>

ROCHA, Nathalia Fernanda Fernandes da; FERREIRA, Jaqueline. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 556-568, 2020.

RODRIGUES, Diego Pereira *et al.* **Percepção de mulheres na assistência ao parto e nascimento: obstáculos para a humanização.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 75, 2022.

RODRIGUES, Renata Gomes; OLIVEIRA, Isabel Cristina S.. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004.

ROPKE, Jéssica. Uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor durante o processo de parturição. **Femina**, v. 44, n. 2, p. 137-141, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050859/femina-2016-442-137-141.pdf>

ROTH, Cassia. Birthing life and death: women's reproductive health in early twentieth-century Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 25, p. 921-941, 2018.

SÁ, Maicon Douglas da Silva; SOUSA, Marília Cordeiro; ROCHA, Karlla Morgana Nunes. BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS OBSTETRAS. **SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO**, v. 6, n. 2, p. 42-52, 2020.

SANTOS, Carla Bastos *et al.* Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 1, p. e2-e2, 2020a.

SANTOS, Fernanda Soares de Resende *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

SANTOS, Kleviton Leandro Alves *et al.* **Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais.** Diversitas Journal, v. 5, n. 3, p. 1787-1804, 2020b.

SANTOS, Manuela Leite *et al.* Plano de parto: O conhecimento da gestante sobre esta ferramenta para empoderamento durante a assistência obstétrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10143-10165, 2020c.

SARWAL, Tanvi et al. Healthcare providers perceptions regarding the presence of Birth Companion during childbirth at a tertiary care hospital in India. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 159, 2023. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05327-1>

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Monitoramento do crescimento de RN pré-termos. Documento Científico. Departamento Científico de Neonatologia. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Neonatologia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Nascimento Seguro.** Documento Científico, Departamento Científico de Neonatologia, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro_003_.pdf

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria; FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Recomendações sobre o clameamento do cordão umbilical**. 2022. Disponível em https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/04/23396c-Diretrizes-Recom_Clamp_CordUmb.pdf

SHARMA, Deepak. Golden hour of neonatal life: Need of the hour. **Maternal health, neonatology and perinatology**, v. 3, n. 1, p. 1-21, 2017. <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0057-x>

SILVA, Giuliana Fernandes *et al.* Possibilidades para a mudança do modelo obstétrico hegemônico pelas enfermeiras obstétricas. **Rev. enferm. UERJ**, p. e49421-e49421, 2020. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49421>

SILVA, Loren Kelly Vieira *et al.* Perspectivas de gestantes acerca do parto normal em uma Unidade Básica de Saúde ao Sul do Tocantins. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 4, p. e9774-e9774, 2022.

SILVA, Maria Andréia *et al.* Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 2, 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i02a237753p455-463-2019>

SILVEIRA, Nara Beatriz *et al.* Indicadores de boas práticas durante a assistência à mulher no trabalho de parto e nascimento. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e2611225319-e2611225319, 2022. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25319>

SILVEIRA, Rita de Cassia; CORSO, Andréa Lúcia. Perinatologia. *In*: RAMOS, J.G.L. *et al.* **Rotinas em Obstetrícia**. 8. ed. Artmed. Porto Alegre. p. 499-509. 2023

SIQUEIRA, Maria Victória Cunha De. Satisfação da Puérpera com a Assistência na Operação Cesariana. Universidade Federal de Uberlândia [monografia]. 2020. Disponível em: [https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/29560/1/Satisfa% c3% a7% c3% a3oDaPu% c3% a9rpera.pdf](https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/29560/1/Satisfa%c3%a7%c3%a3oDaPu%c3%a9rpera.pdf)

SOUSA, Kelienny *et al.* Impact of the implementation of the WHO Safe Childbirth Checklist on essential birth practices and adverse events in two Brazilian hospitals: a before and after study. **BMJ open**, v. 12, n. 3, p. e056908, 2022.

