

Análise do atendimento prestado à mãe e ao recém-nascido no momento do parto em maternidades públicas e privadas no estado do Espírito Santo – Brasil

Analysis of care provided to the mother and the newborn at the time of delivery in public and private maternities in the state of Espírito Santo – Brazil

Andréia Soprani dos Santos,¹ Ana Paula Barbosa Lopes Caetano,¹ Susana Bubach,¹ Wanêssa Lacerda Poton²

RESUMO

Objetivo: analisar o atendimento oferecido à mãe e ao recém-nascido no momento do parto em maternidades do Espírito Santo, segundo o tipo de serviço prestado, avaliados através de indicadores baseados nas recomendações de boas práticas assistenciais preconizadas pela OMS e pelo programa Rede Cegonha. **Métodos:** estudo seccional aninhado a uma coorte de nascimento hospitalar multicêntrica. Entrevistas foram realizadas na maternidade, aos 7 e 27 dias. A avaliação do atendimento foi baseada nas recomendações do componente parto e nascimento, tendo como desfecho o tipo de serviço prestado: público ou privado. Para análise utilizou-se modelo hierárquico e regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. **Resultados:** as maternidades públicas apontaram maior prevalência quanto à classificação do risco gestacional (RP: 3,33; IC 95%: 2,99; 3,70); exame pré-parto (RP: 2,38; IC 95%: 1,60; 3,53), uso de ocitocina (RP: 1,23; IC 95%: 1,11; 1,29) e parto vaginal (RP: 1,15; IC 95%: 1,09; 1,21) e menor prevalência quanto à presença do acompanhante (RP: 0,83; IC 95%: 0,77; 0,89), contato pele a pele na sala de parto (RP: 0,92; IC95%: 0,86; 0,98), pediatra na sala de parto (RP: 0,81; IC 95%: 0,70; 0,93), alojamento conjunto (RP: 0,92; IC 95%: 0,86 ;0,98) e orientação sobre o aleitamento materno (RP: 0,90; IC 95%: 0,84; 0,96). **Conclusão:** tanto as maternidades públicas quanto as privadas ainda precisam ajustar-se para garantir a realização de boas práticas, conforme definidas pela OMS e SUS, que assegurem a assistência qualificada para o binômio mãe-filho.

Palavras-chave: parto humanizado; maternidades; recém-nascido; serviços de saúde materno-infantil; avaliação em saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the care offered to mothers and newborns at the time of birth in maternity hospitals in Espírito Santo, according to the type of service provided, evaluated through indicators based on recommendations for good care practices recommended by the WHO and the Rede Cegonha program. **Methods:** This was a cross-sectional study nested within a multicenter hospital birth cohort. Interviews were carried out in the maternity ward, at 7 and 27 days. The evaluation of care was based on the recommendations of the labor and birth component, with the outcome being the type of service provided: public or private. For analysis, a hierarchical model and Poisson regression with robust variance adjustment were used. **Results:** Public maternity hospitals showed a higher prevalence regarding gestational risk classification (PR: 3.33; 95% CI: 2.99; 3.70); pre-delivery examination (PR: 2.38; 95% CI: 1.60; 3.53); use of oxytocin (PR: 1.23; 95% CI: 1.11; 1.29) and vaginal delivery (PR: 1.15; 95% CI: 1.09; 1.21); and lower prevalence regarding the presence of a companion (PR: 0.83; 95% CI: 0.77; 0.89); skin-to-skin contact in the delivery room (PR: 0.92; 95% CI: 0.86; 0.98); pediatrician in the delivery room (PR: 0.81; 95% CI: 0.70; 0.93); rooming-in (PR: 0.92; 95% CI: 0.86; 0.98) and guidance on breastfeeding (PR: 0.90; 95% CI: 0.84; 0.96). **Conclusion:** Both public and private maternity hospitals still need to adjust to ensure the implementation of good practices as defined by the WHO and SUS that ensure qualified assistance for the mother-child binomial.

Keywords: humanizing delivery; hospitals maternity; infant newborn; maternal-child health services; health evaluation.

¹Universidade Federal do Espírito Santo, campus São Mateus (ES), Brasil.

²Universidade de Vila Velha (ES), Brasil.

