

## ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO PÓS-PARTO ÀS PRIMÍPARAS CONFORME O FINANCIAMENTO

Postpartum obstetric assistance to primiparous women according to funding

Asistencia obstétrica posparto a primíparas según la financiación

Ana Paula Almeida Corrêa<sup>1</sup>, Carlise Rigon Dalla Nora<sup>2</sup>, Graziela Lenz Viegas<sup>3</sup>, Michelli Cristina Silva de Assis<sup>4</sup>

### Como citar este artigo:

Corrêa APA, Nora CRD, Viegas GL, Assis MCS.. Assistência obstétrica no pós-parto às primíparas conforme o financiamento. 2021 jan/dez; 13:-1573. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10513>.

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar a assistência prestada em puérperas primíparas durante o período pós-parto imediato em uma maternidade da Zona da Mata mineira, de acordo com a fonte de financiamento. **Método:** estudo transversal descritivo, analítico, realizado em uma maternidade. As associações entre as exposições (variáveis sociodemográficas e de assistência obstétrica) e o desfecho (fonte de financiamento) estudados foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson e teste de Fisher. **Resultados:** existe diferença no perfil sociodemográfico das mulheres de acordo com o tipo de financiamento do parto. Idade, raça, escolaridade, estado civil e padrão socioeconômico demonstram que existe uma população mais vulnerável. A avaliação do fundo de útero e de lóquios foram mais prevalentes nas mulheres financiadas pelo sistema público. **Conclusão:** constatou-se que a assistência obstétrica durante o quarto período após o parto foi satisfatória e de qualidade. As puérperas financiadas pelo sistema público apresentaram menores chances de ter complicações e morte. **DESCRIPTORIOS:** Obstetrícia; Período pós-parto; Serviços de saúde Materno-infantil; Assistência integral à saúde; Financiamento da assistência à saúde.

- 1 Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre- RS-Brasil. E- mail: [anacorrea.enf@gmail.com](mailto:anacorrea.enf@gmail.com) URL Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5909657004803150>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8890-1767>
- 2 Enfermeira, Pós Doutora pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Doutora em Enfermagem (Universidade Católica Portuguesa), Professora Adjunta na Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. Email: [carlise.nora@ufrgs.br](mailto:carlise.nora@ufrgs.br) URL Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8448871797041628> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5501-2146>
- 3 Enfermeira, Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU/ UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil. E- mail: [graelaviegas@gmail.com](mailto:graelaviegas@gmail.com). URL Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9999383550742421> ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7093-7470>
- 4 Enfermeira, Doutora em Ciências Médicas (PPGCM/ UFRGS), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil. E- mail: [mcassis@hcpa.edu.br](mailto:mcassis@hcpa.edu.br) URL Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2783961608133982> ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2632-5885>

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the care provided to primiparous puerperal women during the immediate postpartum period in a maternity ward of the Zona da Mata of Minas Gerais, according to the source of funding. **Method:** descriptive, analytical cross-sectional study conducted in a maternity ward. The associations between the exposures (sociodemographic and obstetric care variables) and the outcome (funding source) studied were evaluated using Pearson's chi-square test and Fisher's test. **Results:** there is a difference in the sociodemographic profile of women according to the type of childbirth funding. Age, race, schooling, marital status and socioeconomic status show that there is a more vulnerable population. The evaluation of the uterus fundus and lochia were more prevalent in women funded by the public system. **Conclusion:** obstetric care during the fourth period after delivery was satisfactory and of quality. The puerperal women funded by the public system were less likely to have complications and death.

**DESCRIPTORS:** Obstetrics; Postpartum period; Maternal and child health services; Comprehensive health care; Health care funding.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la asistencia prestada a púérperas primíparas durante el período de posparto inmediato en maternidad de la Zona de la Mata Mineira, según fuente de financiación. **Método:** estudio descriptivo, analítico y transversal realizado en una maternidad. Asociaciones entre las exposiciones (variables sociodemográficas y de atención obstétrica) y el resultado (fuente de financiación) estudiadas se evaluaron mediante prueba de ji-cuadrado de Pearson y prueba de Fisher. **Resultados:** hay una diferencia en el perfil sociodemográfico de mujeres según el tipo de financiación del parto. La edad, raza, educación, estado civil y patrón socioeconómico muestran que hay una población más vulnerable. La evaluación del fondo uterino y de los loquios era más frecuente en mujeres financiadas por el sistema público. **Conclusión:** la atención obstétrica durante el cuarto período posterior al parto se consideró satisfactoria y de buena calidad. Mujeres embarazadas financiadas con fondos públicos tenían menos probabilidades de sufrir complicaciones y muerte.

