

**AVALIAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO HOSPITALAR AO PARTO  
APÓS A REDE CEGONHA**

***EVALUATION OF THE GOOD CHILDBIRTH PRACTICES CARE AFTER REDE  
CEGONHA NETWORK***

Recebido em: 18/09/2022

Aceito em: 06/06/2023

DOI: 10.47296/salusvita.v43i01.355

LÍVIA YOKOYAMA DE CAMPOS <sup>1</sup>

GIOVANNA LIMÃO MASSARIOL<sup>1</sup>

RAFAEL BARDELE PRADO<sup>1</sup>

GABRIELA MARINI <sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Egressa/o do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário do Sagrado Coração, R. Irmã Arminda, 10-50 - Jardim Brasil, Bauru - SP, 17011-160.*

<sup>2</sup> *Professora do Curso de Fisioterapia Centro Universitário do Sagrado Coração, R. Irmã Arminda, 10-50 - Jardim Brasil, Bauru - SP, 17011-160.*

Autor Correspondente:

GABRIELA MARINI

E-mail: gacamarini@yahoo.com.br

Estudo Original

## AVALIAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DA ATENÇÃO HOSPITALAR AO PARTO APÓS A REDE CEGONHA

### *EVALUATION OF THE GOOD CHILDBIRTH PRACTICES CARE AFTER REDE CEGONHA NETWORK*

#### RESUMO

**Introdução:** Com a implementação da Rede Cegonha em 2011, o objetivo do Ministério da Saúde era melhorar a assistência à gestação, parto e pós-parto, e reduzir a mortalidade materna e infantil. O monitoramento do programa é importante para que as mudanças sejam realizadas a fim de qualificar cada vez mais a assistência ao parto. **Objetivo:** Avaliar as boas práticas de atenção ao parto após a Rede Cegonha em um hospital público da cidade de Bauru, São Paulo. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, documental, desenvolvido com análise de prontuários eletrônicos de parturientes na Maternidade Santa Isabel, Bauru-SP, após a implementação da Rede Cegonha (análise nos anos de 2013 e 2019). **Resultados:** Foram coletados 272 prontuários (131 em 2013 e 141 em 2019). Houve queda de 15% dos partos vaginais de 2013 para 2019 ( $p=0,007$ ), aumento das boas práticas visto pela diminuição da prática de episiotomia de 43,6% em 2013 para 18,1% em 2019 ( $p=0,000$ ), aumento na utilização de métodos não farmacológicos (13,7% em 2013 para 41,8% em 2019) e aumento na realização do partograma (26,7% em 2013 para 53% em 2019). **Conclusão:** Com a implementação da Rede Cegonha, apesar do aumento de partos cesáreas, houve aumento de boas práticas de atenção ao parto como diminuição da episiotomia, aumento de métodos não farmacológicos, presença de acompanhante e liberdade na escolha da posição no parto. Práticas úteis que devem ser estimuladas para garantir uma melhor assistência e repercutir positivamente na saúde materno-infantil.

**Palavras-chave:** Parto Humanizado. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Pesquisa sobre serviços de saúde.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** With the implementation of the Rede Cegonha network in 2011, the objective of the Health Ministry was to improve pregnancy, childbirth, and postpartum care and reduce maternal and infant mortality. Monitoring the program is important so that changes can improve the quality of childbirth assistance. **Objective:** To evaluate good practices in childbirth care after the Rede Cegonha network in a public hospital in the city of Bauru, São Paulo. **Methods:** This was a cross-sectional, retrospective, documentary study conducted by analyzing the electronic medical records of parturient women at Maternidade Santa Isabel, Bauru-SP, after the implementation of the Rede Cegonha network (analysis included the years 2013 and 2019). **Results:** A total of 272 medical records were collected, 131 from 2013 and 141 from 2019. There was a 15% drop in vaginal births from 2013 to 2019 ( $p=0.007$ ), an increase in good practices seen by the decrease in the practice of episiotomy from 43.6% in 2013 to 18.1% in 2019 ( $p=0.000$ ), an increase in the use of non-pharmacological methods (13.7% in 2013 to 41.8% in 2019) and in the performance of the partograph (26.7% in 2013 to 53% in 2019). **Conclusion:** With the implementation of the Rede Cegonha network, despite the increase in cesarean deliveries, there was also an increase in good practices in childbirth care, such as a reduction in episiotomy, an increase in non-pharmacological methods, the presence of a companion, and freedom in choosing the birth position. These are useful practices that should be encouraged to ensure better assistance and have a positive impact on mother and child health.