Autora correspondente: Andréia Soprani dos Santos

Universidade Federal do Espírito Santo - campus São Mateus - BR 101, Km 60, Bairro Litorâneo, São Mateus (ES), Brasil.

E-mail: andreia_soprani@hotmail.com

Recebido em 15/12/2023 – Aceito para publicação em 09/05/2024.



INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, o processo de parturição passou por diversas alterações que culminaram em um novo modelo assistencial voltado para o ambiente hospitalar com a utilização de tecnologias de saúde,¹ intervenções desnecessárias e potenciais iatrogenias.^{2,3}

No ranking mundial, o Brasil ocupa o segundo lugar entre os países com maior taxa de cesarianas,⁴ realizadas predominantemente em hospitais privados.⁵ Presume-se que mais de 90% dos partos já estão institucionalizados e contam com a participação de profissionais de saúde.⁶ O número de procedimentos hospitalares, medicalização e cirurgias tornaram-se prevalentes, chegando a quase metade dos partos ou mais.^{2,5,6} As intervenções invasivas tornaram-se excessivas e, em geral, sem indicação plausível.³

Frente a essas mudanças, movimentos a favor da humanização da assistência ao parto têm defendido a assistência acolhedora com a atuação efetiva da mulher, entre eles destacam-se as recomendações de boas práticas assistenciais no trabalho de parto e nascimento da Organização Mundial da Saúde (OMS)^{7,8} desde 1995 e atualizadas em 2018, assim como a implementação da Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011,⁹ no qual preconizam-se o cuidado obstétrico e neonatal seguro e de qualidade, com ações que envolvem o respeito às escolhas maternas, vinculação da maternidade, presença do acompanhante, acolhimento e classificação de risco, monitoramento do progresso do parto, comunicação efetiva e continuidade do cuidado.⁷⁻⁹

Essas recomendações têm sido estabelecidas com vistas à promoção de partos humanizados e nascimentos saudáveis, assegurando maior participação da mulher como protagonista no processo de parturição.⁶ Por sua vez, o excesso de ações intervencionistas e de tecnologias de saúde são desencorajadas, com foco na redução dos índices de partos cesáreos e, conseqüentemente, da mortalidade materna, priorizando o respeito à mãe e ao recém-nascido a fim de garantir a qualidade esperada ao cuidado prestado.⁸

Ao considerar a proposição de boas práticas para a atenção em saúde materno-infantil, o estudo tem o objetivo de analisar o atendimento prestado à mãe e ao recém-nascido no momento do parto em maternidades do Espírito Santo, segundo o tipo de serviço prestado.

MÉTODOS

Estudo seccional aninhado a uma coorte de nascimento hospitalar multicêntrica realizada em maternidades localizadas na capital e no interior do estado do Espírito Santo. Entrevistas foram realizadas diariamente com mulheres internadas em decorrência do parto e, posteriormente, aos 7 e 27 dias. Este estudo integra a pesquisa denominada Projeto Viver, realizado entre os meses de agosto de 2019 a março de 2020.¹⁰

A avaliação do atendimento nas maternidades considerou a modalidade de serviços prestados no momento da internação classificada como público (gratuito, SUS) ou privado (particular e/ou saúde suplementar), sendo o serviço público o desfecho principal do estudo.

As variáveis independentes avaliadas como indicadores de atendimento foram baseadas nas recomendações de boas práticas assistenciais preconizadas pela OMS e pelo programa Rede Cegonha a partir do componente parto e nascimento.⁷⁻⁹ Foram hierarquizadas em quatro níveis: 1) Características ginecológicas e obstétricas relacionadas ao parto: classificação do risco gestacional, exame antes de ir para sala de parto, uso de ocitocina, ruptura de membrana, uso de corticoide, episiotomia e presença do acompanhante; 2) Características do parto: tipo de parto e eventos adversos no parto; 3) Características do nascimento: contato pele a pele na sala de parto, pediatra na sala de parto, Apgar 1º minuto, Apgar 5º minuto e classificação do peso; 4) Características do pós-parto imediato: aleitamento materno na 1ª hora, alojamento conjunto e orientação sobre o aleitamento materno. Além disso, para a caracterização materna utilizaram-se as variáveis sociodemográficas: idade, raça/cor autorreferida, escolaridade, situação conjugal, emprego e renda familiar.

