

Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil

Assessment of adherence to best practices in labor and childbirth care by care providers working in public hospitals in the Federal District of Brazil

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho (<https://orcid.org/0000-0002-5140-0237>)¹

Fábio Ferreira Amorim (<https://orcid.org/0000-0003-0929-5733>)¹

Levy Aniceto Santana (<https://orcid.org/0000-0001-7743-4892>)¹

Leila Bernarda Donato Göttems (<https://orcid.org/0000-0002-2675-8085>)¹

Abstract *Objective: To assess adherence to best practices in labor and childbirth care by doctors, nurses, obstetric nursing residents, and obstetric medical residents working in public hospitals in the Federal District of Brazil. Method: A cross-sectional study was conducted with care providers working in 11 public hospitals in the Federal District of Brazil between January and March 2015. A questionnaire containing 20 sociodemographic questions and 50 five-point Likert items was administered. The average scores of each group and each hospital were analyzed. Results: Nurses obtained the highest scores for the use of evidence-based practices (57.8 ± 12.9), while doctors achieved the highest scores for the work process dimension (72 ± 8.5). Medical residents obtained the highest scores for organization of labor and childbirth care (56.5 ± 8.5). No statistically significant differences were found between groups. Hospital scores ranged from 55 to 64. No statistically significant differences were found between hospitals. Most professionals encourage natural childbirth. Conclusion: It is necessary to strengthen actions to promote greater adherence to best care practices, both in relation to organization of labor and childbirth care and to the attitudes and values of health professionals.*

Key words *Women's health, Health knowledge, attitudes, and practices, Humanized childbirth, Health services research*

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar a adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, entre médicos, enfermeiros e residentes dos programas de residência em obstetria, dos hospitais públicos do Distrito Federal (DF). Estudo transversal do tipo inquérito aplicado a profissionais em 11 hospitais públicos do DF de janeiro a março de 2015. Instrumento com 20 questões sociodemográficas e 39 itens do tipo escala Likert. Para análise estatística, os profissionais foram separados em 4 grupos (enfermeiros, enfermeiro residentes, médicos e médicos residentes). Foram também avaliados os escores de cada hospital estudado. A dimensão processo de trabalho apresentou os maiores escores em relação as demais dimensões. Na comparação entre os grupos e entre os hospitais não foram observadas diferenças significativas em nenhuma das dimensões. A maioria dos profissionais estimula o parto natural. É necessário reforçar as ações para maior adesão às boas práticas de atenção ao parto, tanto na organização da rede de serviços quanto nas atitudes e valores da formação dos novos profissionais de saúde.*

Palavras-chave *Saúde da mulher, Conhecimentos atitudes e prática em saúde, Parto humanizado, Pesquisa sobre serviços de saúde*

¹ Escola Superior de Ciências da Saúde. SMHN Quadra 03/conjunto A/ Bloco 1, Edifício FEPECS. 70710-907 Brasília DF Brasil. elisabete_mpc@yahoo.com.br

Introdução

A saúde das mulheres no Brasil, em especial a atenção à gestação, parto e nascimento, compõe parte relevante da agenda das políticas de saúde desde a década de 1990. Têm tomado grande notoriedade as ações relacionadas à atenção obstétrica, com enfoque na mudança do modelo biomédico, na qualidade da atenção obstétrica e na organização de um sistema integrado e regionalizado de acompanhamento dos riscos perinatais e dos cuidados básicos e especializados com acesso oportuno às gestantes^{1,2}.

O modelo de organização da atenção ao parto e nascimento proposto pelo Ministério da Saúde (MS) desde a década de 1990, reforçado em 2011, segue recomendações internacionais. Compõe-se de diretrizes para práticas que proporcionem às gestantes, às puérperas e aos recém-nascidos o cuidado integral e de qualidade, o acesso às práticas de saúde baseadas em evidências científicas e o reconhecimento da gestante e de seus familiares como atores principais nesse cenário³.

As diretrizes brasileiras introduziram valores e atributos da organização de uma rede temática de atenção à gestação, parto e nascimento e à criança até os 24 meses e retomam pressupostos do processo de trabalho como força motriz para a mudança do modelo obstétrico. Para as gestações e partos de risco habitual, foram reforçadas as tecnologias leves e leve-duras (conhecimento técnico científico) como ancoragem para o cuidado ao parto e nascimento. Buscam-se o fortalecimento da rede e a construção de estratégias inovadoras para a superação de conflitos criados pelas relações de poder que envolvem as ações profissionais e institucionais do cotidiano dos trabalhadores de saúde no ambiente hospitalar⁴.

Essas diretrizes estão alinhadas com as recomendações da American College of Obstetricians and Gynecologists e da Society for Maternal-Fetal Medicine⁵, que publicaram, em 2015, um guia para a organização de um sistema regionalizado e integrado de atenção obstétrica, com serviços que ofereçam cuidados ao parto em diferentes complexidades. Esses serviços devem contar com equipes de profissionais com treinamento diferenciado e estrutura disponível com suporte tecnológico adequado. A implantação destas diretrizes exige um contexto global que valorize o cuidado respeitoso e humanizado, nos períodos de pré-natal, intraparto e pós-natal³.

