

CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA OFERECIDA ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

Characteristics of the assistance offered to women in prenatal care, childbirth and puerperium

Características de la asistencia ofrecida a la mujer durante el prenatal, el parto y el puerperio

Mariana Silva Renó Carneiro¹; Angélica de Cássia Bitencourt²; Renata de Castro Matias³; Giseli Mendes Rennó^{4a}

Resumo

Objetivo: identificar as características da assistência oferecida às mulheres no pré-natal, parto e puerpério em um município sul mineiro. Métodos: Estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa realizado com 61 mulheres que tiveram filhos no período de 2019 em um município do sul de Minas Gerais. A coleta dos dados deu-se com o preenchimento de formulários sobre as características sociodemográficas e da assistência obstétrica. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva simples. Resultados: Todas as mulheres frequentaram o pré-natal. Observou-se maior número de cesariana não eletiva com 47,6%, 33,3% fizeram uso de ocitocina, 28,6% foram submetidas à amniotomia, 19,0% foram submetidas à episiotomia e 7,1% foram submetidas à manobra de Kristeller. As consultas de puerpério foram frequentadas por 86,9% das mulheres. Conclusão: Foram identificados pontos positivos da assistência no ciclo gravídico puerperal e outros que necessitam de melhorias.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Parto. Parto humanizado. Cesárea. Período pós-parto.

Abstract

^a ¹Enfermeira, Setor de Pediatria do Hospital de Clínicas de Itajubá, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4221-7545>.

²Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3516-9688>, e-mail: angelicabitencourt@gmail.com

³Enfermeira, Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, Docente do curso de graduação em Enfermagem pela Faculdade Wenceslau Braz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5153-9757>.

⁴Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas, Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Wenceslau Braz, Docente do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Itajubá, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7359-4239>.

Objective: to identify the characteristics of the care offered to women during prenatal care, childbirth and the postpartum period in a southern city in Minas Gerais. Methods: Descriptive, cross-sectional and quantitative study carried out with 61 women who had children in 2019 in a municipality in the south of Minas Gerais. Data collection took place by filling out forms about sociodemographic characteristics and obstetric care. The data were analyzed using simple descriptive statistics. Results: All women attended prenatal care. There was a greater number of non-elective cesarean sections with 47.6%, 33.3% used oxytocin, 28.6% underwent amniotomy, 19.0% underwent episiotomy and 7.1% underwent maneuver by Kristeller. Postpartum consultations were attended by 86.9% of women. Conclusion: Positive points of assistance in the pregnancy-puerperal cycle and others that require improvement were identified.

Keywords: Prenatal Care. Parturition. Humanizing Delivery. Cesarean Section. Postpartum Period.

Introdução

A assistência pré-natal é um dos principais mecanismos para proteção do binômio mãe e filho, por incluir procedimentos preventivos, curativos e de promoção da saúde. Uma atenção de qualidade pode identificar os problemas, prevenir complicações e assegurar um parto e nascimento saudáveis, contribuindo para prevenção da mortalidade¹.

A assistência ao parto é assegurada mediante as ações de atenção à gestante e ao recém-nascido². Apesar de existirem grandes progressos na assistência, ainda permanecem grandes desafios, tais como as mortes maternas e neonatais e a alta taxa de cesarianas³.

O parto em ambiente hospitalar é caracterizado pelo emprego de várias tecnologias e procedimentos que visam torná-lo seguro para o binômio mãe-filho. Todavia, o avanço obstétrico além de auxiliar com a melhoria de indicadores de morbimortalidade maternas e perinatais, trouxe também um modelo que vê a gestação, parto e nascimento como doença. Diante disso, as mulheres são expostas a altos índices de intervenções, que deveriam ser usadas apenas em casos restritos, não como forma rotineira⁴.

Acrescenta-se que existem várias políticas públicas nacionais que objetivam prover assistência obstétrica segura, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e a Rede Cegonha².

Diante da importância do acesso à assistência de qualidade e humanizada ao pré-natal, parto e puerpério, faz-se necessário caracterizar a assistência obstétrica em uma cidade do Sul de Minas Gerais. Acredita-se que a assistência ao parto no município, modificou-se após a adesão à Rede

Cegonha no ano de 2015, tornando-se mais humanizada, com a prevalência do parto normal, diminuição do número de cesáreas, porém ainda prevalecem intervenções de rotina, consideradas prejudiciais ao processo do nascimento.