**Keywords:** Humanizing Delivery. Maternal-Child Health Services. Health Services Research.

## INTRODUÇÃO

Com o objetivo de melhorar a assistência à gestação, parto e pós-parto, e reduzir a mortalidade materna e infantil, o Ministério da Saúde, em 2011, implementou a estratégia Rede Cegonha (Brasil, 2011). Trata-se de uma rede de cuidados que foi totalmente embasada nas Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao nascimento pré-estabelecida pela Organização Mundial da Saúde para orientar o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto, como por exemplo: práticas úteis que devem ser estimuladas, práticas prejudiciais e ineficazes que devem ser eliminadas, práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e práticas frequentemente usadas de modo inadequado (Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization, 1997).

Alguns exemplos de boas práticas de atenção ao parto e nascimento incluem o parto-grama; o incentivo à deambulação; a oferta de líquidos e alimentos; métodos não invasivos para alívio da dor, liberdade de posição e movimentação da mulher no trabalho de parto; presença de acompanhante, entre outros, além de estimularem o protagonismo da mulher em suas múltiplas dimensões (Pereira; Diaz; Backes; Ferreira et al., 2018).

A atenção ao parto também enfrenta um grande desafio frente à elevada prevalência de cesarianas. A proporção média global de cesariana é de 21,1%, variando de 5%, na África Subsaariana, a 42,8%, na América Latina/Caribe (Betran; Ye; Moller; Souza et al., 2021). Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil (somando os setores público e privado de saúde), a proporção de cesáreas entre os 2,7 milhões de partos realizados em 2021 foi de aproximadamente 57% (Brasil, 2021) e essas proporções apresentaram tendência significativa de aumento ao longo dos 26 anos (1994 a 2019). Projeções indicam que, no ano de 2030, 57,4% dos nascimentos no país ocorrerão por via cirúrgica e que, nas regiões Sudeste e Sul, serão observadas proporções superiores a 70% (Pires; al., 2023).

Mesmo com estudos recentes mostrando que o custo-efetividade de um parto normal tem resultados melhores com relação à qualidade de vida da paciente e do recém-nascido, menores chances de óbito materno e menor tempo de internação, as cirurgias cesarianas são frequentes e de forma eletiva, ou seja, com agendamento prévio. Em um cenário otimista, em que não haveria cesáreas em excesso, o corte de gasto para o SUS pode chegar a mais de 80 milhões de dólares por ano, o que não é somente um número grande para o setor da saúde, mas também para toda a receita que o estado gera anualmente (Entringer; Pinto; Dias; Gomes, 2018).

Apesar dos esforços empregados pelo governo e o Ministério da Saúde, muitas das boas práticas ao parto, estabelecidas pela OMS, não estão sendo empregadas corretamente, sendo de grande importância o monitoramento do programa para que as mudanças sejam realizadas a fim de qualificar cada vez mais a assistência ao parto (Brasil, 2017).

Assim, avaliar as boas práticas da atenção hospitalar ao parto, após a estratégia Rede Cegonha, pode incentivar e fortalecer as boas práticas de assistência ao parto e colaborar com a transformação da assistência materno-infantil na cidade de Bauru-SP.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, documental, por meio da análise de prontuários eletrônicos de parturientes e de seus recém-nascidos da Maternidade Pública Santa Isabel em Bauru-SP.

O projeto foi enviado e aprovado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa da Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Sagrado Coração (parecer número 4.040.886).

### **Seleção e inclusão da amostra**

Foram analisados prontuários de parturientes e de seus recém-nascidos, logo após a implementação da Rede Cegonha na Maternidade no ano de 2013 e em 2019.

Os critérios de inclusão para análise dos prontuários foram de mulheres com risco habitual de gestação (gestante com feto único sem qualquer complicação clínica e obstétrica até o momento do parto).

Os critérios de exclusão foram: prontuários de mulheres com risco fora do habitual em sua gestação, gemelares e partos prematuros.

### **Local da coleta**

Os dados dos prontuários da Maternidade Santa Isabel foram coletados entre junho e julho de 2021.

A implantação da Rede Cegonha na Maternidade aconteceu no ano de 2012, porém os prontuários eletrônicos foram implementados a partir de 2013. Em 2013, estavam disponíveis para análise apenas 152 prontuários, assim, os pesquisadores decidiram randomizar 150 prontuários de 2013 e 150 de 2019, para analisar se ocorreu diferença entre as práticas adotadas no decorrer de seis anos. Os prontuários foram randomizados pelo programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), formando dois grupos de números escolhidos aleatoriamente pelo programa.