O Distrito Federal (DF) tem uma população estimada em 3,0 milhões de habitantes, em que aproximadamente 65% desta população é usuá-

ria dos serviços de saúde do SUS-DF, segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal. A natalidade no DF vem sofrendo redução ao longo dos últimos anos, passando de 46.967 nascidos vivos residentes em Brasília em 2001 para 44.538 em 2014⁶. A cesariana é o tipo de parto mais realizado no DF e cursa com taxas crescentes muito superior a recomendada pela OMS. No ano 2000 a taxa de cesáreas foi de 39,90% (19.416 cesáreas, 29.180 normais) e em 2014 saltou para 52,90% (28.393 cesáreas, 25.122 normais) fomentando discussões acerca da cesariana sem indicação clínica, que expõe desnecessariamente as mulheres e os bebês aos riscos de efeitos adversos e que pode inclusive resultar em morte materna⁷.

A Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES-DF) aderiu a Rede Cegonha, instituída pela Portaria GM/MS n.º 1.459/2011, e a partir de 2011 realizou ações variadas, incluindo-se maior articulação entre a atenção primária e os locais de parto; de mudança no modelo obstétrico, com maior adesão às boas práticas obstétricas e nos processos de trabalho com adoção de estratégias baseadas em evidências científicas.

O sistema de saúde do DF, assim como o sistema de saúde brasileiro, ainda têm grandes desafios para a oferta de atenção integral e de qualidade às mulheres. Todavia, identificam-se cenários com potencial de agir sinergicamente para uma efetiva mudança na atenção ao parto e nascimento com a implementação de boas práticas perinatais como política pública, incluindo revisão de rotinas e monitoramento de indicadores de processo e resultado, intervenções na ambiência e inserção da enfermagem obstétrica na atenção ao parto de risco habitual, entre outras intervenções⁸.

A literatura ainda aponta lacunas nas avaliações que abordem as práticas profissionais na organização e nos sistemas de saúde^{9,10}, além de a avaliação de serviços de saúde ainda representar um desafio para a maioria dos atores que atuam na saúde, tendo em vista a complexidade do objeto a ser avaliado⁹. Desse modo, o objetivo do estudo foi avaliar a adesão às boas práticas de atenção ao parto e nascimento entre médicos, enfermeiros e residentes dos programas de residência em obstetrícia, dos hospitais públicos do DF.

Método

Estudo transversal, do tipo inquérito, realizado no período de janeiro a março de 2015 em 11 hospitais públicos que compõe a Rede Cegonha

da SES-DF. A rede de serviços da SES-DF é composta por 16 hospitais, dos quais 11 oferecem atendimento ao parto e nascimento, acrescidos de uma Casa de Parto, contabilizando 806 leitos obstétricos, sendo 607 SUS e 199 não SUS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Em 7 desses hospitais, são desenvolvidos programas de residência médica em ginecologia e obstetrícia e de enfermagem obstétrica. Ao todo, os profissionais que atuavam nos centros obstétricos contabilizavam 521, dos quais 416 são médicos e 105 são enfermeiros.

A amostragem foi probabilística estratificada e consistiu em dividir os participantes em diferentes subgrupos: médicos obstetras, enfermeiros obstetras, residentes de medicina e de enfermagem obstétrica, de acordo com a proporção de profissionais lotados nos centros obstétricos de cada hospital participante do estudo. Foram entrevistados 261 profissionais de saúde, sendo 111 enfermeiros (42,6%) e 150 médicos (57,5%).

O instrumento de pesquisa foi aplicado por uma equipe composta por três enfermeiras, sendo duas obstetras, e continha 20 questões relacionadas ao perfil sociodemográfico e 50 itens do tipo escala *Likert* para avaliação de boas práticas de atenção ao parto (discordo totalmente, discordo parcialmente, não sei, concordo parcialmente e concordo totalmente) em 3 dimensões: organização da rede de atenção ao parto e nascimento (itens 1 a 12), práticas baseadas em evidência científica (itens 13 a 35) e processo de trabalho (itens 36 a 50). Os itens seguiram a escala de cinco pontos. Os itens negativos foram invertidos antes da análise, conforme indicado no instrumento¹¹. Assim, nesse estudo, incluíram-se todas as ações de articulação entre os serviços de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, de mudanças nos processos de trabalho e nas práticas obstétricas de atenção ao parto que, se realizadas nos locais de parto, indicam maior ou menor adesão a um novo modelo de cuidados ao parto e nascimento pelos profissionais.

Estudo anterior¹², que avaliou a confiabilidade do instrumento utilizado, apresentou um Alfa de Cronbach de 0,53, 0,78 e 0,76, respectivamente para as dimensões 1, 2 e 3 após as exclusões de 11 itens das variáveis avaliativas das boas práticas de atenção ao parto. Assim, para confiabilidade dos dados dessa pesquisa, a análise foi realizada com as exclusões sugeridas e o instrumento depurado com 39 itens apresentando um Alfa de Cronbach total de 0,80.

As variáveis qualitativas ou categóricas foram estudadas de acordo com a frequência e distri-

buição de proporções. Utilizou-se o escore transformado para uma escala de zero a 100, zero relacionado à pior avaliação (péssima) e 100 à melhor avaliação (ótima) para análise das questões do tipo escala *Likert*¹³. Após o cálculo dos escores médios, foram aplicados os parâmetros adaptados de Costa et al.¹⁴, para os profissionais e para os hospitais: Ótimo = 90 a 100 pontos; Satisfatório = 70 a 89 pontos; Precário = 50 a 69 pontos; e Insuficiente = 0 a 49.

O Teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade dos dados. Para variáveis contínuas, foi usado o teste de análise de variância (ANOVA). Se teste de ANOVA fosse significativo estatisticamente, a análise *post hoc* foi realizada com o teste de Turkey TSD com correção de Bonferroni. Já para variáveis categóricas, foram usadas tabelas de contingência, e estas foram avaliadas por meio de teste de 2 de Pearson ou teste exato de Fisher, com análise *post hoc* com correção de Bonferroni quando apropriada. O nível de significância foi de 5% ($p < 0,05$). A análise estatística foi realizada usando Statistical Package for Social Sciences 20.0 Mac (SPSS 20.0 Mac, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Saúde da SES-DF e todos participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi financiada com recursos da Fundação de Apoio à Pesquisa. Este artigo compõe parte da pesquisa Organização, Acesso e Continuidade Assistencial da Rede Materno Infantil da Saúde da SES-DF.

Resultados

O perfil dos participantes caracterizou-se pela média de idade de $37,6 \pm 8,5$ anos para os enfermeiros, $27 \pm 7,3$ anos para os residentes em enfermagem obstétrica, $43 \pm 8,7$ para médicos e $27 \pm 1,9$ para médicos residentes, com prevalência de profissionais do sexo feminino em todas as categorias profissionais. A maioria foi de especialista, mas os médicos apresentaram frequência maior de outras titulações além da especialidade. A carga horária semanal de trabalho foi acima de 40 horas para residentes (Tabela 1).

Na análise das práticas dos profissionais na atenção ao parto e nascimento (Tabela 2), observou-se que, na dimensão 1, denominada Organização da rede de atenção ao parto e nascimento, obteve-se os menores escores: $57,8 \pm 12,9$ para os enfermeiros, $53,8 \pm 12,5$ para os residentes em enfermagem obstétrica, $56,0 \pm 13,8$ para os

Tabela 1. Perfil dos participantes do estudo.

Parâmetro	ENF (N = 83)	ENF-R (N = 28)	MED (N = 116)	MED-R (N = 34)	Valor-p
Idade, anos, média(DP)	37,6 (8,5)	27 (7,3)	43 (8,7)	27 (1,9)	
CH semanal de trabalho, horas, média(DP)	39,2(12,7)	59,3(3,8)	40,7(15,7)	60,9(6,3)	< 0,01
Sexo Feminino, n (%)	74(89)	27(96,4)	73(63)	29(85,3)	< 0,01
Escolaridade, n(%)					
Doutorado	0(0,0)	0(0,0)	2(1,7)	0(0,0)	< 0,01
Mestrado	3(3,6)	1(3,6)	11(9,5)	0(0,0)	
Especialização	58(69,8)	9(32,1)	102(87,9)	9(26,4)	
Graduação	22(26,5)	18(64,3)	1(0,8%)	25(73,5)	
Estimula o parto normal na família e entre os amigos, n(%)	72(86,7)	28(100)	89(78,1)	31(91,2)	0,02

ENF: Enfermeiros; ENF-R: Enfermeiro residente; MED: médicos; MED-R: médicos residentes; DP: desvio padrão, NS: Não significante; CH: Carga Horária.

Tabela 2. Média e desvio padrão (DP) das práticas da Dimensão 1 - Organização da rede de atenção ao parto e nascimento.

	ENF (N = 83) M(DP)	ENF-R (N = 28) M(DP)	MED (N = 116) M(DP)	MED-R (N = 34) M(DP)	Valor-p
Viabilizo leito em outra unidade de atenção ao parto quando da inexistência de vaga neste serviço.	74,7(28,8)	64,3 (27,4)	70,7(29,0)	70,6(28,8)	NS(0,41)
Recebo gestantes para conhecer o local do parto, rotineiramente.	67,5(38,7)	75,7(35,8)	33,3 (36,2)	27,0 (27,8)	< 0,01
Atividades educativas são realizadas com as gestantes e acompanhantes para favorecer a vinculação à maternidade, quando da visita prévia.	67,2(32,5)	80,7(26,9)	59,6 (29,7)	55,3 (27,4)	0,02
Normalmente atendemos a uma quantidade de parturientes superior ao número de leitos.	11,3(21,0)	17,9 (27,4)	6,4(16,1)	11,7(22,1)	0,04
A equipe é insuficiente para a quantidade de parturientes atendidas diariamente.	11,1(23,0)	22,9(31,6)	11,0(22,3)	22,3(24,5)	NS(0,13)
Temos facilidade em contatar a equipe de pré-natal da atenção primária e/ou do ambulatório de alto risco, quando necessário.	43,6(25,8)	48,6(25,2)	44,5(27,4)	50,0(30,0)	NS(0,60)
Participo de reuniões com as equipes de pré-natal para discutir melhorias na atenção à gestação, parto e nascimento.	33,0(23,3)	50,0(32,9)	43,9(30,2)	47(25,5)	0,01
Quando necessitamos de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêuticos não disponíveis, temos dificuldades em conseguir em outros serviços.	19,3(25,1)	27,1(21,9)	10,7(21,3)	25,3(28,8)	< 0,01
O acesso às informações realizadas pelas demais unidades de saúde é facilitado pelo prontuário eletrônico.	72,5(27,2)	68,6(31,9)	71,4(27,5)	84,1(17,6)	NS(0,07)
Organização da rede de atenção ao parto e nascimento	57,8(12,9)	53,8(12,5)	56(13,8)	57,6(12,5)	NS(0,52)

ENF: Enfermeiros; ENF-R: Enfermeiro residente; MED: médicos; MED-R: médicos residentes; M: média, DP: Desvio padrão; NS: Não significante.

médicos e $57,6 \pm 12,5$ para os médicos residentes em obstetrícia. Observou-se que algumas das práticas dessa dimensão apresentaram diferenças

significativas entre enfermeiros e médicos, especialmente as que se referem a visita prévia de vinculação das gestantes ao local de parto, aten-

der a um número maior de parturientes do que a capacidade de leitos e participar de reuniões com a equipe do pré-natal para discutir melhorias no acompanhamento. Entre essas práticas, os escores foram maiores para a equipe de enfermagem, com exceção da participação em reuniões com a equipe de pré-natal.