A análise descritiva apresentou as prevalências e as diferenças foram analisadas com o teste qui-quadrado de Pearson. Para a análise bruta e ajustada utilizou-se a regressão de Poisson com ajuste robusto da variância para estimar as razões de prevalências (RP) e os intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As variáveis foram incluídas conforme o modelo hierárquico, sendo no primeiro nível as de características ginecológicas e obstétricas relacionadas ao parto, no segundo nível as características do parto, no terceiro nível as características do nascimento e no último nível as características do pós-parto imediato. Para a entrada no modelo, considerou-se um valor $p < 0,20$. A significância estatística foi verificada adotando-se nível de 5%. Toda análise estatística foi conduzida pelo pacote estatístico Stata 17.0.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das instituições participantes (CAAE nº. 02503018.0.0000.5064; (CAAE nºs 02503018.0.3001.5065 e 02503018.0.3002.5061). Todas as parturientes receberam informações sobre o estudo. Aquelas que consentiram a participação na pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

No total 3.435 puérperas foram entrevistadas. A maioria era adulta jovem (70,1%), parda (51,3%), escolarizada (60,2%), com companheiro (85,4%) e emprego (52,2%), além de renda entre um e três salários mínimos (46,5%) (Tabela 1).



Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres do Projeto Viver, Espírito Santo, Brasil, 2020.

Variáveis ^a	n	%
Idade (anos)		
< 20	428	12,5
20 - 34	2.408	70,1
≥ 35	599	17,4
Raça/cor (autorreferida)		
Branca	926	28,1
Parda	1.692	51,3
Negra	645	19,6
Amarela	29	0,9
Indígena	4	0,1
Escolaridade (anos)		
0 - 4	33	1,1
5 - 8	377	12,4
9 - 11	795	26,3
≥ 12	1.822	60,2
Situação conjugal		
Com companheiro	2.755	85,4
Sem companheiro	473	14,6
Trabalha		
Sim	1.780	52,2
Não	1.627	47,8
Renda familiar (salário mínimo)		
< 1	802	25,9
1 - 3	1.439	46,5
> 3	855	27,6

^a Algumas variáveis não foram totalmente respondidas pelas entrevistadas.

Na Tabela 2, pouco mais da metade teve o risco classificado por meio da escala de Robson (55,5%) e de Manchester (53,0%). Quase todas foram examinadas antes de ir para a sala de parto (95,6%) e metade delas não usou ocitocina no trabalho de parto (50,3%). A ruptura da membrana foi induzida em 58,9% dos casos, sem uso de corticoide (93,2%), e não houve episiotomia em 97,7% dos partos. Foi garantida a presença do acompanhante (90,3%) durante o parto, sendo prevalente a cesariana (58,4%) indicada pelo médico (77,5%) e sem eventos adversos (94,3%).

Tabela 2. Características ginecológicas e obstétricas relacionadas ao parto, Projeto Viver, Espírito Santo, Brasil, 2020.

Variáveis ^a	n	%
Classificação de Robson		
Sim	1.559	55,5
Não	1.249	44,5
Classificação do risco gestacional		
Sim	1.488	53,0
Não	1.320	47,0
Examinada antes de ir para sala de parto		
Sim	2.667	95,6
Não	124	4,4
Uso de ocitocina		
Sim	1.301	49,7
Não	1.317	50,3
Ruptura de membrana		
Espontânea	1.116	41,1
Induzida	1.599	58,9
Uso de corticoide		
Sim	167	6,8
Não	2.272	93,2
Episiotomia		
Sim	59	2,3
Não	2.501	97,7
Presença do acompanhante		
Sim	2.484	90,3
Não	267	9,7
Tipo de parto		
Cesariana	1.629	58,4
Vaginal	1.158	41,5
Caso cesariana, motivo		
Opção materna	329	22,5
Indicação do profissional	1.333	77,5
Eventos adversos no parto		
Sim	160	5,7
Não	2.650	94,3

^a Algumas variáveis não foram totalmente respondidas pelas entrevistadas.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Na maioria dos nascimentos houve o contato pele a pele na sala de parto (89,9%) e a presença do pediatra (96,7%). As medidas do Apgar no 1º minuto (97,2%) e 5º minuto (98,5%) foram normais, assim como o peso adequado (95,3%).