A extração dos dados foi realizada em três partes:

1) Dados sociodemográficos e obstétricos das mulheres (idade, raça, estado civil, escolaridade, número de consultas pré-natais, doenças crônicas, uso de substâncias lícitas e ilícitas);

2) Informações referentes às práticas obstétricas durante o pré-parto, parto e pós-parto (duração do trabalho de parto; via de parto, realização de partograma; presença de acompanhante; posição litotômica no parto, manobra de Kristeller, episiotomia, uso de fórceps; uso de analgesia; assistência médica ou da enfermagem obstétrica);

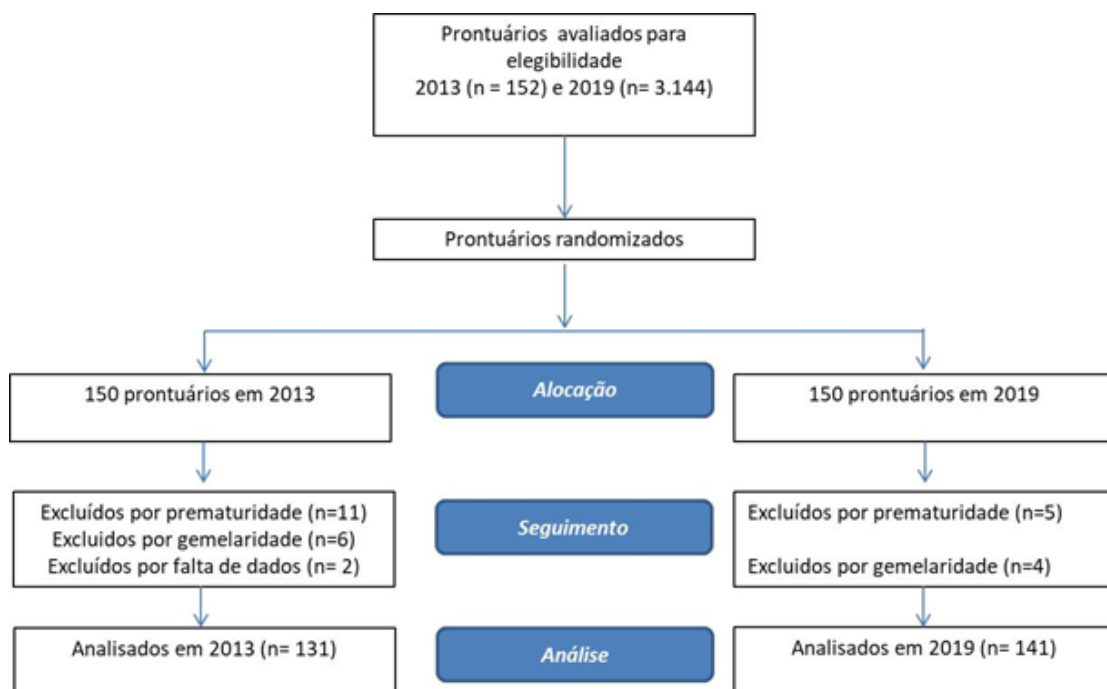
3) Resultados maternos e neonatais: tempo de permanência hospitalar, intercorrências maternas (hemorragia com necessidade de transfusão sanguínea, trombose e/ou embolia, ruptura uterina, histerectomia, pré-eclâmpsia, internação em UTI e óbito); peso do recém-nascido, índice Apgar, intercorrências neonatais (internação em UTI neonatal e óbito).

Os dados coletados foram transferidos para planilha Excel e analisados com o programa estatístico SPSS 20.0. Para a comparação das variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson e para as variáveis numéricas foi aplicado o teste T independente. Todas as análises foram realizadas considerando o nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

A figura 1 demonstra o fluxograma de participação no estudo e os motivos de exclusão dos prontuários dos anos de 2013 e 2019.

Figura 1 – Fluxograma de participação no estudo e motivos de exclusão





Com relação aos dados sociodemográficos das participantes, a média de idade materna em 2013 foi de  $24,8 \pm 5,8$  anos, e em 2019 de  $27 \pm 5,6$  anos e a maioria das mulheres era de raça branca (51,9% em 2013 e 54% em 2019). Os dados de escolaridade não estavam presentes nos prontuários de 2013 e em 2019, 64,6% estavam sem preenchimento e o mesmo ocorreu com os dados de estado civil que não foram preenchidos.