Na dimensão 2 (Práticas baseadas em evidência científica de atenção ao parto), obteve-se um

escore total de $56,3 \pm 7,1$ para os enfermeiros, $56,4 \pm 7,3$ para os enfermeiros residentes, $56,5 \pm 8,5$ para os médicos e $56,2 \pm 6,6$ para os médicos residentes. (Tabela 3). Dos 21 itens desta dimensão, 7 apresentaram diferenças significativas na comparação entre enfermeiros e médicos. Destacaram-se as práticas relativas ao acompanhante ($p = 0,01$), o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor ($p < 0,01$), ausculta dos BCF

Tabela 3. Média e desvio padrão (DP) das práticas da Dimensão 2 - Práticas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto. Brasília-DF, 2015.

	ENF (N = 83) M(DP)	ENF-R (N = 28) M(DP)	MED (N = 116) M(DP)	MED-R (N = 34) M(DP)	Valor-p
O parto normal é realizado em leitos PPP neste serviço.	87,0(24,7)	95,7(15,7)	85,0(26,6)	85,0(26,6)	NS(0,62)
Restrinjo a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o TP rotineiramente.	48,4(29,3)	57,9(23,9)	54,3(28,4)	45,3(28,4)	NS(0,16)
Utilizo cortinas e/ou biombos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.	79,8(29,0)	96,4(12,20)	77,6(29,6)	94,1(11,6)	< 0,01
Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.	86,3(25,2)	90,7(23,4)	77,2(28,3)	85,3(23,3)	0,02
Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente.	59,0(28,4)	73,6(18,9)	44,7(27,8)	47,6(26,1)	< 0,01
O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.	56,9(29,7)	59,3(24,6)	62,9(24,8)	60,0(23,1)	NS(0,45)
Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante TP e Parto.	86,5(21,7)	97,9(6,3)	87,4(19,3)	85,9(19,4)	0,04
Estimulo a deambulação da gestante durante o TP.	93,5(15,0)	99,3(3,8)	94,1(13,5)	95,9(8,2)	NS(0,18)
Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.	78,1(24,9)	100,0(0,0)	68,4(27,6)	63,5(28,1)	< 0,01
Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o TP e parto.	83,9(22,6)	100,0(0,0)	84,8(20,7)	80,0(23,1)	< 0,01
Na fase ativa do TP, realizo ausculta de BCF a cada 30", rotineiramente.	59,0(26,9)	90,0(14,9)	83,3(20,1)	83,5(17,4)	< 0,01
Utilizo partograma para acompanhar o TP.	50,4(30,0)	82,1(30,5)	60,3(31,5)	64,1(28,2)	< 0,01
Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do TP.	84,8(23,5)	97,1(7,1)	94,7(13,3)	97,1(7,2)	< 0,01
Promovo o contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira 1/2 hora após o parto.	90,1(19,3)	95,7(8,4)	93,3(14,9)	96,5(7,7)	NS(0,14)
Realiza-se rotineiramente o enema no preparo para o parto.	77,3(11,6)	80,0(0,0)	76,6(11,9)	75,3(12,1)	NS(0,38)
A tricotomia é realizada rotineiramente, neste serviço.	69,9(22,2)	72,1(21,3)	73,8(17,2)	64,7(24,6)	NS(0,13)
Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o TP e parto.	21,2(20,8)	30,7(22,1)	32,1(26,2)	34,1(28,5)	0,01
A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP.	22,2(20,0)	26,4(21,1)	25,2(20,5)	29,4(24,2)	NS(0,37)
Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.	15,7(22,3)	46,4(30,8)	9,0(15,5)	13,5(22,9)	< 0,01
Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço.	31,6(25,4)	41,4(27,7)	49,0(26,3)	58,8(25,1)	< 0,01
Realizo manobra de Kristeller quando necessário.	47,0(30,8)	74,3(18,7)	32,8(27,8)	45,3(31,3)	< 0,01
Boas práticas obstétricas	56,3(7,1)	56,4(7,3)	56,5(8,5)	56,2(6,6)	NS(1,00)

ENF: Enfermeiros; ENF-R: Enfermeiro residente; MED: médicos; MED-R: médicos residentes; PPP: pré-parto, parto e pós-parto imediato; TP: Trabalho de parto; BCF: Batimentos cardíacos fetais; M: Média, DP: Desvio padrão; NS: Não significante.

na fase ativa do TP ($p < 0,01$), informar a parturiente sobre a evolução do trabalho de parto ($p < 0,01$), uso da hidratação venosa no trabalho de parto e parto ($p < 0,01$), estímulo a fazer força no período expulsivo ($p < 0,01$) e realizar a episiotomia rotineiramente ($p < 0,01$).

Na dimensão 3 (Processo de trabalho), obteve-se um escore total de $67,4 \pm 15,6$ para os enfermeiros, $63,7 \pm 15,8$ para os enfermeiros residentes, $68,2 \pm 15,2$ para os médicos e $72,0 \pm 11,4$ para os médicos residentes (Tabela 4). Dentre os 9 itens, 7 apresentaram escores com diferenças significativas entre enfermeiros e médicos. Destacaram-se prestar informação à parturiente antes dos procedimentos ($p < 0,01$), a tomada de decisões clínicas compartilhadas ($p < 0,01$), discutir evidências científicas com a equipe ($p < 0,01$), atuação integrada entre médicos e enfermeiros ($p < 0,01$), estímulo ao parto normal ($p < 0,01$), realização de capacitações periódicas dos profissionais ($p < 0,01$).