Portanto, esse estudo teve como objetivo identificar as características da assistência oferecida às mulheres no pré-natal, parto e puerpério em um município sul mineiro.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa realizado em um município do sul do estado de Minas Gerais. O estudo seguiu as recomendações do guia *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)*⁵.

As participantes do estudo foram 61 mulheres que tiveram filhos no período entre 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2019, cadastradas em quatro Estratégias Saúde da Família do município do estudo. A amostragem foi proposital e a escolha das unidades deu-se pela facilidade de acesso das autoras e por serem pólos importantes de assistência dessa clientela.

Para o cálculo da amostra foi realizado o contato com as Estratégias Saúde da Família que informaram o número de mulheres cadastradas que tiveram filhos no ano de 2019, totalizando 188 mulheres. Para o cálculo foi utilizada a fórmula para população finita. A amostra foi de 61 mulheres, a heterogeneidade foi de 50%, o erro amostral de 8,7% e o nível de confiança de 90%⁶.

Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: mulheres que tiveram filhos de janeiro a dezembro de 2019, o parto ter sido realizado em ambiente hospitalar no referido município do estudo, mulheres cadastradas nas Estratégias Saúde da Família incluídas no estudo e ter mais de 18 anos.

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a início de março de 2020, sendo interrompida devido a Situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em decorrência da Pandemia da Covid-19.

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: Características sociodemográficas e Características da assistência obstétrica. O primeiro possuía perguntas fechadas, totalizando 10 questionamentos. Já no segundo, 32 perguntas sobre a assistência pré-natal, ao parto e puerpério, sendo que alguns itens continham questões complementares, fechadas ou abertas, que facilitaram a aquisição dos dados.

O instrumento foi construído pelas pesquisadoras, com amparo na literatura, foram fontes de consulta: Atenção ao pré-natal de baixo risco¹; Humanização do parto: Humanização no Pré-natal

e Nascimento⁷; Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011: Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha⁸; e Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal⁴.

No dia da coleta foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a entrevista apenas teve início após a autorização e assinatura do documento. O dia e local da entrevista foi agendado conforme a disponibilidade da mulher, ocorrendo na própria unidade em uma sala reservada anteriormente ou na residência da mulher. As entrevistas foram realizadas em um ambiente tranquilo, livre de influências externas e privativo para elas.

Os dados foram tabulados em um banco de dados com auxílio do programa *Microsoft Office Excel 2010*. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva simples. Para as variáveis qualitativas foram utilizadas a frequência absoluta e percentual, e para as variáveis quantitativas foram utilizadas como medida de tendência central a média aritmética e de dispersão o desvio padrão.

O estudo seguiu os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde e iniciou-se após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Wenceslau Braz, sob o número de CAAE: 06526919.8.0000.5099.

Resultados

Participaram do estudo 61 mães que tiveram filho em ambiente hospitalar no ano de 2019, com idade entre 18 e 49 anos. A média de idade foi de 27,2 anos, com desvio padrão de 6,4 anos. Houve maior percentual de mulheres com faixa etária de 18 a 21 anos (24,6%), com ensino médio completo (52,6%), estado civil casada (60,7%), ocupação do lar (67,2%) e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (72,2%).

Embora a amostra seja maior representada por mulheres multigestas (41,0%), observou-se um percentual elevado de mulheres nulíparas (49,2%). Tal fato vai de acordo com a porcentagem total de cesárea anterior, sendo representado por 63,9% da amostra.

Em relação ao último período gravídico, a gestação de baixo risco foi a mais frequente, totalizando 82,0% das entrevistadas. A gestação de alto risco foi responsável por 18,0% da amostra, sendo as principais causas: hipertensão gestacional (35,7%), anemia, diabetes gestacional, sífilis gestacional e trabalho de parto prematuro com 14,3% cada, e por último, cardiopatia com 7,1%.

Em relação ao pré-natal, todas as mulheres participaram das consultas. A Estratégia Saúde da Família (57,1%) foi o principal local para as consultas. A consulta de 57,4% das mulheres foi realizada apenas pelo médico e 42,7% pelo médico e enfermeiro. A maioria das mulheres (42,7%)

relatou ter frequentado entre nove e onze consultas, mas apenas 19,7% participaram de grupos para gestantes.