**DESCRIPTORES:** Obstetricia; Período posparto; Servicios de salud maternoinfantil; Atención sanitaria integral; Fondos para el cuidado de la salud.

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é todo óbito ocorrido na gestação ou até 42 dias após o parto, podendo ser de causas obstétricas diretas, relacionadas às complicações da gestação, do parto ou do puerpério, ou indiretas, resultantes de doenças que já existiam antes da gestação ou se desenvolveram durante a gravidez.<sup>1</sup> As principais causas dos óbitos maternos no Brasil, entre 2000 e 2009, foram: doenças da mãe que complicaram a gravidez, o parto e o puerpério (17,10%); eclâmpsia (11,88%); hipertensão gestacional, com proteinúria significativa (6,22%); hemorragia pós-parto (5,86%); infecção puerperal (5,18%); e descolamento prematuro de placenta (4,28%). Muitos óbitos poderiam ser evitados se não houvesse falhas na assistência à mulher no período gravídico puerperal.<sup>1</sup>

O perfil de mortalidade materna é influenciado pelos altos níveis de cesarianas e intervenções no parto que ocorrem no serviço obstétrico brasileiro. Ele é reflexo de um processo

de medicalização do corpo da mulher que vem ocorrendo com o passar dos anos, trazendo riscos à saúde da mãe e ao recém-nascido.<sup>2</sup> Um estudo demonstrou que mulheres de baixa renda e de pouca escolaridade possuem menos acesso à informação e menor conhecimento sobre a saúde, o que é um dos fatores responsáveis pela mortalidade materna, e que a mortalidade entre as pardas e as solteiras é maior.<sup>1</sup>

Diversos fatores contribuem para a mortalidade materna, no entanto o planejamento reprodutivo, o monitoramento durante o pré-natal, o parto e o pós-parto, o diagnóstico precoce e o tratamento de qualidade podem reduzir esses óbitos.<sup>1</sup> O Ministério da Saúde vem adotando, há décadas, medidas para melhorar essa assistência e reduzir a morbimortalidade materna. Atualmente, a Rede Cegonha vem tentando proporcionar um parto e um nascimento seguros.<sup>3</sup>

Logo, conclui-se que uma assistência obstétrica de qualidade e adequada ao processo do trabalho de parto é imprescindível. Essa assistência varia de acordo com o estágio do trabalho de parto, sendo eles: primeiro, segundo, terceiro e quarto estágios. Destaca-se, aqui, o quarto período, que é caracterizado pelo reestabelecimento do corpo da mulher.<sup>4</sup> Ele é dividido em imediato (1.º ao 10.º dia), tardio (10.º ao 45.º dia) e remoto (após 45 dias). Inicia-se após a expulsão completa da placenta e das membranas fetais, sendo as primeiras horas após o nascimento o período que as complicações podem ocorrer, sobretudo a hemorragia após o parto, o que acarreta em graves consequências à púérpera.<sup>5</sup>

Portanto, durante a assistência integral à mulher no pós-parto os profissionais de saúde devem atender às devidas necessidades da mãe e do recém-nascido, ofertando cuidados mínimos, avaliação completa e atenção criteriosa. Eles devem proporcionar comunicação qualificada, disponibilidade, monitorização frequente e postura do acolhimento.<sup>6</sup> É importante que a contração uterina, o sangramento vaginal, a eliminação urinária e os sinais vitais da púérpera sejam avaliados continuamente.<sup>7,8</sup>

Denota-se que existe uma baixa produção de pesquisas envolvendo a assistência ao período pós-parto, especialmente nas primeiras horas após o nascimento do bebê. Deve ser ressaltado também que não existem pesquisas publicadas sobre essa assistência, os processos e os procedimentos empregados na atenção ao puerpério imediato no município da Zona da Mata mineira avaliado no presente estudo. Deste modo, objetiva-se analisar a assistência prestada em púérperas primíparas durante o período pós-parto imediato em uma maternidade da Zona da Mata mineira, de acordo com a fonte de financiamento.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo e analítico, de caráter quantitativo, realizado em uma maternidade localizada na Zona da Mata mineira.

O hospital onde o estudo foi realizado é uma associação civil de direito privado, de caráter assistencial, sem fins lucrativos, e que tem por finalidade a prestação de assistência médico-hospitalar. Ele é referência macrorregional em

atendimento à gestante de alto risco e é sede para ensino e aprendizagem dos alunos de cursos superiores e técnicos de uma Universidade federal.