Quando analisados os dados sobre o tipo de parto, foi observado que houve uma queda dos partos vaginais de 2013 para 2019 de 15% ( $p=0,007$ ) (tabela 1). Apesar do aumento dos partos cesáreas, os obstetras passaram a registrar nos prontuários o motivo desta via de parto. De um total de 69 cesarianas, 37,6% foram por cesárea prévia, 1,5% por descolamento prematuro da placenta, 4,3% por distocia funcional, 11,6% por doenças maternas e 11,6% “a pedido da parturiente”, 5,8% por parada de progressão, 2,9% por presença de mecônio, 5,8% por falha de indução, 4,3% por desproporção céfalo-pélvica, 1,5% devido a pré-eclâmpsia, 5,8% devido a sofrimento fetal e 5,8% por apresentação anômala e 1,5% por macrossomia.

Tabela 1 - Dados sobre a via de parto. Bauru, SP, Brasil, 2023.

Variáveis	2013	2019	valor de p
	% (n=131)	% (n=141)	
Via de parto			
Vaginal	66% (87)	51% (72)	p=0,007
Cesárea	34% (44)	49% (69)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A média das consultas pré-natais aumentou de  $5,36 \pm 3,3$ , em 2013, para  $9,35 \pm 3,03$ , em 2019.

Nas variáveis das práticas de atenção ao parto, vemos algumas evoluções relacionadas à menor prática de violência obstétrica. Em relação à episiotomia, nota-se uma queda importante nas taxas de tal procedimento ( $p=0,000$ ), e, nos prontuários de 2019, os obstetras passaram a registrar se a parturiente autorizava realizar a intervenção, sendo que oito gestantes autorizaram o procedimento e, no fim, esse não foi realizado (tabela 2). Também indo a favor dos objetivos da Rede Cegonha, houve um aumento da realização do partograma, da liberdade na escolha da posição do parto, redução dos partos instrumentais e da indução do parto, como demonstrado na tabela 2.

Variáveis	2013	2019
	% (n)	%(n)
Episiotomia	(n=87)	(n=72)
Sim	43,6% (38)	18,1% (13)
Sem dados no prontuário	14,9% (13)	1,4% (1)
Não	41,4% (36)	80,5% (58)
Autorização para episiotomia	(n=87)	(n=72)
Sim	0	29,2% (21)
Não	0	50% (36)
Sem dados no prontuário	100% (87)	20,8% (15)
Métodos não farmacológicos	(n=131)	(n=141)
Sim	13,7% (19)	41,8% (59)
Não	0	58,2% (82)
Sem dados no prontuário	86,3% (112)	0
Amniotomia	(n=131)	(n=141)
Sim	14,5% (19)	26,2% (37)
Não	0	16,3% (23)
Sem dados no prontuário	90,8% (119)	57,5% (81)
Partograma	(n=131)	(n=141)
Sim	26,7% (35)	53% (75)
Sem dados no prontuário	73,3% (96)	47% (66)
Presença de Doula	(n=131)	(n=141)
Sim	0	0
Não	0	53% (75)
Sem dados no prontuário	100% (131)	47% (66)
Liberdade na escolha da posição do parto	(n=87)	(n=72)
Sim	0	65,2% (47)
Não	0	0,7% (1)
Sem dados no prontuário	100%	33,4% (24)
Posição no parto	(n=87)	(n=72)
Semideitada	0	77% (56)
Litotômica	0	1,4% (1)
Sem dados no prontuário	100% (87)	20,8% (15)
Indução do parto	(n=131)	(n=141)
Sim	59,6% (78)	42% (59)
Não	0,8% (1)	12% (17)
Sem dados no prontuário	39,6% (52)	46% (65)
Parto instrumental	(n=87)	(n=72)



Sim	1,53% (2)	0
Não	0	84,7% (61)
Sem dados no prontuário	98,47% (129)	15,3% (11)
Analgesia	(n=87)	(n=72)
Sim	1,5% (2)	0,7% (1)
Não	0	0,7% (1)
Sem dados no prontuário	98,5% (128)	98,6% (139)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Em relação aos métodos não farmacológicos, em 2013, foram registrados uso de apenas dois deles, sendo banho terapêutico (13,7%) e balanço (0,76%), sendo que 85,5% dos prontuários não possuíam nenhum dado a respeito. Já em 2019, foram registrados sete tipos de métodos diferentes, sendo eles: banho terapêutico (39,7%), massagem (23,4%), bola (9,2%), cavalinho (7,8%), escada ling (2,8%), banheira (0,7%) e musicoterapia (0,7%). Além disso, muitas vezes a gestante utilizava mais do que um método durante o trabalho de parto. Sobre a presença de doulas no momento no parto, tanto em 2013 quanto em 2019 não houve registros a respeito.