SOUZA, K., *et al.* **Caderno do Curso de Aprimoramento em Enfermagem Obstétrica: qualificação para o trabalho em equipe no cuidado ao parto e nascimento**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2019.

SOUZA, Marcella Rocha Tavares de *et al.* Fatores relacionados ao desfecho perineal após parto vaginal em primíparas: estudo transversal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>

STRADA, Juliana Karine Rodrigues *et al.* Factors associated with umbilical cord clamping in term newborns. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210423, 2022. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0423>

TAHERI, Mahshid *et al.* Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. **Reproductive health**, v. 15, n. 1, p. 1-13, 2018.

VAIN, Nestor E. *et al.* Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, non-inferiority trial. **The Lancet**, v. 384, n. 9939, p. 235-240, 2014.
<https://doi.org/10.1016%2Fj.mjafi.2014.09.013>

VEIGA, A. V. M. *et al.* Labor analgesia related to obstetric outcomes . **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e25410313307, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13307. Disponível em:
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13307>. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13307>

VIDAL, Ávila Teixeira; BARRETO, Jorge Otávio Maia; RATTNER, Daphne. Barriers to implementing childbirth recommendations in Brazil: the women's perspective. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 45, p. e17, 2021.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.17>

WHO EUROPE, World Health Organization, European Region. **Indicators Explorer**. European Health Information Gateway, 2021. Disponível em:
<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

WHO. World Health Organization. **Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health: strategic objectives**. World Health Organization, 2018a.

WHO. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2018b.

WHO. **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**. Geneva: World Health Organization; 2016a.

WHO. World Health Organization. Preterm birth. Redação: Fichas técnicas. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

WHO. World Health Organization. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. 2016b.

WHO. World Health Organization, **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Human reproduction programme. 2015. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=ACA274E13C712247EA250986345E1A4D?sequence=3

WHO. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>

WHO. World Health Organization. Robson Classification: Implementation Manual. Geneva: World Health Organization; 2017a. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>

WHO. World Health Organization. **WHO recommendations on newborn health:** guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. World Health Organization. 2017b. <https://iris.who.int/handle/10665/259269>

WIDSTRÖM, Ann-Marie *et al.* Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. **Acta Paediatrica**, v. 108, n. 7, p. 1192-1204, 2019. <https://doi.org/10.1111%2Fapa.14754>

XIANG, Ye Chang *et al.* Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study. **Zhongguo Dang dai er ke za zhi= Chinese Journal of Contemporary Pediatrics**, v. 23, n. 12, p. 1242-1249, 2021. [10.7499/j.issn.1008-8830.2108015](https://doi.org/10.7499/j.issn.1008-8830.2108015)

ZHANG, Ke *et al.* Women's experience of psychological birth trauma in China: a qualitative study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2020.

ZHANG, Y. *et al.* What is an appropriate caesarean delivery rate for China: a multicentre survey. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 129, n. 1, p. 138-147, 2022. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34559941/>

ZUAREZ-EASTON, Sivan *et al.* Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. Vol 228, S1246-S1259. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

APÊNDICE A - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Eu, **Tassine Ferreira Langendorf**, portador do CPF nº 835.213.560-00, Pesquisadora responsável pelo projeto “**Análise da atenção prestada à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento**”, solicito perante este Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da utilização do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE para a coleta de dados, tendo em vista que o mesmo utilizará somente dados obtidos a partir do acesso ao registro de informações da atenção prestada à mulheres que foram assistidas no cenário do estudo e momento anterior à realização da pesquisa.

Nestes termos, comprometo-me a cumprir todas as diretrizes e normas reguladoras descritas na Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares.

Santa Maria, 20 de julho de 2022.



Profª Drª Tassiane Ferreira Langendorf

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: **Análise da atenção prestada à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento**

Pesquisador responsável: **Dr^a Tassiane Ferreira Langendorf**

Instituição/Departamento: Departamento de Enfermagem/UFSM

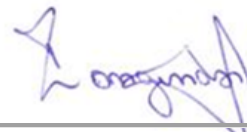
Telefone para contato: (55)999954956

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de análise documental do banco de dados. O referido banco foi elaborado e é alimentado por profissionais vinculados ao Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria, dessa forma, será solicitado acesso ao banco de dados nesse setor. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Dr^a Tassiane Ferreira Langendorf.