O aleitamento materno na 1ª hora foi ofertado para 59,7% dos recém-nascidos.

Mães e bebês ficaram no alojamento conjunto (91,3%) e receberam orientação para o aleitamento materno (89,1%) (Tabela 3).

Tabela 3. Características do nascimento e do pós-parto imediato, Projeto Viver, Espírito Santo, Brasil, 2020.

Variáveis ^a	n	%
Contato pele a pele na sala de parto		
Sim	2.396	89,9
Não	268	10,1
Pediatra na sala de parto		
Sim	2.621	96,7
Não	90	3,3
Apgar 1º min		
Baixo	77	2,8
Normal	2.640	97,2
Apgar 5º min		
Baixo	40	1,5
Normal	2.679	98,5
Classificação do peso		
Baixo	132	4,7
Normal	2.676	95,3
Aleitamento materno na 1ª hora		
Sim	1.571	59,7
Não	1.060	40,3
Alojamento conjunto		
Sim	2.503	91,3
Não	238	8,7
Mãe orientada sobre aleitamento materno		
Sim	2.463	89,1
Não	303	10,9

^a Algumas variáveis não foram totalmente respondidas pelas entrevistadas.

A Tabela 4 aponta a avaliação do atendimento do parto e nascimento para a mãe e o recém-nascido segundo o tipo de serviço público ou privado.

Observa-se predomínio da classificação do risco gestacional no serviço público (78,5%) e quase a totalidade das gestantes foi examinada antes de ir para sala de parto em ambos os serviços.

O uso de ocitocina (60,8%) e a indução da ruptura da membrana (56,7%) foi maior no público, enquanto no privado deu-se de forma espontânea (63,5%). O uso de corticoide não foi realizado em sua maioria em ambos os serviços, assim como a episiotomia.

O acompanhante esteve presente em mais de 95% dos partos realizados no serviço privado, havendo o predomínio do parto cesáreo (74,1%) e reduzidos eventos adversos.

O contato pele a pele na sala de parto e a presença do pediatra também foi maior no serviço privado.

A maioria dos recém-nascidos foi classificada com Apgar no 1º e 5º minutos e avaliada em relação ao peso de forma semelhante nos dois serviços. Já as práticas de aleitamento materno na 1ª hora de vida, alojamento conjunto (96,8%) e orientação sobre o aleitamento materno foi predominante no serviço privado.



Tabela 4. Avaliação do atendimento ao parto e nascimento segundo o tipo de serviço público ou privado, Projeto Viver, Espírito Santo, Brasil, 2020.

Indicador	Tipo de serviço ^a		Análise bruta		Análise ajustada ^d	
	Público n (%)	Privado n (%)	RP ^b (IC 95%) ^c	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
1º Nível						
Classificação do risco gestacional				0,000		< 0,000
Sim	1.485 (78,5)	3 (0,3)	3,23 (2,98; 3,51)		3,33 (2,99; 3,70)	
Não	406 (21,5)	912 (99,7)	1		1	
Examinada antes de ir para sala de parto				0,000		< 0,000
Sim	1.841 (98,1)	824 (90,4)	2,37 (1,80; 3,13)		2,38 (1,60; 3,53)	
Não	36 (1,9)	88 (9,6)	1		1	
Uso de ocitocina				0,000		< 0,000
Sim	1.064 (60,8)	237 (27,3)	1,57 (1,48; 1,66)		1,23 (1,17; 1,29)	
Não	685 (39,2)	631 (72,7)	1		1	
Ruptura de membrana				0,001		0,291
Espontânea	785 (43,3)	573 (63,5)	1,09 (1,04; 1,15)		1,02 (0,97; 1,07)	
Induzida	1.026 (56,7)	329 (36,5)	1		1	
Uso de corticoide				0,997		
Sim	108 (6,8)	59 (6,8)	0,99 (0,89; 1,12)			
Não	1.469 (93,2)	802 (93,2)	1			
Episiotomia				0,003		0,359
Sim	47 (2,8)	12 (1,4)	1,22 (1,07; 1,39)		0,93 (0,80; 1,08)	
Não	1.628 (91,8)	872 (98,6)	1		1	
Presença do acompanhante				0,000		< 0,000
Sim	1.616 (87,4)	866 (96,3)	0,74 (0,70; 0,78)		0,83 (0,77; 0,89)	
Não	234 (12,6)	33 (3,7)	1		1	
2º Nível						
Tipo de parto				0,000		< 0,000
Cesariana	952 (50,8)	677 (74,1)	1		1	
Vaginal	921 (49,2)	237 (25,9)	1,36 (1,29; 1,43)		1,15 (1,09; 1,21)	