A Figura 1 apresenta as pontuações médias de cada hospital. Os escores da dimensão 1 (organização da rede de atenção ao parto) variaram de $46 \pm 9,8$ (hospital H6) a 61 ± 8 (hospital H8). Os escores da segunda dimensão (práticas baseadas em evidências) variaram de $52 \pm 4,8$ (hospital

H7) a 59 ± 5 (hospital H8). A pontuação para a terceira dimensão (processo de trabalho) variou de 64 ± 18 (H9 e H5) e 78 ± 14 (H3). As dimensões 1 e 2 apresentaram os menores escores e a 3, os melhores desempenhos, embora sem diferenças estatísticas entre os grupos de profissionais e os hospitais. Ocorreram diferenças com significância entre os hospitais em todas as dimensões avaliadas ($p < 0,01$).

Na dimensão 1 (Organização da rede de atenção ao parto e nascimento), houve diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais em 5 dos 9 itens, com destaque para a visita prévia da gestante para conhecer o local de parto ($p < 0,01$), realização de atividades educativas com as gestantes e acompanhantes para favorecer a vinculação à maternidade, quando da visita prévia ($p = 0,02$) e quanto à dificuldade de conseguir realizar procedimentos de apoio diagnóstico e terapêuticos em outros serviços ($p < 0,01$).

Na dimensão 2 (Práticas baseadas em evidências científicas), observaram-se diferenças significativas em 13 dos 21 itens. Entre os itens que se destacam, citam-se aqueles relacionados às orientações sobre formas de relaxamento da dor ($p = 0,04$), a liberdade de posição da parturiente durante o trabalho de parto e parto ($p < 0,01$),

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

	ENF (N = 83) M(DP)	ENF-R (N = 28) M(DP)	MED (N = 116) M(DP)	MED-R (N = 34) M(DP)	Valor-p
Sigo as recomendações do MS na atenção ao parto e nascimento.	85,1(17,9)	95,0(10,4)	89,0(13,5)	93,5(9,5)	< 0,01
As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o TP.	72,8(28,4)	77,9(25,1)	91,9(12,1)	92,4(18,4)	< 0,01
Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão.	57,3(27,7)	60,0(24,9)	91,6(16,3)	92,9(10,9)	< 0,01
Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto e nascimento com minha equipe.	61,0(28,4)	82,1(22,0)	84,1(19,7)	86,5(15,4)	< 0,01
Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada, neste serviço.	60,7(27,5)	53,6(26,1)	81,0(19,9)	67,6(31,1)	< 0,01
Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.	73,7(26,7)	72,1(22,0)	91,0(14,3)	89,4(14,1)	< 0,01
Neste serviço, os profissionais se capacitam periodicamente.	48,0(24,8)	48,6(22,7)	65,2(24,8)	68,8(21,6)	< 0,01
Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias.	30,8(19,3)	40,7(25,8)	45,2(23,0)	48,8(20,4)	NS(0,09)
A assistência ao parto pelas(os) enfermeiras (os) é restrita a alguns plantões (escassa) .	21,7(29,0)	20,0(28,3)	27,1(27,6)	34,7(28,8)	NS(0,19)
Mudanças no processo de trabalho	67,4(15,6)	63,7(15,8)	68,2(15,2)	72,0(11,4)	NS(0,66)

ENF: Enfermeiros; ENF-R: Enfermeiro residente; MED: médicos; MED-R: médicos residentes; TP- Trabalho de parto; MS- Ministério da Saúde; M: Média, DP: Desvio padrão; NS: Não significante.

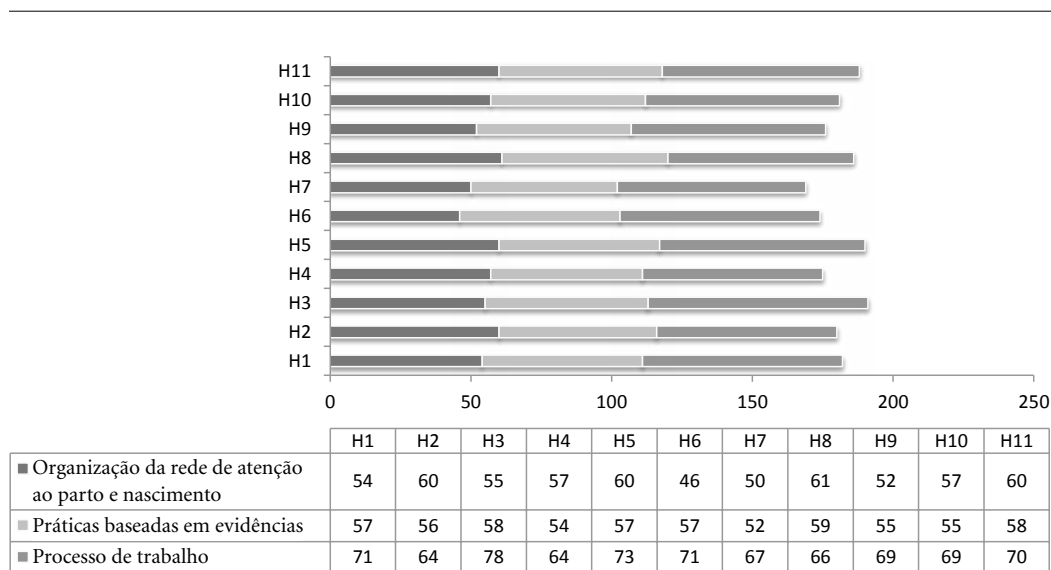


Figura 1. Escore médio dos hospitais na organização da rede, nas boas práticas obstétricas e na mudança do processo de trabalho dos profissionais. Brasília-DF, 2015.

com média acima de 80 em todos os hospitais. Nos itens relacionados ao estímulo à presença de acompanhante de livre escolha da parturiente, apenas dois hospitais não alcançaram escores acima de 80 ($p < 0,01$), assim como no item relativo ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor ($p < 0,01$). Todavia, também devem ser destacadas as diferenças observadas nos itens relacionados às intervenções obstétricas: hidratação intravenosa durante o trabalho de parto e parto ($p = 0,01$), estímulo à parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto ($p < 0,01$), episiotomia de rotina ($p < 0,01$) e realizar manobra de Kristeller quando necessário ($p < 0,01$).