Após este período os dados serão destruídos.

Santa Maria, 20 de julho de 2022.



Assinatura do pesquisador responsável.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

ANEXOS

ANEXO A - RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS AO PARTO PARA UMA EXPERIÊNCIA POSITIVA DE PARTO

Intervenção	Recomendação	Categoria de recomendação
Cuidados durante o trabalho de parto e nascimento		
Cuidado materno	1. Refere-se aos cuidados fornecidos a todas as mulheres de uma forma que mantém a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garante a liberdade de danos e maus-tratos, e permite o direito de escolha e apoio durante o trabalho de parto e parto.	Recomendado
Comunicação efetiva	2. É a comunicação efetiva entre os cuidadores e as mulheres em trabalho de parto, usando métodos simples e culturalmente aceitáveis.	Recomendado
Acompanhante durante o trabalho de parto e parto	3. Recomenda-se que a mulher tenha um acompanhante da sua escolha durante o trabalho de parto.	Recomendado
Continuidade do cuidado	4. Modelos de continuidade de cuidados promovidos por parteiras - apoiando uma mulher durante todo o pré-natal, parto e pós-parto, são recomendados para mulheres grávidas em ambientes com bons programas de obstetrícia em funcionamento.	Recomendação específico em função de contexto
Primeira fase do trabalho de parto		
Definição do período latente e ativo	5. O uso das seguintes definições do período latente e ativo, estágios do trabalho de parto é recomendado para a prática. - O estágio latente é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta de dilatação até 5 cm para o primeiro parto e posteriores.	Recomendado

	- O estágio ativo é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação total para o primeiro e subsequentes partos.	
Duração da primeira fase de trabalho de parto - dilatação	6. As mulheres devem ser informadas sobre a duração padrão da fase latente - do período de dilatação - podendo variar muito de uma mulher para outra. Porém, a duração da fase ativa do período de dilatação (a partir de 5 cm de dilatação total do colo do útero) geralmente não ultrapassa 12 horas e, normalmente, não ultrapassa 10 horas.	Recomendado
Progresso da primeira fase de trabalho de parto	<p>7. Para as gestantes com início de trabalho de parto espontâneo, o limite de velocidade de dilatação cervical é de 1 cm por hora durante a fase ativa do período de dilatação (conforme mostrado em linha de alerta do partograma) não é preciso para identificar mulheres que estão em risco de resultados adversos no parto e, portanto, não é recomendado para esse propósito.</p> <p>8. Velocidade mínima de dilatação cervical de 1 cm por hora durante a fase ativa do período de dilatação é rápido para algumas mulheres e, portanto, não recomendado para identificar a progressão normal do trabalho do parto. Uma velocidade de dilatação do colo do útero mais lenta que 1 cm por hora não deve ser um indicador de rotina para a intervenção obstétrica.</p> <p>9. O trabalho de parto pode não acelerar naturalmente até atingir um limiar de dilatação cervical de 5 cm.</p> <p>Portanto, o uso de intervenções não é recomendado para acelerar o trabalho de parto e nascimento (acelerando com ocitocina ou cesariana), desde que as boas condições do feto sejam asseguradas e da mãe.</p>	<p>Não recomendado</p> <p>Não recomendado</p> <p>Não recomendado</p>
Política de admissão da sala de parto	10. No caso de grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo, uma política de adiar a admissão para a sala de parto até o período de dilatação ativa, apenas em contexto rigorosos.	Recomendação dependendo do contexto de investigação