No que diz respeito ao tipo de parto, observou-se maior número de cesariana não eletiva com 47,6%, em seguida parto natural/normal com 42,6% e cesariana eletiva com 9,8%. Das indicações de cesariana não eletiva, as mais frequentes foram distocias (36,4%) e hipertensão gestacional (27,3%). As indicações de cesariana não eletiva podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das mulheres estudadas, segundo as indicações de cesariana não eletiva relatadas, no período de 2019.

Indicação da cesariana não eletiva	n (%)
Bolsa rota	1 (3,0%)
Diabetes gestacional	1 (3,0%)
Distocias	12 (36,4%)
Hipertensão gestacional	9 (27,3%)
História de cesárea anterior	2 (6,1%)
Histórico de laqueadura	1 (3,0%)
Malformação adenomatóide cística	1 (3,0%)
Não entrou em trabalho de parto	2 (6,1%)
Pós-operatório de ressecção de tumor	1 (3,0%)
Pós-termo	1 (3,0%)
Pré-eclâmpsia	1 (3,0%)
Recém-nascido Grande para Idade Gestacional	1 (3,0%)

As informações de características assistenciais relacionadas à comunicação entre paciente e equipe, direitos reprodutivos, autonomia e protagonismo da gestante podem ser analisadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das mulheres estudadas, segundo as características assistenciais relacionadas à comunicação entre paciente e equipe, à autonomia e direitos reprodutivos, no período de 2019, (n: 61).

Características assistenciais		n(%)
Participou das decisões sobre o trabalho de parto e parto	Sim	47(77,0%)
	Não	14(23,0%)
Escolheu o tipo de parto	Sim	40(65,6%)
	Não	21(34,4%)
Foi informada sobre a necessidade da cesariana	Sim	34(97,1%)
	Não	1(2,9%)
Fez plano de parto	Sim	1(1,6%)
	Não	60(98,4%)
Teve acompanhante	Sim	58(95,1%)
	Não	3(4,9%)
Foi assistida no parto pelo profissional	Enfermeiro	4(6,6%)
	Médico	34(55,7%)
	Médico e enfermeiro	23(37,7%)
Foi informada sobre todos os procedimentos	Sim	56(91,8%)
	Não	5(8,2%)

Os procedimentos de tricotomia e enema não foram executados na assistência às mulheres entrevistadas neste estudo. As informações de características assistenciais relacionadas ao trabalho de parto, como o jejum, procedimentos e métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto podem ser observadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das mulheres estudadas, segundo as características assistenciais durante o trabalho de parto, no período de 2019, (n:42).

Características assistenciais no trabalho de parto		n(%)
Jejum durante o trabalho de parto	Sim	27(64,3%)
	Não	15(35,7%)
Tipo de alimento ingerido	Líquidos	3(20,0%)

	Sólidos	2(13,3%)
	Sólidos e líquidos	10(67,0%)
Fez uso de medicação para acelerar o trabalho de parto	Sim	14(33,3%)
	Não	28(66,7%)
Foi submetida à amniotomia	Sim	12(28,6%)
	Não	30(71,4%)
Foi submetida à episiotomia/episiotomia	Sim	8(19,0%)
	Não	34(81,0%)
Foi submetida à manobra de Kristeller	Sim	3(7,1%)
	Não	39(92,9%)
Foi utilizado algum método não farmacológico de alívio da dor	Sim	29(69,0%)
	Não	13(31,0%)
Tipo de método não farmacológico de alívio da dor	Banho de aspersão	28(35,9%)
	Bola de Bobath	21(26,9%)
	Deambulação	16(20,5%)
	Escada	1(1,3%)
	Massagem lombossacral	6(7,7%)
	Orientação de respiração	6(7,7%)
Foi dada a opção de parir em outra posição que não à deitada	Sim	12(28,6%)
	Não	30(71,4%)
Posição escolhida	Deitada	6(50,0%)
	Em pé	2(16,7%)
	Sentada	4(33,3%)

O neonato foi colocado no colo assim que nasceu na sala de parto em 77,0% das entrevistadas, 68,9% das mães amamentaram na primeira hora após o parto. O médico ou enfermeira orientou a colocar o neonato no seio para estimular a amamentação em 96,7% das mulheres. As informações sobre a assistência ao puerpério podem ser constatadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das mulheres estudadas, segundo as informações da assistência puerperal, no período de 2019, (n: 61).