A população avaliada neste estudo foi composta de 220 puérperas primíparas do município e região, internadas na maternidade de um de seus hospitais. Para o cálculo, foram consideradas as 739 primíparas no ano de 2014, sendo a frequência de cesárea 71% e de partos normais 29%. Os dados foram obtidos do livro de registro de partos da maternidade do hospital, a partir de um estudo maior. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: puérperas primíparas, de parto vaginal ou cesárea, com feto vivo ao início do trabalho de parto. Os critérios de exclusão foram puérperas que tiveram indicação absoluta para cesariana: bebê transverso, placenta prévia centro-total ou parcial, descolamento prematuro da placenta, placenta acreta, herpes genital com lesões ativas no terceiro trimestre e gravidez gemelar, se o primeiro gemelar estivesse transverso.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2015 a outubro de 2016. Os dados primários foram obtidos por meio da aplicação de um questionário semiestruturado às puérperas e os secundários, pela análise criteriosa dos registros do prontuário, incluindo também o cartão de pré-natal. Cabe lembrar que antes de iniciar a pesquisa foi realizada a leitura e a explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para as puérperas menores de 18 anos, foram elaborados tanto o TCLE como o termo de assentimento.

Nesta pesquisa, as variáveis analisadas foram: idade (14 a 19 anos, > 20 anos), raça (branca, não branca), escolaridade (1 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 anos ou mais), estado civil (com companheiro, sem companheiro), renda (mais baixa, mais alta), via de parto (normal, cesárea), depois do parto para onde o recém-nascido (RN) foi (berçário, UTIN, para seu quarto), local de permanência do RN (no quarto com você, unidade intermediária, UTIN), presença de acompanhante (sim, não), início da amamentação (na sala de parto, no quarto, não iniciou), aferição dos sinais vitais (sim, não), avaliação do fundo de útero (sim, não), avaliação de sangramento (sim, não), satisfação com o tipo de parto (sim, não) e escolha da mesma via de parto em uma próxima gestação (sim, não).

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio das frequências relativas e absolutas. As associações entre as exposições (variáveis sociodemográficas e de assistência obstétrica) e o desfecho (fonte de financiamento) estudados foram avaliadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson e do teste de Fisher, quando necessário, sendo consideradas significativas as variáveis que apresentaram  $p < 0,05$ . Os dados foram codificados, categorizados e digitados no programa Epi Info 7.0. Todas as análises foram realizadas no software Stata, versão 13.1.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética do hospital onde o estudo foi realizado e, posteriormente, para o Comitê de Ética da universidade federal, parecer CEP nº 1.147.446. Os procedimentos do estudo foram desenvolvidos de forma a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima e voluntária.

## RESULTADOS

Verificou-se que existe diferença no perfil sociodemográfico das mulheres de acordo com o tipo de financiamento do parto (público ou privado), em relação à faixa etária, raça, escolaridade, renda individual e familiar e via de parto final e com associação significativa. As mulheres adolescentes, em sua maioria, foram atendidas na rede pública. Em contrapartida, 40% das mulheres adultas foram atendidas pelo financiamento privado. Em relação à raça, aproximadamente metade das mulheres brancas foi atendida pela rede pública e as restantes pela rede privada. Já em relação às mulheres não brancas, quase três quartos foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mais de 80% das mulheres com escolaridade entre 1 e 8 anos e entre 9 e 11 anos foram atendidas na rede pública, enquanto aquelas com faixa de escolaridade mais alta (12 anos ou mais) representou 75,4% no financiamento privado. A renda individual e familiar mais baixa ultrapassou 80% na rede pública. A via de parto normal foi quase 90% no SUS (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características sociodemográficas das puérperas em uma maternidade da Zona da Mata mineira, de acordo com a fonte de financiamento, Viçosa, MG, Brasil, 2019

Variáveis	Financiamento Público		Financiamento Privado		p
	n	%	n	%	
<b>Idade</b>					
Adolescentes (14 a 19 anos)	41	95,3	2	4,7	<0,001*
Adultas (> 20 anos)	106	59,9	71	40,1	
<b>Raça</b>					
Branca	35	52,2	32	47,8	0,004*
Não Branca	108	72,5	41	27,5	
<b>Escolaridade</b>					
1 a 8 anos	38	86,4	6	13,6	<0,001*
9 a 11 anos	94	81,7	21	18,3	
12 anos ou mais	15	24,6	46	75,4	
<b>Estado Civil</b>					
Com companheiro	100	63,3	58	36,7	0,076*
Sem companheiro	47	75,8	15	24,2	
<b>Renda individual</b>					
Renda mais baixa	90	81,1	21	18,9	<0,001*
Renda mais alta	57	52,3	52	47,7	
<b>Renda familiar</b>					
Renda mais baixa	90	82,6	19	17,4	<0,001*
Renda mais alta	55	50,5	54	49,5	
<b>Via de parto</b>					
Normal	61	87,1	9	12,9	<0,001*
Cesária	86	57,3	64	42,7	

\*Teste de qui-quadrado:  $p < 0,05$ .