Pelvimetria clínica na admissão	11. A pelvimetria clínica de rotina não é recomendada na admissão para o parto em mulheres grávidas saudáveis.	Não recomendado
Avaliação rotina do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto	12. Cardiotocografia de rotina não é recomendada para avaliação do bem-estar do feto na admissão para parto em mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo. 13. Ausculta usando um dispositivo de monitoramento é recomendada Ultrassom Doppler ou estetoscópio Pinard para avaliar o bem-estar do feto na admissão para o parto.	Não recomendado Recomendado
Depilação púbica ou perineal (tricotomia)	14. Depilação púbica ou perineal de rotina não é recomendada antes do parto vaginal.	Não recomendado
Enema na admissão	15. Administração de enema para reduzir o uso o tempo de trabalho de parto não é recomendado.	Não recomendado
Exame vaginal	16. Recomenda-se realizar um exame vaginal em intervalos de quatro horas para avaliação de rotina e identificação de prolongamento do trabalho de parto ativo.	Recomendado
Cardiotocografia contínua durante o trabalho de parto	17. Cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliar o bem-estar do feto em gestantes saudáveis em trabalho de parto espontâneo.	Não recomendado
Auscultação intermitente da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto	18. Ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal por um dispositivo de ultrassom Doppler ou um estetoscópio Pinard para gestantes saudáveis em trabalho de parto.	Recomendado
Anestesia epidural para alívio da dor	19. A anestesia epidural é recomendada para mulheres grávidas saudáveis que buscam alívio da dor durante o trabalho de parto.	Recomendado
Opioides para alívio da dor	20. Opioides administrados por via parenteral, como fenil, diamorfina e petidina são opções recomendadas para grávidas saudáveis em busca de alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher.	Recomendado
Técnicas para alívio da dor	21. Técnicas de relaxamento são recomendadas, incluindo relaxamento muscular, respiração, música, meditação e	Recomendado

	outras técnicas, para gestantes saudáveis que buscam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências das mulheres.	
Técnicas manuais para o alívio da dor	22. Técnicas manuais são recomendadas, como massagens ou aplicação de compressas quentes, para gestantes saudáveis em busca de alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher.	Recomendado
Alívio da dor para evitar atrasos do trabalho de parto	23. O alívio da dor não é recomendado para evitar e reduzir o trabalho de parto.	Não recomendado
Ingesta de líquidos e alimentos	24. Para mulheres de baixo risco, a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.	Recomendado
Liberdade de posição e mobilidade da parturiente	25. Recomenda-se incentivar a adoção de posições verticalizadas e a mobilidade e durante o trabalho de parto e parto em mulheres de baixo risco.	Recomendado
Irrigação vaginal	26. A irrigação vaginal de rotina com clorexidina não é recomendada.	Não recomendado
Gerenciamento ativo do trabalho de parto	27. Não é recomendado aplicar um conjunto de cuidados para o manuseio ativo para acelerar o processo do trabalho de parto.	Não recomendado
Amniotomia de rotina	28. O uso isolado de amniotomia não é recomendado para acelerar o parto.	Não recomendado
Amniotomia precoce e administração de ocitocina	29. O uso precoce de amniotomia com a administração da ocitocina para acelerar o parto.	Não recomendado
Ocitocina para mulheres com anestesia peridural	30. O uso de ocitocina não é recomendado para a acelerar o trabalho de parto em mulheres submetidas a analgesia epidural.	Não recomendado
Antiespasmódicos	31. O uso de antiespasmódicos não é recomendado para acelerar o parto.	Não recomendado
Fluidos por via intravenosa para evitar atrasos do trabalho de parto	32. O uso de fluidos intravenosos não é recomendado para encurtar a duração do trabalho de parto e parto.	.Não recomendado