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Indicador	Tipo de serviço ^a		Análise bruta		Análise ajustada ^d	
	Público n (%)	Privado n (%)	RP ^b (IC 95%) ^c	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Eventos adversos no parto				0,000		0,537
Sim	128 (6,8)	31 (3,4)	1,20 (1,11; 1,31)		0,97 (0,90; 1,05)	
Não	1.765 (93,2)	884 (96,6)	1		1	
3º Nível						
Contato pele a pele na sala de parto				0,000		0,016
Sim	1.563 (88,0)	832 (93,9)	0,81 (0,76; 0,87)		0,92 (0,86; 0,98)	
Não	213 (12,0)	54 (6,1)	1		1	
Pediatra na sala de parto				0,000		0,005
Sim	1.722 (95,7)	897 (98,6)	0,76 (0,70; 0,84)		0,81 (0,70; 0,93)	
Não	77 (4,3)	13 (1,4)	1		1	
Apgar 1º min				0,412		
Baixo	54 (3,0)	22 (2,5)	1			
Normal	1.764 (97,0)	875 (97,5)	0,94 (0,81; 1,08)			
Apgar 5º min				0,000		0,073
Baixo	37 (2,0)	3 (0,3)	1		1	
Normal	1.779 (98,0)	898 (99,7)	0,70 (0,65; 0,78)		0,87 (0,76; 1,01)	
Classificação do peso				0,120		0,608
Baixo	80 (4,2)	52 (5,7)	1		1	
Normal	1.811 (95,8)	863 (94,3)	1,11 (0,97; 1,28)		1,03 (0,91; 1,15)	
4º Nível						
Aleitamento materno na 1ª hora				0,000		0,173
Sim	931 (53,2)	639 (72,6)	0,76 (0,72; 0,80)		0,96 (0,92; 1,01)	
Não	818 (46,8)	241 (27,4)	1		1	
Alojamento conjunto				0,000		0,018
Sim	1.629 (88,7)	873 (96,8)	0,74 (0,70; 0,78)		0,92 (0,86; 0,98)	
Não	208 (11,3)	29 (3,2)	1		1	
Mãe orientada sobre aleitamento materno				0,000		0,002
Sim	1.615 (86,9)	846 (93,4)	0,81 (0,76; 0,87)		0,90 (0,84; 0,96)	
Não	243 (13,1)	60 (6,6)	1		1	

^aTeste qui-quadrado de Pearson, ^bRP: Razão de Prevalência, ^cIC 95%: Intervalo de Confiança de 95%, ^dVariáveis ajustadas segundo nível hierárquico.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Na análise ajustada, a avaliação do atendimento no serviço público mostrou-se mais prevalente quando relacionada à classificação do risco gestacional (RP: 3,33; IC 95%: 2,99; 3,70), examinar a gestante antes de ir para sala de parto (RP: 2,38; IC 95%: 1,60; 3,53), uso de ocitocina (RP: 1,23; IC 95%: 1,11; 1,29) e parto vaginal (RP: 1,15; IC 95%: 1,09; 1,21). Por outro lado, foi menos prevalente quanto à presença do acompanhante (RP: 0,83; IC 95%: 0,77; 0,89), contato pele a pele na sala de parto (RP: 0,92; IC95%: 0,86; 0,98), pediatra na sala de parto (RP: 0,81; IC 95%: 0,70; 0,93), alojamento conjunto (RP: 0,92; IC 95%: 0,86 ;0,98) e orientação sobre o aleitamento materno (RP: 0,90; IC 95%: 0,84; 0,96) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A atenção ao parto e nascimento no serviço público comparado ao privado apontou um desalinhamento em relação à implementação das ações de boas práticas recomendadas pelos órgãos de saúde. Embora se note a maior prevalência quanto à avaliação do risco gestacional, exame admissional, uso de ocitocina e parto normal, outros indicadores de atendimento mostraram-se pouco prevalentes, como presença do acompanhante, contato pele a pele e pediatra na sala de parto, alojamento conjunto, além de orientação à mãe sobre aleitamento materno, indicando haver lacunas na assistência materno-infantil.