Em relação à assistência ofertada às mulheres no quarto período de trabalho de parto, a maior parte dos recém-nascidos foi para quarto ou alojamento conjunto, as mulheres tiveram a presença do acompanhante, iniciaram a amamentação no quarto e foram monitorizadas quanto à aferição da pressão arterial, cardíaca, respiratória, do fundo de útero e de lóquios. Destaca-se que a avaliação do fundo de útero e a de lóquios foram mais prevalentes nas mulheres financiadas pelo sistema público e com associação significativa. A maioria ficou satisfeita com a via de parto e escolheria a mesma via em uma próxima gestação (Tabela 2)

**Tabela 2** - Prevalência de práticas na assistência obstétrica às puérperas em uma maternidade da Zona da Mata mineira, de acordo com a fonte de financiamento. Viçosa, MG, Brasil, 2019

Variáveis	Financiamento Público		Financiamento Privado		p
	n	%	n	%	
<b>Após o parto para onde o RN foi</b>					
Berçário	11	84,6	2	15,4	
UTIN	8	80,0	2	20,0	0,193*
Para seu quarto	116	63,7	66	36,3	
<b>Local de permanência do RN</b>					
No quarto com você	123	64,1	69	35,9	
Na unidade intermediária	2	66,7	1	33,3	0,065*
UTIN	10	100	0	0	
<b>Presença do acompanhante</b>					
Sim	134	65,7	70	34,3	
Não	1	100	0	0	0,47*
<b>Início da amamentação</b>					
Na sala de parto	22	81,5	5	18,5	
No quarto	102	61,8	63	38,2	0,046*
Não iniciou	11	84,6	2	15,4	
<b>Aferição da pressão arterial</b>					
Não	18	78,3	5	21,7	
Sim	129	65,5	68	34,5	0,218*
<b>Aferição da temperatura</b>					
Não	19	70,4	8	29,6	
Sim	128	66,3	65	33,7	0,676*
<b>Aferição da frequência cardíaca</b>					
Não	19	79,2	5	20,8	
Sim	128	65,3	68	34,7	0,173*
<b>Aferição da frequência respiratória</b>					
Não	52	61,9	32	38,1	
Sim	95	69,9	41	30,1	0,224*
<b>Avaliação do fundo do útero</b>					
Sim	103	76,3	32	23,7	
Não	31	47,0	35	53,0	<0,001*
<b>Avaliação dos lóquios</b>					
Sim	107	74,8	36	25,2	
Não	27	45,0	33	55,0	<0,001*

Variáveis	Financiamento Público		Financiamento Privado		p
	n	%	n	%	
<b>Satisfação como tipo de parto</b>					
Sim	135	65,9	70	34,1	
Não	8	80,0	2	20,0	0,355*
<b>Escolha da mesma via de parto em uma próxima gestação</b>					
Sim	74	62,2	45	37,8	
Não	44	75,9	14	24,1	0,07*

\*Teste de qui-quadrado: p < 0,05.

## DISCUSSÃO

A qualidade da assistência obstétrica é determinante para a morbimortalidade materna, fetal e neonatal. Ela é influenciada por diversos fatores, entre eles as características sociodemográficas. Fatores como idade, raça, escolaridade, estado civil e padrão socioeconômico demonstram que existe uma população mais vulnerável.

Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que mulheres afro-americanas têm razão de mortalidade quatro vezes maior que as americanas. Da mesma maneira, pesquisas no Brasil demonstraram que a razão de mortalidade materna é maior entre mulheres negras. Esse fato pode ser explicado pela maior associação de doenças hipertensivas, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela baixa qualidade da assistência.<sup>9</sup>

Em Maringá, Paraná, as mulheres com parto financiado pelo SUS apresentaram características consideradas menos favoráveis, pois a maior parte das gestantes desse grupo era adolescente, de baixa renda, baixa escolaridade, de etnia preta e parda e realizou menos de sete consultas de pré-natal.<sup>1,10</sup> Esses dados estão em consonância com os encontrados nesta pesquisa: adolescentes, não brancas, de baixa escolaridade e de baixa renda, que foram predominantemente assistidas pelo financiamento público.