Características da assistência puerperal		n(%)
Participou de consulta de puerpério	Sim	53(86,9%)
	Não	8(13,1%)
Quantidade de consultas	Nenhuma	8(13,1%)
	1 consulta	34(55,7%)
	2 consultas	12(19,7%)
	3 consultas	5(8,2%)
	4 ou mais consultas	2(3,3%)
Profissional que realizou a consulta	Enfermeiro	2(3,8%)
	Médico	49(94,3%)
	Enfermeiro e médico	1(1,9%)
Recebeu visita domiciliar no puerpério	Sim	25(41,0%)
	Não	36(59,0%)

Discussão

A maioria das mulheres tiveram as consultas de pré-natal realizadas apenas pelo médico. Vale ressaltar que o pré-natal realizado por médicos e enfermeiro aumentam as chances de adequar as orientações às necessidades das mulheres, quando comparado às informações de apenas um profissional⁹.

No Brasil, a partir do momento que a mulher descobre estar grávida, o Ministério da Saúde recomenda realizar no mínimo seis consultas. Portanto, o município cumpriu as recomendações, sendo que 42,7% participaram entre 9 a 11 consultas¹⁰.

Acrescenta-se que os grupos de gestantes têm como objetivo promover de forma integral, individual e coletiva a saúde das gestantes e envolvê-las juntamente com a família e a comunidade¹¹. Porém, 80,3% das entrevistadas não participaram do grupo para gestantes, demonstrando a necessidade de melhorar as estratégias de educação em saúde para o ciclo gravídico puerperal.

Em consonância com achados do Brasil, a taxa de cesárea foi elevada. Vale ressaltar, que segundo consenso da comunidade internacional a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% a 15%. As cesáreas, quando são realizadas por indicação clínica, podem efetivamente diminuir a morbidade e mortalidade materna e perinatal. Contudo, quando realizadas sem motivo não resultam em benefícios e podem gerar complicações imediatas ou tardias¹².

As principais indicações de cesariana não eletiva foram a distocia e hipertensão gestacional. Em estudo do interior do estado de Minas Gerais, as indicações mais frequentes foram apresentação pélvica (13%), iteratividade (13%), doença materna descompensada (13%) e falha na indução (13%)¹³. Em maternidade de Juiz de Fora, os principais motivos de cesárea em primigestas que internaram foram: distocias (37,8%) e distúrbios hipertensivos maternos (35,0%)¹⁴.

Sobre a autonomia feminina na escolha do tipo de parto, em Campinas foi observado que a maioria das mulheres não havia conversado com o médico sobre o tipo de parto, sendo que apenas 35,5% escolheram junto com o médico. A literatura traz que geralmente a gestante não participa da escolha da via de parto, sendo apenas informada sobre a decisão. Essa situação tem sido indicada como uma das razões que contribuem para o aumento da cesárea¹⁵.

Ainda, o Plano de Parto faz parte de um conjunto de recomendações da OMS designadas “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento” com o objetivo de reorganizar e humanizar a assistência obstétrica em todo o mundo. O Plano de Parto acarreta benefícios à gestante, pois contribui para o empoderamento feminino e gera autonomia¹⁶.

Quanto a presença de acompanhante, em hospitais de Santa Catarina foi evidenciado melhores resultados para as puérperas que estavam acompanhadas. As mulheres acompanhadas apresentaram prevalência 11% maior de amamentação na primeira hora após o parto. Entre as puérperas que tiveram o filho por parto vaginal apresentaram prevalências mais elevadas de receber manobras não farmacológicas, receber analgesia e poder escolher a posição para o parto¹⁷.

A OMS reconhece a presença do acompanhante como fundamental para a promoção da humanização na assistência ao parto. A sua permanência gera mais conforto à mulher, já que o acompanhante faz parte da rede de convívio da mulher e permite trazer sentimentos de segurança e familiaridade. A presença do acompanhante também inibe intervenções desnecessárias e violência obstétrica¹⁸.

As mulheres foram mais assistidas pelo profissional médico durante o trabalho de parto. A literatura aponta que a presença da enfermeira obstetra está relacionada à facilitação de uma experiência de parto natural e fisiológico, respeitando a autonomia feminina. A assistência caracteriza-se pelo diálogo e pelo reconhecimento das vivências das mulheres, colaborando para a potencialização do empoderamento feminino na condução do parto¹⁹.