Quanto aos métodos indutivos de parto, apesar de terem tido uma queda na porcentagem, as taxas se mantiveram próximas de 50%. Os métodos indutivos utilizados em 2013 foram misoprostol, ocitocina e ambos (misoprostol e ocitocina), com taxas de 39,7%, 20,5% e 11,5% respectivamente, sendo que 28,3% dos prontuários não informaram o método utilizado. Já em 2019, foram utilizados os mesmos métodos (misoprostol, ocitocina e ambos), com as porcentagens de 27,2%, 59,3% e 8,5% respectivamente, e 5% dos prontuários não informaram o método utilizado.

Durante o parto vaginal, em 2013, 36% das parturientes sofreram algum tipo de laceração no período expulsivo e, em 2019, 55,5% das gestantes, como demonstra a tabela 3. No ano de 2013, das 32 gestantes, 48% sofreram laceração grau 1 e 53% laceração de grau 2, já, em 2019, 52,5% sofreram laceração de grau 1 e 47,5% sofreram laceração de grau 2. Nenhuma das parturientes sofreu laceração de grau 3.

Tabela 3 - Dados sobre as parturientes

Variáveis	2013	2019
	% (n=131)	% (n=141)
Uso de substâncias lícitas na gestação		
Sim	6,9% (9)	8,5% (12)
Não	0,8% (1)	43,3% (61)
Sem dados no prontuário	92,3% (121)	48,2% (68)
Uso de substâncias ilícitas na gestação		
Sim	3% (4)	1,4% (2)
Não	0,8% (1)	36,9% (52)
Sem dados no prontuário	96,2% (125)	61,7% (87)
Laceração no parto vaginal		
Sim	36,2% (32)	55,6% (40)
Não	40,2% (35)	41,6% (30)
Sem dados no prontuário	22% (20)	2,8% (2)
Intercorrências maternas		
Sim	2,3% (3)	0
Sem dados no prontuário	97,7% (127)	100% (141)
Hemorragia com necessidade de transfusão		
Sim	0,8% (1)	0
Sem dados no prontuário	99,2% (130)	100% (141)
Internação materna em UTI		
Sim	0,8% (1)	0
Não	0,8% (1)	0
Sem dados no prontuário	98,4% (129)	100% (141)
Óbito materno		
Não	100% (131)	100% (141)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Variáveis como o tempo de permanência hospitalar, casos de trombose e/ou embolia, ruptura uterina, histerectomia, duração do trabalho de parto e manobra de Kristeller não foram possíveis de serem coletadas, pois não havia informações a respeito nos prontuários das parturientes. A administradora dos prontuários também não liberou aos pesquisadores o acesso aos partogramas, ficando restrita a informação apenas de ter sido ou não realizado.

Em relação aos dados sobre o recém-nascido, foram coletados dados do peso ao nascimento e índice de Apgar. Em 2013, a média do peso ao nascimento foi de  $3,062 \pm 465,05$

Kg e, em 2019, de  $3,318 \pm 481,3$  Kg. O índice de Apgar (nota de 0 a 10) no primeiro momento, em 2013, foi de  $8,45 \pm 2$  e, em 2019, de  $9,32 \pm 0,67$  e no segundo momento, em 2013, foi de  $9,58 \pm 1,23$  e, em 2019, de  $9,79 \pm 0,53$ .

## DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram uma diminuição dos partos vaginais, porém com aumento das boas práticas assistenciais ao parto.

Com relação à diminuição de 15% dos partos vaginais, os achados do presente estudo corroboram com outras pesquisas. O uso do parto cesárea tem aumentado constantemente em todo o mundo e continuará a aumentar ao longo da década atual (Betran; Ye; Moller; Souza et al., 2021).

Barros et al. realizaram um estudo observacional com o objetivo de descrever as tendências, distribuições geográficas e fatores de risco para o parto cesariana de 2000 a 2011 e verificaram um aumento no número de cesáreas de 16%, sendo mais comum em mulheres com ensino superior, raça branca, idade avançada e primíparas (Barros; Matijasevich; Maranhão; Escalante et al., 2015).

Em outro estudo, Rêgo e Matão propuseram avaliar os partos antes e após a implementação da Rede Cegonha no município de Goiânia e também houve um aumento de 2.515 partos cesáreos e declínio de 697 partos vaginais no período de 2010 a 2012 (Rêgo; Matão, 2016). O mesmo visto entre 2011 e 2014 no município de Patos em Minas Gerais (Silva 2020) e também no período de 2010 a 2020 em todas as regiões do Brasil segundo dados disponíveis no DATASUS (Simões; Carvalho; Júnior; Alvim et al., 2022).