Além disso, ao comparar a assistência prestada em três hospitais do SUS, em Minas Gerais, constatou-se um percentual de gravidez na adolescência de 24,7%. Quanto ao nível de escolaridade da clientela, a maioria das mulheres frequentou a escola de 8 a 11 anos, nos três serviços. Em dois deles, as mulheres com situação conjugal estável foram mais atendidas<sup>11</sup>, corroborando os resultados deste estudo.

Dentre os óbitos maternos investigados de 2005 a 2015, a faixa etária variou de 20 a 41 anos. Dos casos notificados, as mulheres negras e pardas representaram 79,41% e as solteiras 72%. No que se refere à educação das mulheres que foram a óbito, 22% possuíam ensino fundamental e 29,41% ensino médio completo. A principal via de parto foi a cesariana, com 33 registros, seguida de 21 partos vaginais, 9 abortos e 22 não declarados.<sup>1</sup>

Em outro estudo, ficou evidente que existe diferença entre as intercorrências durante a gestação e a fonte de financiamento, uma vez que 32,2% (299) das puérperas do financiamento privado relataram que tiveram pelo menos

uma internação, enquanto a maior proporção foi para as que realizaram o parto pelo SUS (57,2%).<sup>10</sup>

Apesar de todos os avanços obtidos com a implantação do SUS, o Brasil ainda enfrenta dificuldades para garantir a integralidade do atendimento e o acesso oportuno da população a determinados tipos de assistência. Ainda existem desafios no financiamento público, como a escassez de médicos e sua má distribuição, sendo o último referente a zonas geográficas brasileiras e entre os níveis de atenção. Essa situação contribui para a manutenção de falhas na assistência à saúde.<sup>12</sup>

Em um trabalho realizado em hospitais mistos (financiamento público e privado) dos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, constatou-se que dos 536 hospitais 362 registraram pelo menos uma morte entre internações financiadas pelo SUS e por plano de saúde. Em apenas 57 hospitais a razão de mortalidade hospitalar padronizada foi menor nos pacientes do SUS do que naqueles de planos, enquanto nos demais hospitais (305) a razão para pacientes do SUS foi superior àquela verificada para pacientes de planos. É possível verificar que dentro das mesmas estruturas físicas há diferenças na assistência prestada aos pacientes do SUS e os do não SUS, o que pode indicar que, mesmo estando fisicamente disponíveis nos hospitais, alguns recursos não se encontram ao alcance de pacientes cuja fonte de pagamento é o SUS.<sup>13</sup> Portanto, esses hospitais mantêm o resultado desfavorável para os pacientes do sistema público, quando comparados com os pacientes do setor privado, o que vai de encontro aos dados encontrados neste estudo.

Os sistemas público e privado revelam diferenças quanto aos fatores associados à realização da via de parto. A alta ocorrência de cesárea no modelo privado (93,8%) é determinada principalmente pelo desejo da mulher por essa via de parto no início da gravidez e a realização de cesárea prévia. Já entre as mulheres atendidas pelo SUS, houve maior número de fatores associados, entre eles a renda familiar per capita maior que um salário mínimo, parto cesárea anterior, sobrepeso ou obesidade pré-gestacional e desejo de parto cesárea no início da gestação.<sup>14</sup>

Sabe-se que o tipo de parto também é um dos fatores que contribuem para a morte materna.<sup>9,14</sup> A cesariana expõe a mulher a alto risco de complicações como hemorragia após o parto e infecção, que podem resultar na sua morte. Apesar disso, a taxa de cesariana no Brasil é aproximadamente de 56%, com variação considerável entre as instituições públicas e privadas.<sup>15</sup> Um estudo apontou que a predominância de parto normal é entre as mulheres assistidas pelo financiamento público, trazendo a elas menor chance de morte relacionada às complicações no parto e no pós-parto. Propõe-se, assim, uma intervenção na saúde suplementar, a fim de aumentar as taxas de parto normal.

O alojamento conjunto é uma forma de o bebê sadio permanecer 24 horas ao lado da mãe, desde o nascimento até a alta. É um ambiente em que a interação entre mãe e filho deve ser incentivada, para que ela ocorra naturalmente, como também possibilita aos pais o recebimento de orientações sobre o cuidado com o filho, estimula a amamentação e favorece o vínculo entre os familiares.<sup>16</sup> No presente estudo,

constatou-se que maioria dos recém-nascidos foi para o quarto da mãe após o nascimento, portanto eles puderam ter contato com a mãe e seus familiares mais precocemente.