Segunda fase do trabalho de parto		
Definição e duração da segunda fase do trabalho de parto	<p>33. É recomendado o uso da seguinte definição e duração do segundo estágio do trabalho de parto:</p> <p>- O segundo estágio é o período de tempo entre a dilatação completa do colo uterino e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar, como resultado de contrações uterinas.</p> <p>- As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Geralmente no primeiro parto, o nascimento é concluído dentro de 3 horas, nos partos subsequentes, o nascimento geralmente é concluído dentro de 2 horas.</p>	Recomendado
Posição do parto (para mulheres sem anestesia epidural)	34. Para mulheres sem anestesia peridural, é recomendado encorajar adotando uma posição para dar à luz à sua escolha, incluindo posições verticais.	Recomendado
Posição do parto (para mulheres com anestesia epidural)	35. Para mulheres submetidas a anestesia peridural, é recomendado encorajar adotando uma posição para dar à luz à sua escolha, incluindo posições verticais.	Recomendado
Método de “pushing”	36. Mulheres na segunda fase devem ser encorajadas e ajudadas para que sigam sua própria necessidade de contração.	Recomendado
Método de empurrar (para mulheres com anestesia epidural)	37. No caso de mulheres com anestesia peridural no período expulsivo, recomenda-se retardar a ação de empurrar durante uma a duas horas após a dilatação total ou até a mulher recuperar a necessidade sensorial de empurrar nos contextos que ter recursos disponíveis para estender o período expulsivo, avaliar e controlar adequadamente a hipóxia perinatal.	Recomendação específico em função de contexto
Técnicas para prevenção do trauma perineal	38. No caso de mulheres na segunda fase, é recomendado técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar parto espontâneo (incluindo massagens perineais, compressas quentes e comportamento protetor ativo do períneo), e dependendo das preferências da mulher e das opções disponíveis.	Recomendado

Política de episiotomia	39. O uso prolongado ou rotineiro de episiotomia em mulheres com parto vaginal espontâneo.	Não recomendado
Pressão uterina	40. Aplicação de pressão uterina manual para facilitar o parto durante a segunda fase do trabalho de parto.	Não recomendado
Terceira fase do trabalho de parto		
Uterotônicos profilático	41. O uso de uterotônicos é recomendado para todos os partos, afim prevenir de hemorragia pós-parto (HPP) durante parto. 42. A ocitocina (10 IU, IM / IV) é a droga uterotônica recomendada para prevenir hemorragia pós-parto (HPP). 43. Em ambientes onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis é recomendado (se apropriado, ergometrina/metilergometrina ou terapia de combinação fixa de ocitocina e ergometrina orais) ou misoprostol (600 µg).	Recomendado Recomendado Recomendado
Clampeamento tardio do cordão umbilical	44. O clampeamento tardio do cordão umbilical é recomendado (não menos de 1 minuto após o nascimento) para melhor resultados de saúde e nutrição para mãe e bebê.	Recomendado
Tração controlada do cordão umbilical (TCC)	45. Em locais onde existem parteiras qualificadas, a tração do cordão umbilical (CCT) é recomendada para partos vaginais se os cuidados profissionais e a parturiente consideram uma pequena redução perda de sangue e uma pequena redução na duração do terceiro estágio de trabalho tão importante.	Recomendado
Massagem uterina	46. A massagem uterina não é recomendada como uma intervenção para prevenir hemorragia pós-parto (HPP) em mulheres que receberam ocitocina como medida profilática.	Não recomendado
Cuidados com o recém-nascido		
Aspiração nasal ou oral de rotina	47. Em recém-nascidos com líquido amniótico claro que começam a respirar por conta própria ao nascer, a aspiração da boca e do nariz não deve ser realizada.	Não recomendado