Estudo que avaliou o grau de implantação das ações recomendadas pelo programa Rede Cegonha em hospitais públicos e mistos nas regiões brasileiras identificou não adequação em 25% das maternidades.⁶

Em relação à atenção ao parto e nascimento, cerca de 30% dos serviços foram classificados com grau de implantação não adequado, com piora da situação quando relacionada a práticas com base em evidências científicas, bem como direitos das mulheres e recém-nascidos sendo inadequados em 60% das maternidades. A presença do acompanhante não foi adequada em 8,4%, o contato pele a pele atingiu 24,8%, seguido de menor desempenho para o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, com 22,6%.⁶

Todos esses dados apontam que as maternidades brasileiras apresentam fragilidades na atenção materno-infantil, relacionadas, possivelmente, às discrepâncias locais, ao quantitativo inadequado de profissionais de saúde e a ambiência dos serviços,¹¹ corroborando com as informações encontradas neste estudo.

A presença do acompanhante, que compreende o rol de boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento, foi avaliada neste estudo com menor prevalência no setor público comparado ao privado. A OMS recomenda que a gestante tenha um acompanhante de sua escolha, visando a redução de intervenções desnecessárias e a violência obstétrica, além de contribuir para melhores desfechos maternos e neonatais.⁸ Embora se observe no país um aumento gradual dessa prática nos serviços de saúde,⁵ o estudo “Nascer no Brasil” apontou que o setor público (83,9%) ainda se encontra em menor prevalência, com 12,5% a menos em relação ao privado (96,8%),¹¹ indicando haver barreiras para sua plena efetivação.

A ausência do acompanhante pode justificar a permanência de práticas assistenciais em desuso e pouco eficazes que já não compõem as recomendações preconizadas com base em evidências científicas.⁸ Reforça a ideia de que a mulher não tem sido protagonista em seu processo de parturição, viola os seus direitos constituídos e afeta a garantia dos demais indicadores de atenção ao parto e nascimento.¹¹

O indicador contato pele a pele na sala de parto entre a puérpera e o recém-nascido, que deve ocorrer na primeira hora de vida e é um importante incentivo ao aleitamento materno, também não apontou um desempenho satisfatório. Além de estimular o vínculo mãe-bebê, essa prática assegura diversos benefícios para o recém-nascido, como a regulação da temperatura corporal, manutenção dos níveis sanguíneos de glicose, manejo de dor e adaptação metabólica.^{8,12} Embora o contato pele a pele tenha duplicado e triplicado nos partos normal e cesáreo, respectivamente,¹³ está associado ao profissional que faz o parto ser diferente do profissional do pré-natal, à presença do acompanhante e à realização do parto normal.¹² Nota-se, neste estudo, a necessidade do pleno cuidado do atendimento ao recém-nascido saudável com a efetiva promoção dessa prática.

Por sua vez, a presença do pediatra na sala de parto que fundamenta o cuidado imediato oferecido ao recém-nascido, capaz de identificar o risco neonatal existente e atender ao nível de intervenção necessária,¹⁴ também se mostrou como um indicador insatisfatório no serviço público. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a presença do médico pediatra na sala de parto em todos os nascimentos, no intuito de direcionar a equipe que assiste ao bebê, garantindo a integração do cuidado neonatal em todo o trajeto clínico.¹⁴

Já o alojamento conjunto, que aponta para a continuidade do cuidar no período pós-parto imediato, tem sido vivenciado em mais de 90% das internações em uma maternidade do Rio de Janeiro.¹⁵ O mesmo não foi observado por este estudo. Além disso, o contato pele a pele e a amamentação precoce ainda na sala de parto aumentam a probabilidade de o recém-nascido seguir para o alojamento conjunto.^{15,16} Ao possuir boa vitalidade e não havendo a necessidade de intervenções, mãe e recém-nascido devem ficar juntos.¹⁶

Por fim, a orientação sobre o aleitamento materno configura intervenção fundamental para garantir a lactação do recém-nascido. No país, 95% das maternidades têm incentivado o aleitamento materno, e quase a totalidade das puérperas declarou ter amamentado o filho nas primeiras 24 horas de vida;⁶ como promotores dessa ação destacam-se a assistência humanizada, a orientação ainda no pré-natal e o parto sem complicações.¹⁶