Em Araçatuba, estado de São Paulo, a maioria das mulheres internadas em uma maternidade relatou ter recebido um ótimo atendimento no alojamento conjunto e informações do enfermeiro, como cuidados com o coto umbilical, amamentação e a pega correta, o que resulta em benefício à saúde do bebê.<sup>16</sup>

No entanto, constatou-se que, apesar de a maioria dos recém-nascidos avaliados neste estudo terem ficado no quarto com a mãe, 100% dos bebês encaminhados para UTIN eram das mães financiadas pelo sistema público. O mesmo ocorreu em um estudo que avaliou a qualidade da assistência ao parto hospitalar na rede pública da cidade do Recife, pois mais de 30% dos recém-nascidos necessitaram de cuidados hospitalares, devendo ser ressaltado que a maioria deles esteve em UTI nas instituições estaduais (50,4%) e filantrópica (42,9%).<sup>17</sup>

Deve ser ressaltado também que, além das enfermidades, as condições socioeconômicas são, direta ou indiretamente, responsáveis pelo mau desenvolvimento intrauterino do feto, pelo baixo peso ao nascer e pela duração da gravidez. Quando desfavorável, o parto prematuro é frequentemente associado à restrição do crescimento intrauterino e ao baixo peso ao nascer.<sup>18</sup>

Diante disso, denota-se a importância do pré-natal de qualidade e do desenvolvimento de boas práticas para com as mulheres que vivem em condições socioeconômicas precárias e/ou que fazem parte de grupos mais vulneráveis. Em um hospital público de Fortaleza, constatou-se que o maior número de consultas de pré-natal prevaleceu no grupo de mães cujos bebês nasceram sem complicações e que os bebês de mulheres com extremos de idade apresentaram maior frequência de necessidade de UTI neonatal.<sup>18</sup>

A presença do acompanhante no processo de nascimento propicia a humanização da assistência, transmite segurança e conforto à mulher e estimula o vínculo com o seu meio familiar. Mas, apesar dos benefícios, ela não é garantida em algumas maternidades públicas do País, devido a falhas na estrutura física do ambiente e à falta de sensibilização dos profissionais de saúde.<sup>19</sup> A presença do acompanhante no trabalho de parto implicou maior oferta de líquidos ou alimentos à gestante, prescrição de dieta, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor e redução de tricotomia e enema. No parto, proporcionou a adoção de posição não litotômica, o contato pele a pele entre a mãe e o bebê e a redução da manobra de Kristeller.<sup>20</sup>

O acompanhante foi mais predominante no setor público. Compreende-se que o seu apoio intraparto é fundamental e que as mulheres sentem necessidade de estar em contato com alguém da família antes, durante e após o parto, deixando o momento menos estressante para elas.<sup>21</sup>

O início da amamentação deve ocorrer dentro de um período caracterizado como “sensitivo”, e que compreende as duas primeiras horas pós-parto. Esse momento é considerado ideal, pois o recém-nascido se encontra mais sensível a estímulos táteis, térmicos e de odores, e os níveis

de catecolaminas estão elevados, o que contribui para que ele se mantenha ativo e, conseqüentemente, faz com que o início da amamentação ocorra com mais facilidade.<sup>16</sup> Os resultados deste estudo são favoráveis, pois a maioria dos recém-nascidos teve início à amamentação no hospital. Entretanto, a maioria deles não teve acesso à amamentação logo após o nascimento, e sim no quarto ou no alojamento conjunto. Ressalta-se que as mulheres que amamentaram imediatamente após o parto e na sala de parto foram mais prevalentes no SUS.

Um trabalho realizado em hospitais do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro demonstrou que o início tardio da amamentação foi significativamente maior entre mães que não realizaram o pré-natal (79,2%), submetidas à cesariana (70%), que desconheciam o seu status sorológico para o HIV na hora do parto (66,2%) ou que declararam que a equipe do hospital não havia escutado suas dúvidas sobre amamentação (59,2%). Uma em cada quatro mães era adolescente e 31,9% não completaram o ensino fundamental.<sup>22</sup>

O período de pós-parto imediato é delicado, portanto os profissionais devem ter um cuidado específico e criterioso com as mulheres, a fim de evitar hemorragias ou infecções.<sup>15</sup> A avaliação durante esse período começa na primeira hora após o parto e continua até a alta. Essa avaliação inclui mensuração dos sinais vitais, exame físico, nível de dor, contração uterina, inspeção dos lóquios, episiotomia, períneo, eliminação urinária, avaliação emocional, incentivo à amamentação na primeira hora de vida do bebê, contato com a mãe, entre outros. É necessário que o profissional tenha em mente os fatores de risco que podem levar a complicações, como infecção ou hemorragia pós-parto, pois a identificação precoce é fundamental para garantir uma intervenção rápida.<sup>5,7</sup>