Contato pele a pele	48. Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele (PPC) com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir a hipotermia e promover a lactação/amamentação.	Recomendada
Amamentação	49. Todos os recém-nascidos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (BPN) que podem ser amamentados devem ser colocados na mama o mais rápido possível após o nascimento, após confirmação da estabilidade clínica.	Recomendada
Vitamina K recomendada como profilaxia para doença hemorrágica	50. Todos os recém-nascidos devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento (ou seja, após a primeira hora em que o leite materno antes deve estar em contato pele a pele com a mãe e a amamentação deve ser iniciada).	Recomendado
Banho e outros cuidados pós-natal imediatos do recém-nascido	51. O banho deve ser adiado até 24 horas após o nascimento. Se isso não for possível por razões culturais, o banho deve ser atrasado por pelo menos seis horas. Recomenda-se vestir o recém-nascido com roupas adequadas à temperatura ambiente. Isso significa uma a duas camadas de roupa a mais do que os adultos, além de usar touca. Mãe e bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto 24 horas por dia.	Recomendado
Cuidados pós-parto à mulher		
Avaliação do tônus muscular uterino	52. A avaliação abdominal pós-parto do tônus muscular uterino é recomendada para todas as mulheres para identificar atonia uterina precocemente. A profilaxia antibiótica de rotina é recomendada para mulheres com parto vaginal sem complicações.	Recomendado
Antibióticos para descomplicado parto vaginal	53. A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com parto vaginal sem complicações.	Não recomendado
Profilaxia antibiótica de rotina para episiotomia	54. A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com episiotomia.	Não recomendado

Avaliação materna de rotina após o parto	55. Durante o puerpério, todas as mulheres devem ser avaliadas de forma rotineira para sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo uterino, temperatura e frequência cardíaca (pulso) durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser verificada logo após o nascimento. Se a pressão estiver normal, será necessário verificá-la novamente em seis horas. A urina deve ser documentada dentro de seis horas.	Recomendado
Alta do pós-parto seguido de um parto vaginal sem complicações	56. Após um parto vaginal sem complicações em uma unidade de saúde, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados na unidade por pelo menos 24 horas após o nascimento.	Recomendado

Fonte: WHO, 2018b. Tradução: autora (2022).

ANEXO B - FICHA DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES



FICHA DE COLETA DE INFORMAÇÕES PARA MONITORAMENTO DE INDICADORES

Nome: _____ Idade: _____ SAME: _____
 Risco Habitual Alto Risco Qual? _____
 Visita prévia ao CO, Cidade de origem do Pré Natal: _____