Universalmente reconhecida como a melhor forma de nutrir e proteger as crianças, a amamentação evita infecções, diminui o risco de doenças gastrointestinais e respiratórias, além de auxiliar no desempenho cognitivo.¹⁷ A garantia dessa prática requer abordagens sociais coletivas capazes de considerar as iniquidades sociais e de gênero.¹⁸ As maternidades públicas são as que atendem predominantemente a população com menor nível socioeconômico, local em que tal prática deveria ser mais frequente, garantindo o princípio da equidade no contexto do Sistema Único de Saúde.¹⁹



Um outro dado preocupante encontrado foi o uso de ocitocina nas maternidades públicas. Embora se observe um aumento desnecessário dessa intervenção, em especial para induzir e acelerar a parição, nota-se que a sua indicação é recomendada na terceira fase do trabalho de parto para prevenir hemorragias no pós-parto.⁸ Estudo aponta menor chance de uso de ocitocina em casas de parto²⁰ e em trabalhos de parto assistidos por enfermeiras obstétricas,^{20,21} indicando que a redução do uso de medicação precisa avançar diante do modelo intervencionista presente no ambiente hospitalar.

Entre os indicadores avaliados, há que se ressaltar as boas práticas aqui identificadas no setor público, principalmente as de atenção à avaliação da gestante e o predomínio do parto normal. A identificação do risco gestacional ainda na admissão é uma prática proposta para organizar os processos de trabalho e os fluxos assistenciais,⁹ considerada como uma ferramenta da gestão do cuidado que orienta a imediata atenção conforme a condição avaliada em tipos de risco, sendo fundamental para a priorização do atendimento das gestantes que apresentem sinais e sintomas mais graves, capazes de ameaçar a vida.

No momento em que a gestante chega à maternidade em trabalho de parto, é importante o início de sua avaliação de acordo com as diretrizes implementadas e recomendadas, o que inclui exames de rotina, como o pélvico, as contrações uterinas, as frequências cardíacas materna e fetal, a temperatura, a pressão arterial e a diurese.⁸

A realização do parto vaginal sem intervenções desnecessárias compreende a prática clínica recomendada, vinculada ao processo natural de parturição. Embora o serviço público tenha apontado melhor performance, observa-se neste estudo que essa prática não atingiu metade dos partos realizados em ambos os serviços.

Ainda é um desafio aumentar a sua prevalência diante de um modelo intervencionista dominante, contudo a qualificação das equipes e a organização da rede de atenção^{22,23} aliadas ao apoio contínuo têm sido algumas das estratégias sugeridas e aponta relação com a redução de cesarianas.²⁴ Ademais, os benefícios do parto vaginal envolvem menor risco de infecções, hemorragias e prematuridade, favorecem a lactação e a recuperação da mulher.²⁵ As boas práticas são recomendadas pelos órgãos consultivos para melhor atenção à saúde materno-infantil.

CONCLUSÃO

A maioria das boas práticas recomendadas - presença do acompanhante, contato pele a pele, pediatra na sala de parto, alojamento conjunto e orientação à mãe sobre aleitamento materno - investigadas neste estudo obteve menor desempenho nas maternidades públicas quando comparada com as privadas. Esses resultados indicam a necessidade de adequação dos processos de trabalho alinhado com a efetiva prática profissional dos serviços de saúde materno-infantil.

É necessário investir em ações efetivas nas maternidades, tendo a gestante como protagonista de todo o processo, evitando, assim, a realização do uso de tecnologias e inter-