Ratifica-se que a maioria das mulheres deste estudo foi monitorizada quanto aos sinais vitais e à avaliação de fundo de útero e de lóquios, contudo essa avaliação foi mais prevalente nas mulheres financiadas pelo sistema público, o que contradiz os estudos que trazem uma realidade da assistência no financiamento público pouco qualificada. Quanto à amamentação, a maior parte dos recém-nascidos teve a amamentação iniciada no quarto, favorecendo, assim, a contração uterina. Depreende-se que esses procedimentos deveriam ser realizados em 100% das puérperas, pois são de baixo custo e de fácil aplicação e requerem apenas um profissional capacitado.

Em outra pesquisa, a alta prevalência de intercorrências na gestação não revelou diferença significativa entre as mulheres que tiveram o parto financiado pelo setor público e as que tiveram o parto pelo setor privado. No entanto, o sangramento vaginal foi em maior proporção naquelas com partos financiados por planos de saúde ou privados.<sup>23</sup>

Sobreleva-se que a hemorragia pós-parto é um problema de saúde pública e aumenta significativamente o custo da saúde em todo o mundo. Além disso, a análise dos fatores de riscos em grupos específicos podem contribuir para o reconhecimento precoce de complicações futuras, sobretudo ao ofertar um cuidado singular, diferenciado e com partos mais seguros para as mulheres e suas famílias.<sup>24</sup>

Portanto, é imprescindível a garantia dos direitos da mulher, como o acolhimento, a presença de acompanhante durante o parto e o pós-parto e o aumento da quantidade de consultas de pré-natal de qualidade, o que contribui para sanar todas as dúvidas das gestantes e a identificação precoce de alterações que podem levar a complicações maternas e infantis, como também proporciona a elas mais conhecimento a respeito das vantagens do parto normal e da amamentação precoce. Além disso, o planejamento reprodutivo é um fator que pode diminuir problemas enfrentados pela classe mais vulnerável, já que uma gravidez indesejada, ou pouco planejada, pode interferir diretamente nas possíveis complicações ao longo da gestação, do parto e do puerpério. Ademais, o aumento dos recursos físicos e humanos, a maior capacitação dos profissionais e a facilidade do acesso a todos os serviços de saúde podem ser considerados como atenuantes dos problemas já discutidos.

## CONCLUSÃO

No presente estudo constatou-se que a assistência obstétrica durante o quarto período após o parto foi satisfatória e de qualidade e que as mulheres financiadas pelo sistema público apresentaram menores chances de ter complicações e morte devido a consequências obstétricas. Ressalta-se que as mulheres consideradas vulneráveis foram mais atendidas pelo setor público, comparado com o privado, implicando um desfecho positivo, uma assistência qualificada e cuidados efetivos, humanizados e científicos a essas mulheres.

Salienta-se que o hospital onde ocorreu o estudo é também usado para do ensino de disciplinas de cursos técnicos e superiores da cidade, principalmente em setores financiados pelo Sistema Único de Saúde. Esse fato pode ser o que torna de qualidade o atendimento a essas mulheres. Portanto, nota-se a importância de estudos que comprovem essa relação da qualidade na assistência e a inserção de estágio no hospital estudado.

Compreende-se que esses resultados são relevantes, pois uma assistência obstétrica de qualidade e adequada a cada período do trabalho de parto reduz a mortalidade materna e infantil, decorrente de complicações ocorridas no período pós-parto. Além disso, a assistência ao pós-parto mais qualificada no setor público revelada neste estudo pode servir de parâmetro para identificar os fatores que impedem essa mesma realidade no setor privado, o que poderá contribuir para que ele também ofereça um atendimento de melhor qualidade.

Espera-se que este estudo proporcione maior conhecimento aos profissionais da saúde sobre a assistência prestada às mulheres no período pós-parto imediato, evitando, assim, a ocorrência de complicações graves que são frequentes após o parto, como a hemorragia pós-parto e as intervenções que podem gerar gastos desnecessários à instituição.