DADOS DA INTERNAÇÃO
<p>1. Informações para a classificação de Robson:</p> <p><input type="radio"/> nulípara <input type="radio"/> múltipara <input type="radio"/> Apresentação cefálica <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não</p> <p><input type="radio"/> gestação única <input type="radio"/> gestação múltipla <input type="radio"/> IG >= 37 sem <input type="radio"/> IG < 37 sem</p> <p><input type="radio"/> Trabalho de parto espontâneo <input type="radio"/> Cesariana anterior <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim Quantas: _____</p> <p><input type="radio"/> Grupo 1 <input type="radio"/> grupo 2 <input type="radio"/> Grupo 3 <input type="radio"/> Grupo 4 <input type="radio"/> Grupo 5 <input type="radio"/> Grupo 6 ao 10</p>
ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE PARTO
<p>2. Dieta no TP: <input type="radio"/> líquida/leve <input type="radio"/> livre <input type="radio"/> dieta zero – Motivo: _____</p> <p>3. Punção venosa: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não</p> <p>4. Acompanhamento de fisioterapia no TP: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não</p> <p>5. Método não farmacológico utilizado no TP:</p> <p>Se sim: <input type="radio"/> deambular <input type="radio"/> liberdade de posição <input type="radio"/> chuveiro <input type="radio"/> bola <input type="radio"/> banqueta <input type="radio"/> cavalinho</p> <p><input type="radio"/> massagem <input type="radio"/> escalda pés <input type="radio"/> aromaterapia <input type="radio"/> exercício de respiração <input type="radio"/> outro _____</p> <p>Se não: <input type="radio"/> monitorização contínua <input type="radio"/> quadro funcional insuficiente <input type="radio"/> chegou em período expulsivo</p> <p><input type="radio"/> cesariana de urgência <input type="radio"/> cesariana eletiva <input type="radio"/> paciente recusou</p>
DADOS DO PARTO
<p>6. Data do parto: ___/___/___ <input type="radio"/> vaginal <input type="radio"/> cesariana (Indicação): _____</p> <p>7. Teve acompanhante durante o parto: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não</p>
PARTO VAGINAL
<p>8. Profissional que assistiu o parto: <input type="radio"/> médico <input type="radio"/> enfermeira obstetra</p> <p>9. Indução do trabalho de parto <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim: <input type="radio"/> sonda foley <input type="radio"/> misoprostol <input type="radio"/> ocitocina</p> <p>10. Posição no período expulsivo: <input type="radio"/> deitada <input type="radio"/> semi sentada <input type="radio"/> 4 apoios <input type="radio"/> cócoras <input type="radio"/> outro _____</p> <p>11. Episiotomia: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não</p> <p>12. Laceração: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> 1º grau sem sutura <input type="radio"/> 1º grau com sutura <input type="radio"/> 2º grau <input type="radio"/> 3º grau <input type="radio"/> 4º grau</p> <p>13. Ocitocina IM no pós parto imediato: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não</p>
DADOS DO RN
<p>14. Tempo do clampamento do cordão umbilical:</p> <p><input type="radio"/> < 1 minuto – motivo _____ <input type="radio"/> > 1 minuto a 3 minutos <input type="radio"/> > 3 minutos</p> <p>15. Contato pele a pele mãe/bebe: <input type="radio"/> sim</p> <p>não: <input type="radio"/> sala fria <input type="radio"/> RN sem condições <input type="radio"/> RN foi para UTI <input type="radio"/> mãe sem condições <input type="radio"/> mãe recusou</p> <p>16. APGAR 1º min: _____ 5º min: _____ <input type="radio"/> Natimorto</p> <p>17. PESO: <input type="radio"/> < 2500g <input type="radio"/> = ou > 2500g <input type="radio"/> Capurro: <input type="radio"/> < 37 sem <input type="radio"/> = ou > 37 sem</p>

PÓS PARTO	
19. Amamentou na 1ª hora de vida <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não: <input type="radio"/> contra indicada amamentação <input type="radio"/> condições do RN <input type="radio"/> condições materna	
20. Feita a inserção imediata do DIU de cobre pós-parto: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	
EVENTOS SENTINELA	
21. <input type="radio"/> Hemorragia pós parto <input type="radio"/> Eclampsia	<input checked="" type="radio"/> HELLP <input type="radio"/> Utilizou hemoderivados <input type="radio"/> Rotura uterina <input type="radio"/> Pré eclampsia grave <input type="radio"/> Sepsé ou infecção sistêmica grave
DADOS DA ALTA HOSPITALAR	
22. Rotinas do RN: Teste reflexo vermelho: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não TCCO: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não Vacinas: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não TAN: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não	
23. Oferta de fórmula láctea infantil durante a internação: <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> não – motivo _____	

ANEXO C

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA									
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP										
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA										
Título da Pesquisa: Análise da atenção prestada à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento										
Pesquisador: Tassiane Ferreira Langendorf										
Área Temática:										
Versão: 1										
CAAE: 45270521.8.0000.5346										
Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e										
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio										
DADOS DO PARECER										
Número do Parecer: 4.646.734										
Apresentação do Projeto:										
<p>Entre as metas e estratégias do MS de reorganização do processo de formação profissional, como o apoio à qualificação do cuidado em maternidades prioritárias, especialmente serviços de referência como os hospitais de ensino, ocorreu a formulação do projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. O Projeto contempla, também, o investimento na formação profissional, incluindo especialização e aprimoramento em Enfermagem Obstétrica e apresenta como sua base estruturante a integração de três dimensões: formação, atenção e gestão, fomentando o envolvimento dos movimentos sociais afinados com a defesa dos direitos dos usuários e o protagonismo das mulheres (BRASIL, 2017b; MARQUES, 2015; SOUZA et al., 2019).</p>										
<p>O presente estudo trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, a qual se caracteriza pela coleta de dados em documentos, escritos ou não, que se constituem como fontes primárias, as quais podem ter sido registradas no momento em que o fato ou fenômeno ocorreu ou depois (MARCONI, LAKATOS, 2019). O cenário da pesquisa será o centro obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).</p>										
<p>A fonte de dados do presente estudo serão os instrumentos utilizados no centro obstétrico para</p>										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa</td> <td>CEP: 97.105-970</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Camobi</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: RS</td> <td>Município: SANTA MARIA</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (55)3220-9362</td> <td>E-mail: cep.ufsm@gmail.com</td> </tr> </table>			Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa	CEP: 97.105-970	Bairro: Camobi		UF: RS	Município: SANTA MARIA	Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com
Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa	CEP: 97.105-970									
Bairro: Camobi										
UF: RS	Município: SANTA MARIA									
Telefone: (55)3220-9362	E-mail: cep.ufsm@gmail.com									