No Brasil as enfermeiras obstetras têm participação reduzida no parto vaginal. O Ministério da Saúde incentiva a inclusão da enfermeira obstetra nas equipes hospitalares e aposta na sua contribuição para diminuição do emprego das intervenções e das cesáreas desnecessárias. A enfermeira obstetra e obstetrix pode realizar a assistência ao parto e nascimento de baixo risco²⁰.

Observou-se um expressivo percentual de entrevistadas que foram informadas sobre todos os procedimentos, sendo que todas que foram informadas autorizaram a realização dos mesmos. O acesso à informação clara e embasada em evidência científica é o meio fundamental para que a parturiente tenha autonomia para optar ou recusar todo procedimento que diz respeito ao seu corpo¹⁹. O diálogo entre o profissional e a mulher/acompanhante eleva a possibilidade de a parturiente sentir-se segura para decidir¹⁸.

A tricotomia e o enema foram práticas não realizadas nas mulheres estudadas do município. Não existem evidências científicas que justifiquem a realização de tais intervenções durante o trabalho de parto²⁰. São consideradas práticas malélicas e ineficazes, além de não apresentarem efeito benéfico sobre os percentuais de infecção ou deiscência da ferida perianal²¹.

Porém, houve um percentual considerável de mulheres que ficaram de jejum durante o trabalho de parto. Cabe ressaltar que a OMS recomenda a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto para mulheres com baixo risco²². Embora as evidências científicas exibam os efeitos prejudiciais do jejum no trabalho de parto e a OMS recomendar a ingestão de líquidos, os profissionais da saúde ainda apresentam uma resistência à ingestão hídrica e alimentar pela parturiente²¹.

Quanto à amniotomia, o Ministério da Saúde não recomenda que a amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, seja realizada de forma rotineira em mulheres que estejam em trabalho de parto progredindo bem⁴.

O percentual de episiotomia encontrado foi próximo ao de outros estudos. Em hospital de ensino do interior do estado de Minas Gerais foi evidenciado que das puérperas que tiveram parto normal, 25,4% foram submetidas à episiotomia¹³. Em hospitais de Santa Catarina 14,3% das mulheres que realizaram parto vaginal foram submetidas à episiotomia¹⁷.

A episiotomia não é recomendada como rotina durante a assistência ao parto. A recomendação da OMS não é de impedir a prática de episiotomia, mas sim reduzir seu uso, que não deve exceder uma taxa de 10% nos estabelecimentos de saúde. A literatura aponta que a sua prática pode ser prejudicial, gerando várias complicações, como dor, dispareunia, complicações nos partos subsequentes, abertura iatrogênica ou espontânea do esfíncter anal ou retal, cicatrização insatisfatória resultando em marcas de pele, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, aumento da perda sanguínea, edema, infecção e deiscência²³.

Identificou-se que algumas mulheres foram submetidas à manobra de Kristeller, entretanto, a OMS não recomenda a aplicação de pressão no fundo do útero durante o período expulsivo²². As evidências científicas atuais são escassas para apoiar o uso rotineiro de Kristeller, executado tanto manualmente quanto com a utilização de cinto ou outro método, já que foi evidenciada elevação de lesão perineal com ambas as técnicas. O

Kristeller é compreendido como uma violência obstétrica, pois seu uso é desnecessário e pode gerar danos físicos e psicológicos²³.

A OMS recomenda que os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser priorizados e estimulados durante a assistência ao trabalho de parto. Essas práticas têm o objetivo de tornar o parto um evento mais natural e reduzir as intervenções e cesarianas desnecessárias, pois aumentam a tolerância à dor e promovem em consequência maior participação da mulher no processo parturitivo¹⁸.

O banho de aspersão foi o método não farmacológico de alívio da dor mais comumente utilizado, corroborando com outros estudos. Na maternidade pública da cidade de Salvador foi evidenciado que o banho de aspersão foi o método mais utilizado²⁴. Em hospitais de Santa Catarina 52,7% das parturientes decidiram por alguma medida não farmacológica para alívio da dor, sendo o banho de aspersão o mais comum (48,7%)¹⁷.