Em uma revisão sistemática com meta-análise com o objetivo de determinar os riscos de complicações maternas agudas graves associadas à cesariana sem indicação médica, foi encontrada qualidade da evidência considerada baixa para os desfechos hemorragia e transfusão de sangue e moderada para infecção pós-parto e morte materna. Assim, as cesáreas devem ser realizadas com prudência e segurança, principalmente quando seus benefícios superam os riscos de um procedimento cirúrgico (Mascarello; Horta; Silveira, 2017).

Com relação à análise das práticas realizadas durante o parto normal, essas se baseiam na classificação da OMS sobre o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Tal classificação foi baseada em evidências científicas concluídas. Elas são divididas em: categoria A - práticas úteis e que devem ser estimuladas; categoria B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; categoria C - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão e categoria D - práticas frequentemente usadas

de modo inadequado (Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization, 1997).

Dentro da categoria A e boas práticas ao nascimento, está a realização do pré-natal para a avaliação do risco gestacional. De acordo com o Ministério da Saúde, o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência e são recomendadas seis ou mais consultas de pré-natal. As consultas deverão ser mensais até a 28<sup>a</sup> semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (Brasil, 2012). Neste estudo, a média de consultas pré-natais aumentou de  $5,46 \pm 3,3$ , em 2013, para  $9,35 \pm 3,03$ , em 2019, o que implica em uma melhor assistência dispensada para essa gestante com a implementação da Rede Cegonha.

Os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor também são boas práticas inclusas na categoria A. Na atual pesquisa, em 2013, foram registrados o uso de apenas 13,7% e, em 2019, passou para 41,8%. Uma das principais vantagens das técnicas não farmacológicas é a redução de potenciais efeitos colaterais associados às intervenções farmacológicas (Biana; Cecagno; Porto; Cecagno et al., 2021).

Em uma revisão de 41 artigos, foram descritas técnicas como massagem, massagem perineal, banho quente, cuidados de suporte, grupo de preparação para o parto, técnicas de respiração, exercícios para o assoalho pélvico, eletroestimulação transcutânea, bola suíça e puxos espontâneos. Um total de 60% apresentaram resultado positivo para redução da dor no trabalho de parto e todos tiveram resultado positivo para diferentes variáveis do trabalho de parto, como redução do tempo, ansiedade e taxas de laceração do assoalho pélvico (Biana; Cecagno; Porto; Cecagno et al., 2021).

Os movimentos pélvicos na bola suíça durante o trabalho de parto também reduziram a duração do trabalho de parto, a intensidade da dor, fadiga, ansiedade materna, o risco de cesariana e o inchaço vulvar (Delgado; Amorim; Oliveira; Souza Amorim et al., 2024). O uso da bola em formato de amendoim também pode reduzir a duração do primeiro período de trabalho de parto após uma analgesia epidural e aumentar a chance de parto vaginal (Delgado; Katz; Melo; Amorim et al., 2022).

Assim, as técnicas não farmacológicas são uma alternativa ou um complemento promissor aos métodos farmacológicos tradicionais, melhorando potencialmente a experiência do parto, reduzindo os efeitos secundários e melhorando os resultados tanto para as mães como para os bebês (Nori; Kassim; Helmi; Pantazi et al., 2023). Ainda assim, recomenda-se que essas intervenções sejam aplicadas de acordo com as preferências e valores da mulher (Hu; Lu; Huang; Zang, 2021).

A realização do partograma também é uma prática útil que deve ser estimulada (categoria A) por ser um instrumento norteador para adoção de intervenções no trabalho de parto (Rocha; Oliveira; Schneck; Riesco et al., 2009). No presente estudo, apesar do aumento

de 26,7% para 53%, ainda não é realizado em todos os partos como preconizado. Fatores como a sobrecarga no plantão e falta de conhecimento no preenchimento podem ser considerados aspectos dificultadores para a equipe de saúde (Medeiros; Freire; Santos; Silva et al., 2020).

Ainda dentro da categoria A, encontra-se a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e, na categoria B, de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas estão o uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) e posição de litotomia (Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization, 1997). No presente estudo, em 2013, não foi registrado nos prontuários se a parturiente tinha a liberdade na escolha da posição do parto, mas, em 2019, 65,2% das gestantes puderam escolher e dentro dessas, 77% estavam na posição semideitada no período expulsivo e apenas 1,4% estavam na posição litotômica. É recomendado o uso de posições verticais durante a primeira fase do trabalho de parto para reduzir a duração do trabalho de parto e a incidência de laceração perineal entre as mulheres (Rani; Ravi; Attri; Kaur et al., 2024).