Dos 9 itens da dimensão 3 (Processo de trabalho), 7 apresentaram diferenças significativas entre os hospitais. Dentre esses, destaca-se o item: “seguir as recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento”, com médias acima de 80 em todos hospitais ($p < 0,01$).

Na última questão do instrumento, foi perguntado se os profissionais estimulavam o parto normal entre amigos ou em ambiente familiar, com o intuito de identificar as convicções sobre o tema. Obteve-se 100% e 91,2% de respostas positivas entre os residentes do programa de residência em obstetrícia e os do programa de residência médica em obstetrícia, respectivamente. As respostas positivas para enfermeiros e médicos, foram de 86,7% e 78,1%, respectivamente.

Discussão

O estudo revela potenciais e lacunas importantes na atenção ao parto nos hospitais públicos estudados. As práticas relativas à organização da rede de atenção ao parto e nascimento apresentaram escores baixos na comparação entre os profissionais e entre os hospitais, sinalizando para um nível insuficiente de implementação¹⁴. Na comparação entre os hospitais, observam-se lacunas na implantação dos atributos propostos pelo MS, especialmente nos itens relativos à maternidade com território definido, oferta de ações educativas, articulação com os outros locais de parto e de pré-natal de baixo risco, suficiência de equipes e leitos, ambiência das maternidades.

Os resultados desta dimensão traduzem as dificuldades de mudar a organização dos serviços de saúde, que atuam de forma fragmentada e isolada, para uma atuação integrada, que implica na construção de relações horizontalizadas entre os serviços diversos, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e com canais permanentes de comunicação¹⁵. Como ponto estratégico, a atenção primária fortalecida e potente, neste caso representada pelos locais onde se realizam o pré-natal, tem um papel fundamental no acompanhamento das gestantes e no compartilhamento das informações clínicas, na definição dos planos de parto e na vinculação

das gestantes aos locais de parto. Assim, os escores aqui alcançados pelos serviços demonstram fragilidades na articulação e na comunicação entre os pontos de atenção¹⁶.

Na Dimensão 2, onde se encontram os itens que traduzem as práticas baseadas em evidência científica, ambas as categorias profissionais e todos os hospitais se encontram em um nível precário de implementação, considerando-se as faixas para classificar a implantação¹, com variações nos escores. Observam-se resultados melhores para as boas práticas (presença de acompanhante, práticas não farmacológicas para o alívio da dor, ausculta dos BCF na fase ativa do TP, informar a parturiente sobre a evolução do trabalho de parto). Todavia os resultados demonstram a continuidade no uso da hidratação venosa, o estímulo a fazer força no período expulsivo, a episiotomia de rotina, a manobra de Kristeler, a amniotomia precoce e indução do trabalho de parto com ocitocina. Significa que há uma implantação parcial das boas práticas entre os profissionais nestes hospitais. Este resultado foi consistente com os achados de Leal *et al.*¹, e indica a urgência em reformar o modelo de atenção ao parto e nascimento, tendo em vista que muitos dos desfechos adversos identificados estão diretamente relacionados a qualidade da assistência.

Este resultado pode estar relacionado à concepção dos profissionais sobre o parto humanizado, que vem sendo insistentemente discutida nos programas de formação. A humanização refere-se ao processo que se inicia no pré-parto, com ações voltadas ao recém-nascido, parturiente e acompanhante, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional¹⁷.

Estudo realizado em quatro hospitais públicos de Teerã, nos anos 2011 e 2012, em que se observaram 24 mulheres durante todo o percurso de pré-parto, parto e pós-parto e se entrevistaram 100 mulheres no pós-parto, também demonstrou o uso de boas práticas e de intervenções obstétricas, concomitantemente. Os resultados mostraram que ainda persistem restrições a ingesta hídrica e alimentar, a escolha da posição no momento do parto, a deambulação durante o trabalho de parto e o contato pele a pele logo ao nascer. Persiste a prática da amniotomia no primeiro estágio, a indução do parto com ocitocina, a pressão no fundo do útero e a episiotomia¹⁸.

Em recente *overview* de revisões sistemáticas sobre atenção ao parto normal, em que foram analisadas 23 publicações (16 Cochrane e 7 não Cochrane), relativas às práticas mais comuns no manejo do trabalho de parto e parto, concluiu-

se que as evidências científicas não suportam enemas e tricotomias de rotina, monitoramento eletrônico contínuo da frequência cardíaca fetal, amniotomia precoce de rotina e restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto. A continuidade dos cuidados obstétricos, o encorajamento da posição não supina e a liberdade de movimento ao longo do trabalho de parto, são práticas que devem ser rotineiramente realizadas. Não há evidências suficientes para a administração rotineira de hidratação venosa e antiespasmódicos durante o trabalho de parto. Mais evidências ainda são necessárias sobre a admissão tardia até o trabalho ativo e o uso do partograma¹⁹.