Quanto à posição de partejar, pesquisa realizada a partir de prontuários de partos assistidos por enfermeiras residentes em obstetrícia na cidade de Salvador encontrou resultados favoráveis, visto que todas as mulheres (100%) tiveram a liberdade de posição de parto²⁴. O direito de escolher a posição de partejar reflete uma assistência humanizada e contribuem para o exercício da autonomia da parturiente, impactando numa vivência positiva do parto. Cabe ressaltar, que as posições mais verticalizadas promovem o empoderamento da mulher¹⁸.

No município do estudo, das mulheres que tiveram o direito de escolher a posição de parto, a posição mais escolhida foi a deitada, em seguida a em pé e por último a sentada. A literatura traz que a posição dorsal é a mais empregada no segundo período do trabalho de parto porque facilita a visão do profissional durante o período expulsivo. Contudo, é válido ressaltar que esta posição reduz a eficiência uterina. Por outro lado, as posições mais verticalizadas são associadas à redução do tempo do segundo período de parto, diminuição das anormalidades da frequência cardíaca fetal, aumentam os diâmetros do canal de parto, melhora a circulação uterina e diminui relatos de dor grave e episiotomia²⁴.

Considerável número de mães teve a oportunidade de ter seu neonato colocado no colo assim que nasceu ainda na sala de parto. O percentual encontrado se aproxima do que é preconizado pela OMS para um Hospital Amigo da Criança (HAC), visto que deve ser executado em pelo menos 80% das puérperas de parto vaginal ou cesárea sem anestesia geral²⁵. Convém mencionar que as maternidades do município do estudo não são HAC.

A OMS recomenda que os recém-nascidos sem complicações devam ser colocados em contato pele a pele com sua mãe durante na primeira hora após o parto, uma vez que melhora a efetividade da primeira mamada, regula a temperatura corporal do recém-nascido e contribui para o vínculo mãe-filho^{21,22}.

Foi identificado um percentual elevado de mães que não amamentaram na primeira hora após o parto. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado em hospitais de Santa Catarina, onde foi averiguado que 28,8% das puérperas não amamentaram na primeira hora após o nascimento do recém-nascido¹⁷. A OMS recomenda que todos os recém-nascidos, até mesmo os neonatos com baixo peso ao nascer que podem amamentar, devem ser colocados no peito da mãe o mais rápido possível após o nascimento²².

Quase todas as mães entrevistadas no município receberam estímulo para a amamentação. A OMS recomenda que esse estímulo deve ocorrer na primeira hora após o parto. A amamentação nesse período de vida está relacionada à elevação da efetividade na amamentação e da duração do aleitamento materno, como também associada à diminuição da mortalidade neonatal²³.

O período pós-parto, denominado puerpério, merece algumas considerações específicas. No puerpério podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções. Neste período a mãe deverá receber informações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesma, com o neonato e orientações pertinentes à amamentação, à vida reprodutiva e à sexualidade¹.

Quanto à frequência nas consultas, a pesquisa apontou valores superiores aos de outras pesquisas. Em estudo sobre a adesão à consulta puerperal, 34,7% das puérperas entrevistadas compareceram à consulta¹³.

Apesar de residirem em área de ESF, 59% das mulheres não receberam visita domiciliar durante o período do puerpério. O Ministério da Saúde recomenda uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do recém-nascido. Caso o neonato tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar¹.

É importante destacar que as informações deste estudo foram coletadas diretamente com as participantes e não em documentos, o que gera questionamento sobre alguns dados informados, como as indicações de cesariana e procedimentos executados durante o trabalho de parto.

Conclusão

O enfermeiro foi pouco mencionado pelas entrevistadas, o que demonstra a necessidade de melhorar a participação nos atendimentos às gestantes, parturientes e puérperas, realizando consultas de enfermagem, visitas domiciliares e os grupos de gestantes. O enfermeiro é peça fundamental para uma assistência obstétrica de qualidade, que atenda todas as necessidades do binômio mãe-filho.

O estudo pode beneficiar as mulheres e as pessoas que estão com ela gerando conhecimento sobre o momento do parto, os acadêmicos e os profissionais como forma de aprimorar a assistência prestada oferecendo cuidados mais humanizados à parturiente e ao neonato.

Portanto, foram identificados pontos positivos da assistência oferecida para as mulheres no ciclo gravídico puerperal e outros que necessitam de melhora, para adequação às recomendações das políticas e programas voltados para este momento.

Sugere-se a realização de uma nova pesquisa com um número maior de mulheres para avaliar a evolução da assistência obstétrica.

Financiamento

Não se aplica.