venções desnecessárias, a fim de garantir a realização de boas práticas que assegurem a assistência qualificada para o binômio mãe-filho.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Silva F, Nucci M, Nakano AR, Teixeira L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma rotinização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saúde Soc.* 2019;28(3):171-84. doi: 10.1590/S0104-12902019180819.
2. Victora CG, Aquino EMLL, Leal MC, Monteiro CA, Barros FCLF, Szwarzwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet.* 2011;32-46. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
3. Gama SGND, Thomaz EBAF, Bittencourt SDDA. Avanços e desafios da assistência ao parto e nascimento no SUS: o papel da Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(3):772. doi: 10.1590/1413-81232021262.41702020.
4. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet.* 2018;392:1341-8. doi: 10.1590/1413-81232021262.41702020.
5. Dias BAS, Leal MDC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cad Saúde Pública.* 2022;38(6):e00073621. doi: 10.1590/0102-311XPT073621.
6. Bittencourt SDDA, Vilela MEDA, Marques MCDO, Santos AMD, Silva CKRTD, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(3):801-821. doi: 10.1590/1413-81232021263.08102020.
7. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;2(8452):436-7. doi: 10.1016/S0140-6736(85)92750-3.
8. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [acesso em: 19 ago. 2023]. Disponível em: from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.
9. Santos Filho SBD, Souza KVD. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(3):775-80. doi: 10.1590/1413-81232021263.21462020.
10. Poton WL, Chen IS, Chen JWX, Pietralonga LS, Guerreiro VA, Santos AS, et al. Cohort profile: Viver Project. *Rev Foco.* 2023;16(7):e2561. doi:10.54751/revistafoco.v16n7-031.
11. Leal MDC, Bittencourt SDA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVDS, Silva LBRADA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(7):e00223018. doi: 10.1590/0102-311X00223018.
12. Ayres LFA, Cnossen RE, Passos CMD, Lima VD, Prado MRMCD, Beirigo BA. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Esc Anna Nery.* 2020;25(2):e20200116. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0116.
13. Gomes MADSM, Esteves-Pereira AP, Bittencourt SDDA, Augusto LCR, Lamy-Filho F, Lamy ZC, et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas? *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(3):859-74. doi: 10.1590/1413-81232021263.26032020.



14. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Nascimento seguro. Documento Científico [Internet]. 2018 [acesso em: 20 ago. 2023];(3):1-16. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro__003_.pdf.
15. Ledo BC, Góes FGB, Santos ASTD, Pereira-Ávila FMV, Silva ACSSD, Bastos MPDC. Fatores associados às práticas assistenciais ao recém-nascido na sala de parto. *Esc Anna Nery*. 2020;25(1),e20200102. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0102.
16. Silva MMD, Pereira SDS, Gomes-Sponholz FA, Monteiro JCDS. Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno na sala de parto. *Cad Saúde Colet*. 2020;28 (4):529-36. doi: 10.1590/1414-462X202028040409.
17. Horta BL, Mola CL, Victoria CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(Supl. 467):14-9. doi: 10.1111/apa.13139.
18. Pérez-Escamilla R, Tomori C, Hernández-Cordero S, Baker P, Barros AJ, Bégin F, Richter L. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *Lancet*. 2023;401(10375):472-85. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01932-8.
19. Silva LBRADA, Angulo-Tuesta A, Massari MTR, Augusto LCR, Gonçalves LLM, Silva CKRTD, et al. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(3):931-40. doi: 10.1590/1413-81232021263.25782020.
20. Medina ET, Mouta RJO, Carmo CND, Filha MMT, Leal MDC, Gama SGND. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(4):e00160822. doi: 10.1590/0102-311XPT160822.
21. Gama SGND, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRTD, Silva SDD, et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil–2017. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(3):919-29. doi: 10.1590/1413-81232021263.28482020.
22. Carvalho EMPD, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(6):2135-45. doi: 10.1590/1413-81232018246.08412019.
23. Nicolotti CA, Lacerda JTD. Avaliação da organização e práticas de assistência ao parto e nascimento em três hospitais de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(10): e00052922. doi: 10.1590/0102-311XPT052922.
24. Oliveira CDF, Bortoli MCD, Setti C, Luquine Júnior CD, Toma TS. Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas. *Ciênc Saúde Colet*. 2022;27(2):427-39. doi: 10.1590/1413-81232022272.41572020.
25. Silva TPRD, Dumont-Pena É, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCDP, et al. Enfermagem obstétrica nas boas práticas da assistência ao parto e nascimento. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(suppl 3):235-42. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0561.

Como citar este artigo:

Santos AS, Caetano APBL, Bubach S, Poton WL. Análise do atendimento prestado à mãe e ao recém-nascido no momento do parto em maternidades públicas e privadas no Estado do Espírito Santo - Brasil. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2024;26:e64779. doi: 10.23925/1984-4840.2024v26a5.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.