Na dimensão 3 estão as práticas relativas à incorporação das evidências científicas, às reuniões entre equipes, às decisões compartilhadas, à comunicação entre os profissionais e as parturientes, à atuação integrada em equipe multiprofissional, às pesquisas de satisfação das usuárias, ao registro de informações e à atuação da enfermeira na sala de parto. Pelos escores observam-se que estas práticas estão insuficientemente implantadas entre os profissionais e nos hospitais como um todo.

Os resultados dessa dimensão, que se referem a atitudes e práticas na organização do processo de trabalho, sinalizam para a existência de barreiras e facilidades na implantação de mudanças nas práticas de cuidado ao parto. Em estudo realizado em 2007 com profissionais da Argentina e Uruguai, observaram-se que a introdução de novos conhecimentos entre os profissionais é facilitada pela multiplicidade de fontes de informação, mas persistem barreiras no acesso a essas fontes e resistência a mudanças construídas ainda na formação que não prepara os profissionais para um conhecimento dinâmico²⁰. Em estudo realizado no Irã entre 2013 e 2014, os resultados demonstraram que a falta de conhecimento e habilidades, a falta de motivação para mudar ou adotar novos comportamentos, a falta de autoridade para tomar decisões, o temor por problemas legais e a comunicação precária entre profissionais e pacientes estavam entre as principais barreiras para adotar práticas baseadas em evidências científicas. Também foram consideradas como barreiras importantes, a falta de estrutura e suprimento nos hospitais e os conflitos entre as normas e as decisões individuais dos médicos²¹. Em ambos os estudos, a participação e o “feedback” das mulheres não tiveram forte capacidade de influenciar mudanças²¹⁻²⁴.

Na análise dos escores médios obtidos pelos hospitais, entre 50 a 62, se aplicados os parâme-

tros adaptados de Costa et al.¹⁴, todos estão com implementação precária das diretrizes do Ministério de Saúde brasileiro. Este resultado é explicado pela diferença nas infraestruturas assistenciais, no perfil da clientela, no modelo de gestão adotado e pela existência ou não de programas de residência em obstetrícia, em especial de enfermagem²⁴.

Os dados deste estudo, associados aos já publicados pela pesquisa *Nascer no Brasil*, despertam questionamentos sobre a qualidade da assistência obstétrica, na medida em que há uma elevada cobertura hospitalar dos partos no Brasil^{1,25}. Os resultados também sugerem a existência de importantes fragilidades nos sistemas de informação em saúde que dificultam o acesso aos registros clínicos e sociodemográficos das parturientes. Isso fragiliza a articulação entre os diferentes pontos de atenção, no que se refere ao compartilhamento de informações e recursos entre as unidades de saúde²¹⁻²³.

Apesar dos esforços governamentais e das associações profissionais, os resultados demonstram que a semelhança dos países da América Latina, na capital do Brasil, ainda persiste um modelo de medicalização do parto, com a existência concomitante de boas práticas e intervenções desnecessárias dos profissionais^{23,24}. Todavia, observaram-se resultados positivos que demonstram a introdução da “obstetrícia baseada em evidências”¹⁶⁻²⁴. Entretanto, para resultados mais significativos, é necessário que os profissionais experimentem, desde a sua formação, ambientes institucionais em que, da estrutura física às rotinas, todos os fatores favoreçam a fisiologia do parto de risco habitual. A inexistência das condições institucionais tem sido apontada como importantes dificuldades para o parto humanizado¹⁹⁻²¹.

Neste estudo, evidenciou-se que 84,9% dos entrevistados informaram que estimulam o parto normal entre os familiares e aos amigos. Para tal evidência não foram encontrados na literatura outras pesquisas que dialoguem com este comportamento dos profissionais obstetras. Sendo assim, reforça-se a necessidade de novos estudos que desvelem a influência das crenças e valores pessoais na adesão às boas práticas.

Considera-se como limitações deste estudo a impossibilidade de participação de todos os profissionais envolvidos na rede de atenção ao parto

e nascimento no cenário obstétrico, inclusive os profissionais de nível médio que atuam diuturnamente ao lado da parturiente, pois somente o trabalho em equipe é capaz de transformar a assistência obstétrica e promover a mudança do modelo.

O estudo representa uma contribuição relevante para a avaliação de serviços de saúde, visto que evidencia desafios para o cumprimento das boas práticas, representados pelas dificuldades do ambiente das maternidades, nas relações entre os profissionais que assistem ao parto e nascimento, para a formação de novos obstetras. Dessa forma, esta pesquisa pode subsidiar as ações para qualificar o cuidado obstétrico e neonatal com vista ao alcance das propostas governamentais e dos Objetivos de Desenvolvimento do Sustentável (ODS) por meio da efetiva implementação das boas práticas preconizadas pela OMS, com consequente redução das mortes maternas evitáveis.

Este estudo pode contribuir ainda para institucionalizar as avaliações em saúde que contemplem os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos profissionais visto que há dificuldades na sistematização de ferramentas avaliativas e na obtenção confiável de dados, documentos e informações para esse fim. Sinaliza para a necessidade de mudanças nos programas de residência obstétrica, aprofundamento nas capacitações e qualificação dos profissionais que atuam no cenário do parto de forma a aprimorar a gestão do cuidado, utilizando um modelo baseado em evidências científicas, holístico, que valorize o autocuidado, a humanização, a segurança e a garantia de direitos.