Manuscrito extraído da Pesquisa de Iniciação Científica intitulado “Características da assistência oferecida às mulheres no pré-natal, parto e puerpério em uma cidade Sul Mineira”, defendida e aprovada em 22/10/2021, Faculdade Wenceslau Braz, Itajubá, Minas Gerais.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. [cited 2019 Jan 28]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
2. Sousa LMO, Araújo EM, Miranda JGV. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. Cad. Saúde Pública. 2017 [cited 2018 Aug 19];33(12):1-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00101616.pdf>.
3. Andrade MAC, Lima JBMC. O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [cited 2018 Sep 5]. Available from: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [cited 2018 Sep 6]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
5. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. Rev Saude Publica. 2010 [cited 2022 Aug 25];44(3):559-65. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000300021>.

6. Grisi, Borba M. Métodos de amostragem: Cálculo do tamanho de amostra. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
7. Ministério da Saúde (BR). Humanização do parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. [cited 2018 Sep 11]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União; 2011. [cited 2018 Sep 8]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
9. Marques BL, Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AF, Geremia DS. Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. Esc. Anna Nery. 2021 [cited 2021 Apr 4];25(1): 1-8. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v25n1/1414-8145-ean-25-1-e20200098.pdf>.
10. Ministério da Saúde BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [cited 2021 Apr 4]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.
11. Henriques AHB, Lima GMB, Trigueiro JVS, Saraiva AM, Pontes MGA, Cavalcanti JRD, Baptista RS. Grupo de gestantes: contribuições e potencialidades na complementaridade da assistência pré-natal. Rev Bras Promoç Saúde. 2015 [cited 2021 Apr 5];28(1):23-31. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3009>.
12. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. 2015. [cited 2021 Feb 21]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3.
13. Pinto IR, Martins VE, Oliveira JF, Oliveira KF, Paschoini MC, Ruiz MT. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. Escola Anna Nery. 2021 [cited 2021 Feb 25]; 25(2):1-9. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v25n2/1414-8145-ean-25-2-e20200249.pdf>.
14. Damasceno VC, Caliman LP, Machado NCM, Gonçalves ABC, Miranda LCM. Taxa de cesariana nas primigestas atendidas numa maternidade pública com assistência humanizada no município de Juiz de Fora – MG. HU Revista. 2017 [cited 2021 Feb 25];43(2):121-126. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2708/pdf>.
15. Fernandes JA, Campos GWS, Francisco PMS. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. Saúde em Debate. 2019 [cited 2021 Feb 27];43(121):406-416. Available from: <https://scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/406-416/pt>.
16. Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ACP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. Rev Gaúcha Enferm. 2019 [cited 2021 Feb 27];40:1-12. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>.
17. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovio CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em

Santa Catarina, 2019. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2021 [cited 2021 Feb 26];30(1):1-12. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v30n1/2237-9622-ress-30-01-e2020383.pdf>.

18. Zirr GM, Gregório VRP, Lima MM, Collaço VS. Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. *Rev Min Enferm*. 2019 [cited 2021 Feb 26];23:1-7. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1205.pdf>.

19. Reis TLR, Padoim SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017 [cited 2021 Feb 26];38(1):1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>.

20. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*. 2020 [cited 2021 Feb 26];33:1-8. Available from: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-eAPE20180284.pdf>.

21. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saude Publica*. 2018 [cited 2021 Feb 26];52:1-11. Available from: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052006258.pdf.

22. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. 2019. [cited 2021 Feb 26]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

23. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019 [cited 2021 Feb 26];27:1-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>.

24. Santana AT, Felzemburgh RDM, Couto TM, Pereira LM. Atuação de enfermeiras residentes em obstetrícia na assistência ao parto. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2019 [cited 2021 Feb 27];19(1):145-155. https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v19n1/pt_1519-3829-rbsmi-19-01-0135.pdf.

25. Ayres LFA, Cnossen RE, Passos CM, Lima VD, Prado MRMC, Beirigo BA. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Escola Anna Nery*. 2021 [cited 2021 Feb 26];25(2):1-8. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v25n2/1414-8145-ean-25-2-e20200116.pdf>.

26. Gonçalves CS, Cesar JA, Marmitt LP, Gonçalves CV. Frequência e fatores associados à não realização da consulta puerperal em um estudo de coorte. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2019 [cited 2021 Apr 6];19(1):71-78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100004>.