Outra boa prática preconizada é o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. No ano de 2013, tal informação não estava presente em nenhum dos prontuários, mas, em 2019, 92,2% das parturientes contaram com acompanhantes durante o parto. Vale ressaltar que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto é uma lei federal sancionada em 2005 (nº 11.108) para os serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), da rede própria ou conveniada. A lei determina que esse acompanhante será indicado pela gestante, podendo ser uma pessoa de sua escolha (Brasil, 2005).

A presença de um acompanhante durante o parto pode tornar esse um momento mais humanizado, trazendo benefícios como apoio emocional e físico (Junges; Brüggemann; Knobel; Costa, 2018), além de estar associada à diminuição de intervenções (Monguilhott; Brüggemann; Freitas; d'Orsi, 2018). O apoio contínuo durante o trabalho de parto pode melhorar vários desfechos para as mulheres e seus bebês, tais como: aumento dos partos vaginais espontâneos, menor duração do trabalho de parto e redução das cesarianas, dos partos vaginais instrumentais, do uso de qualquer analgesia, do uso de analgesia regional, de Apgar baixo no quinto minuto e de sentimentos negativos sobre as experiências do parto (Bohren; Hofmeyr; Sakala; Fukuzawa et al., 2017).

Uma das práticas que entram na categoria D como práticas frequentemente usadas de modo inadequado é o uso liberal e rotineiro de episiotomia. Em 2013, foram registrados 43,6% procedimentos, e, em 2019, essa porcentagem caiu para 18,1%. Um fato importante é que nos prontuários de 2019, as enfermeiras passaram a anotar se a parturiente autorizava realizar o procedimento caso necessário.

A episiotomia é uma prática que se realizada de forma rotineira resulta em aumento severo de risco de trauma vaginal, dor moderada a severa, incontinência urinaria a longo termo e uma maior hospitalização após o parto, ou seja, acreditar que a episiotomia de rotina reduz o trauma perineal/vaginal não é justificado pelas evidências atuais (Jiang; Qian; Carroli; Garner, 2017).

Um estudo que avaliou 115 mulheres designadas para um protocolo de não episiotomia e 122 para episiotomia seletiva verificou que não houve diferença entre os dois grupos em relação aos resultados maternos ou perinatais e concluiu que um protocolo sem episiotomia parece ser seguro para mãe e filho, destacando a necessidade de investigar se há, de fato, alguma indicação para esse procedimento (Amorim; Coutinho; Melo; Katz, 2017).

Ao avaliar os depoimentos das parturientes que sofreram a episiotomia, algumas relataram que o procedimento foi uma forma de “mutilação genital”, levando a perda do prazer sexual e algumas sentiram que seus direitos sexuais, reprodutivos e emocionais foram violados (Garrett; Oselame; Neves, 2017).

### **Limitações e pontes fortes do estudo**

Uma limitação importante no estudo foi a falta de informações nos prontuários com muitos campos sem preenchimento pela equipe de saúde. Com o passar dos anos, os profissionais passaram a anotar mais informações, porém isso dificultou a comparação entre os anos e análises estatísticas de vários dados. A administradora dos prontuários também não liberou aos pesquisadores o acesso aos partogramas, ficando restrita a informação apenas de ter sido ou não realizado.

Apesar das dificuldades na coleta dos dados, foi possível realizar a análise de um total de 272 prontuários e verificar os avanços nas boas práticas de atenção ao parto após a implementação da Rede Cegonha. O estudo abre caminho para novas análises visando uma melhor assistência materno-infantil oferecida pelo SUS.



## CONCLUSÃO

Com a implementação da Rede Cegonha, apesar do aumento de partos cesáreas, houve um aumento de boas práticas de atenção ao parto como diminuição da episiotomia, aumento de métodos não farmacológicos, presença de acompanhante, liberdade na escolha da posição no parto, que são práticas úteis e devem ser estimuladas para garantir uma melhor assistência e repercutir positivamente na saúde materno-infantil.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, M.; COUTINHO, I. C.; MELO, I.; KATZ, L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health*, v.14, n. 1, p. 55, Apr 24 2017.

BARROS, F. C.; MATIJASEVICH, A.; MARANHAO, A. G.; ESCALANTE, J. J.; RABELLO NETO, D. L.; FERNANDES, R. M.; VILELLA, M. E.; MATOS, A. C.; ALBUQUERQUE, C.; LEON, R. G.; VICTORA, C. G. Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? *Rev Panam Salud Publica*, v.38, n. 3, p. 217-225, Sep 2015.

BETRAN, A. P.; YE, J.; MOLLER, A. B.; SOUZA, J. P.; ZHANG, J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*, v.6, n. 6, Jun 2021.