Conclusão

Os resultados deste estudo demonstraram que ainda são requeridas estratégias para aprofundar as mudanças necessárias no modelo obstétrico, na organização do sistema de saúde e no processo de trabalho dos profissionais, para uma abordagem mais inovadora e menos conservadora no cuidado obstétrico na capital do país. Recomenda-se reforçar a educação permanente dos profissionais, com maior ênfase nas boas práticas de atenção ao parto, aprimorar a integração entre os serviços e a definição dos territórios e da base populacional para cada maternidade.

Colaboradores

EMP Carvalho e LBD Göttems trabalharam na concepção, delineamento, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo; FF Amorim e LA Santana trabalharam na análise dos dados, na revisão crítica do artigo e na aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha Mariza MT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SG. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S17-S32.
2. Patah LEM, Malik AM. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2011 [cited 2017 Dec 10];45(1):185-194. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en
3. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comande D, Diaz V, Geller S, Hanson C, Langer A, Manuelli V, Millar K, Morhason-Bello I, Castro CP, Pileggi VN, Robinson N, Skaer M, Souza JB, Vogel JP, Althabe F. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet* [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 10]; 388(10056):2176-2192. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)31472-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)31472-6.pdf)
4. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. A logical model of the Rede Cegonha network. *Physis* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 08]; 23(4):1297-1316. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400014&lng=en
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. Levels of maternal care. *Obstetric Care Consensus No. 2*. [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 17]; 125:502-515. Available from: <https://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Levels-of-Maternal-Care>
6. Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde 2016-2019*. Brasília. [Internet] 2016 [cited 2019 Mar 10]. Available from: <http://www.seplag.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/12/Avalia%C3%A7%C3%A3o-do-Plano-Plurianual-2016-2019-Ano-base-2016.pdf>
7. Leite ICR, Margoto RM, Borges TC, Xavier EA, Corassa GP, Freitas MA. A Análise da Taxa de Cesáreas no Distrito Federal e em um Hospital Público Regional nos últimos 15 anos. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 01]; 7(1):24-37. Available from: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/9055>
8. Gomes MASM. Commitment to change. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 08]; 30(Supl. 1):S41-S42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300011&lng=en
9. Malacarne MP, Luiz SG, Amaral TR, Siqueira MM. Avaliação de serviços de saúde no campo da Saúde Coletiva: uma sistematização em curso. *Rev. Bras. Pesqui. Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 08]; 18(1):62-67. Available from: <file:///C:/Users/Leila/Downloads/15136-41937-1-SM.pdf>

10. Kendall T, Langer A. Critical maternal health knowledge gaps in low- and middle-income countries for the post-2015 era. *Reproductive health* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 08]; 12(1):55. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4475304/pdf/12978_2015_Article_44.pdf
11. Carvalho EMP, Göttems LBD, Pires MRGM. Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 08]; 49(6):889-897. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000600889&script=sci_arttext
12. Göttems LBD, Carvalho EMP, Guilhem D, Pires MRGM. Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018; [cited 2019 Mar 04]; 26:e3000. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3000.pdf
13. Curado MAS, Teles J, Marôco J. Analysis of variables that are not directly observable: influence on decision-making during the research process. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 08]; 48(1):146-152. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100146&lng=en
14. Costa MAR, Versa GLGS, Bellucci Júnior JA, Inoue KC, Sales CA, Matsuda LM. Admittance of Risk-Classified Cases: Assessment of Hospital Emergency Services. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 08]; 19(3):491-497. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000300491&lng=pt
15. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMD. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 10]; 21(2):329-337. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010&lng=pt
16. Silva MZND, Andrade ABD, Bosi MLM. Access and user embracement in prenatal care through the experiences of pregnant women in Primary Care. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 10]; 38(103):805-816. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400805&lng=en
17. Magalhães Júnior HM. Health Care Networks: towards the integrality. *Divulg. Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 29]; (52):15-37. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>
18. Pazandeh F, Huss R, Hirst J, House A, Baghban AA. An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwifery* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 28]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.003>
19. Iravani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahram M. An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2015; 20(3):293-303. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462052/>
20. Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, Belizan J, Walsh J, Campbell MK. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. *Health Educ Res* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 29]; 22(6):839-853. Available from: <https://academic.oup.com/her/article/22/6/839/641694>
21. Iravani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. Barriers to Implementing Evidence-Based Intrapartum Care: A Descriptive Exploratory Qualitative Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal* [Internet]. 2016; [cited 2017 Nov 29] 18(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863155/pdf/ircmj-18-02-21471.pdf>
22. Pasche DF, Vilela MEA, Giovanni M, Almeida PVB, Franco Netto TL. Rede Cegonha: challenges of cultural changes in obstetric and neonatal practices. *Divulg. Saúde Debate* [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 29]; 52:58-71. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>
23. Cecatti JG. Beliefs and misbeliefs about current interventions during labor and delivery in Brazil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 08]; 30(Supl. 1):S33-S35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300006&lng=en
24. Busanello J, Kerber NPC, Mendoza-Sassi RA, Mano PS, Susin LRO, Gonçalves BG. Humanized attention to parturition of adolescents: analysis of practices developed in an Obstetric Center. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 08]; 64(5):824-832. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500004&lng=pt
25. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Schindler P5, Burgos RY, Maganha e Melo CR, Silva LC, Lima M O, Hernández LV, Schlenker RR, Sánchez V, Rojas MS, Huamán BC, Chauca ML, Cillo A, Lofeudo S, Zapiola S, Weeks F, Foster J. Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery* [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 29]; 40:218-225. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142284/Midwifery-practice-and-maternity-services.pdf?sequence=1>

Artigo apresentado em 15/06/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 26/03/2019