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.646.734

registro de informações referentes aos partos e nascimentos ocorridos no local. O instrumento, denominado "Ficha de coleta de informações para monitoramento de indicadores" (Anexo I), foi elaborado para ser utilizado como ferramenta para monitoramento das ações implementadas na atenção à parturiente no processo de parto e nascimento após adesão do Hospital ao Projeto Apice On. Este foi organizado em oito seções, as quais permitem registros referentes a: dados da internação; acompanhamento do trabalho de parto; identificação da via de parto; dados do parto vaginal; dados do nascimento; pós-parto; eventos sentinela e dados da alta hospitalar. O instrumento foi elaborado por enfermeiras obstétricas atuantes no serviço, que para elaboração se basearam nos objetivos e metas propostos pelo Apice On para mudanças na atenção obstétrica no âmbito da gestão, assistência e ensino dos hospitais aderentes ao projeto.

Considerando que no centro obstétrico (CO) do HUSM ocorreram em média 93 cesarianas e 69 partos normais por mês no primeiro semestre de 2020, serão analisados todos os dados referentes ao ano de 2020, incluindo aproximadamente dados de 1800 participantes. Configuram-se como critérios de inclusão: instrumentos preenchidos com informações de parturientes assistidas no CO do HUSM; considerando ambas as vias de parto: normal e cesariana; instrumentos que não tenham sido preenchidos em sua totalidade, mas que apresentam minimamente informações referentes ao parto e nascimento.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: analisar as características da atenção prestada à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento em um hospital universitário aderido ao projeto Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceOn).

ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a atenção prestada à mulher e ao recém-nascido no processo de parto e nascimento.
- Verificar se existe associação entre as variáveis da mulher e do recém-nascido e as características da atenção prestada.

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.646.734

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: não há risco direto aos participantes por se tratar de pesquisa documental, preservando o anonimato dos participantes.

BENEFÍCIOS: indiretos através do conhecimento gerado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados de forma suficiente.

Recomendações:

Conheça o curso de Qualificação dos Comitês de Ética em Pesquisa que compõem o Sistema CEP/Conepem <https://edx.hospitalmoinhos.org.br/project/cep>.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1727447.pdf	06/04/2021 10:12:56		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/04/2021 10:12:19	Tassiane Ferreira Langendorf	Aceito
Outros	TERMO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	01/04/2021 10:33:21	Tassiane Ferreira Langendorf	Aceito
Outros	Registro_GAP.pdf	01/04/2021 10:32:54	Tassiane Ferreira Langendorf	Aceito
Outros	Autorizacao_institucional.pdf	01/04/2021 10:31:53	Tassiane Ferreira Langendorf	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_TCLE.pdf	01/04/2021 10:31:25	Tassiane Ferreira Langendorf	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/04/2021 10:26:34	Tassiane Ferreira Langendorf	Aceito

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA E-mail: cep.ufsm@gmail.com
 Telefone: (55)3220-9362



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.646.734

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 13 de Abril de 2021

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com