BIANA, C. B.; CECAGNO, D.; PORTO, A. R.; CECAGNO, S.; MARQUES, V. d. A.; SOARES, M. C. Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and labor: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.55, 2021.

BOHREN, M. A.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C.; FUKUZAWA, R. K.; CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*, v.7, n. 7, p. CD003766, Jul 6 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei do acompanhante nº 11.108. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/lei-garante-a-gestante-o-direito-a-acompanhante-durante-o-trabalho-de-parto-o-parto-e-pos-parto>. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). 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. 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de



assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília 2017.

BRASIL. Indicadores de Atenção à saúde materna e neonatal. Ministério da Saúde, 2021.

Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*, v.24, n. 2, p. 121-123, Jun 1997.

DELGADO, A.; AMORIM, M. M.; OLIVEIRA, A.; SOUZA AMORIM, K. C.; SELVA, M. W.; SILVA, Y. E.; LEMOS, A.; KATZ, L. Active pelvic movements on a Swiss ball reduced labour duration, pain, fatigue and anxiety in parturient women: a randomised trial. *J Physiother*, v.70, n. 1, p. 25-32, Jan 2024.

DELGADO, A.; KATZ, L.; MELO, R. S.; AMORIM, M.; LEMOS, A. Effectiveness of the peanut ball use for women with epidural analgesia in labour: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol*, v.42, n. 5, p. 726-733, Jul 2022.

ENTRINGER, A. P.; PINTO, M.; DIAS, M. A. B.; GOMES, M. A. d. S. M. Análise de custo-efetividade do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.34, 2018.

GARRETT, C.; OSELAME, G.; NEVES, E. O uso da episiotomia no Sistema Único de Saúde Brasileiro: a percepção das parturientes. *Saúde e Pesquisa*, v.9, p. 453, 03/29 2017.

HU, Y.; LU, H.; HUANG, J.; ZANG, Y. Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *J Clin Nurs*, v.30, n. 23-24, p. 3398-3414, Dec 2021.

JIANG, H.; QIAN, X.; CARROLI, G.; GARNER, P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, v.2, n. 2, p. CD000081, Feb 8 2017.

JUNGES, C. F.; BRÜGGEMANN, O. M.; KNOBEL, R.; COSTA, R. Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.26, 2018.

MASCARELLO, K. C.; HORTA, B. L.; SILVEIRA, M. F. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de Saúde Pública*, v.51, 2017.

MEDEIROS, A. B. d.; FREIRE, I. L. S.; SANTOS, F. R. d.; SILVA, B. C. O. d.; BATISTA, G. F. d. M.; MENEZES, M. M. d. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte*, v.11, 2020.

MONGUILHOTT, J.; BRUGGEMANN, O. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. Nacer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Rev Saude Publica*, v.52, p. 1, 2018.

NORI, W. A.-O.; KASSIM, M. A.-O.; HELMI, Z. R.; PANTAZI, A. A.-O.; BREZEANU, D. A.-O.; BREZEANU, A. A.-O.; PENCIU, R. C.; SERBANESCU, L. Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. . *J Clin Med*, v.12, n. 23, 2023.

PEREIRA, S. B.; DIAZ, C. M. G.; BACKES, M. T. S.; FERREIRA, C. L. d. L.; BACKES, D. S. Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.71, 2018.

PIRES, R. C. R.; AL., e. Tendências temporais e projeções de cesariana no Brasil, macrorregiões administrativas e unidades federativas. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, v.28, n. 7, p. 2119-2133, 2023.

RANI, K.; RAVI, R. K.; ATTRI, V.; KAUR, H.; PAREEK, B.; BABY, P. Impact of Upright Position during the First Stage of Labour on Maternal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Rev Recent Clin Trials*, Sep 4 2024.

RÊGO, M. B. C.; MATÃO, M. E. L. Análise dos partos vaginais e cesarianas no município de Goiânia/Goiás: antes e após a rede cegonha. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde: Três Corações*, v.14, n. 2, p. 83-92, 2016.

ROCHA, I. M. d. S.; OLIVEIRA, S. M. J. V. d.; SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G.; COSTA, A. d. S. C. d. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.43, 2009.

SIMÕES, A.; CARVALHO, B.; JÚNIOR, C.; ALVIM, C.; PINHEIRO, F.; FERREIRA, G.; ANDRADE, J.; RODRIGUES, I. Perfil epidemiológico dos tipos de parto realizados no Brasil: análise temporal, regional e fatorial. *Research, Society and Development*, v.11, p. e0211729678, 05/16 2022.