Além disso, ressalta-se a importância do enfermeiro e de outros profissionais estarem ainda mais atentos e preparados para o atendimento às mulheres consideradas

mais vulneráveis, devido à idade, à raça, à escolaridade, ao estado civil e ao padrão de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Martins ACS, Silva LS. Perfil epidemiológico de mortalidade materna. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 26 de junho 2019]; 71(Suppl 1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0624>.
2. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil. *Esc. Anna Nery.* [Internet]. 2017 [cited 2019 jun 26]; 21(1). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/313454094\\_The\\_contribution\\_of\\_nurse\\_midwives\\_to\\_consolidating\\_humanized\\_childbirth\\_in\\_maternity\\_hospitals\\_in\\_Rio\\_de\\_Janeiro-Brazil](https://www.researchgate.net/publication/313454094_The_contribution_of_nurse_midwives_to_consolidating_humanized_childbirth_in_maternity_hospitals_in_Rio_de_Janeiro-Brazil).
3. Gomes GF, Santos APV. Assistência de enfermagem no puerpério. *Rev. Enferm. Contemp.* [Internet]. 2017 [acesso em 26 de junho de 2019]; 6(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>.
4. Ministério da Saúde (BR). 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. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [acesso em 26 de junho de 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf).
5. Rezende J, Montenegro CAB. *Obstetrícia fundamental*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
6. Figueiredo M, Silva R, Oliveira D, Vieira N, Costa D, Davim R. Degree of satisfaction of puerperal women about the quality of care in Rooming-in of a Public Maternity. *Rev. Pesqui.* (Univ. Fed. Estado Rio J., Online) [Internet]. 2015 [cited em 2019 jun 26]; 7(3). Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3719>.
7. World Health Organization (WHO). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf;jsessionid=0C0CFBD0A1F51FE5E8F5661C59D31600?sequence=1>.
8. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet. Gynecol.* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 26]; 131(5). Available from: [https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/05000/ACOG\\_Committee\\_Opinion\\_No\\_\\_736\\_\\_Optimizing.42.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/05000/ACOG_Committee_Opinion_No__736__Optimizing.42.aspx).
9. Dias JMG, Oliveira APS, Cipolotti R, Monteiro KKSM, Pereira RO. Mortalidade materna. *Rev. méd. Minas Gerais.* [Internet]. 2015 [acesso em 26 de junho de 2019]; 25(2). Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>.
10. Falavina LP, Oliveira RR, Melo EC, Varela PLR, Mathias TAF. Hospitalização durante a gravidez segundo financiamento do parto: um estudo de base populacional. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2018 [acesso em 26 de junho de 2019]; 52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017032403317>.
11. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2011 [acesso em 26 de junho de 2019]; 27(9). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>.
12. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, Dussault G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 26 de junho de 2019]; 22(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.
13. Machado JP, Martins M, Leite IC. Variação do desempenho hospitalar segundo fontes de pagamento nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2016 [acesso em 26 de junho de 2019]; 32(7). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114615>.
14. Oliveira R, Melo E, Novaes E, Ferracioli P, Mathias T. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2016 [cited 2019 jun 26]; 50(5). Available from: <http://www.revistas.usp.br/reusup/article/view/147750>.
15. Figueiredo JV, Fialho AVM, Mendonça GMM, Rodrigues DP, Silva LF. Pain in the immediate puerperium: nursing care contribution. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 26]; 71(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0345>.
16. Mercado NG, Souza GDS, Silva MMJ, Anseloni MG. Nursing care and guidelines for puerperae in rooming-in. *Rev. enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2017 [cited 2019 jun 26]; 11(9). Available from: [www.researchgate.net/publication/320021637\\_NURSING\\_CARE\\_AND\\_GUIDELINES\\_FOR\\_PUERPERAE\\_IN\\_ROOMING-IN](https://www.researchgate.net/publication/320021637_NURSING_CARE_AND_GUIDELINES_FOR_PUERPERAE_IN_ROOMING-IN).
17. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2017 [acesso em 26 de junho de 2019]; 33(12). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00175116>.
18. Costa ALRR, Araujo JE, Lima JWO, Costa FS. Maternal risk factors associated with the necessity of neonatal intensive care unit. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 26]; 36(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000100007>.
19. Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2016 [acesso em 26 de junho de 2019]; 25(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>.
20. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, D'Orsi E. Nascir no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Rev. Saúde Pública.* [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 26]; 52(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258>.
21. Gaíva MAM, Palmeira EWM, Mufato LF. Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. *Esc. Anna Nery.* 2017 [cited 2019 jun 26]; 21(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0018>.
22. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. *Cad. Saúde Pública.* [Internet]. 2015 [acesso em 26 de junho de 2019]; 31(11). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00123114>.
23. Varela PLR, Oliveira RR, Melo EM, Mathias TAF. Pregnancy complications in Brazilian puerperal women treated in the public and private health systems. *Rev. Lat. Am. Enfermagem.* [Internet]. 2017 [cited 2019 jun 26]; 25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2156.2949>.
24. Vilchez G, Patel N, Maulik D. Postpartum haemorrhage refractory to uterotonics. *BJOG.* [Internet]. 2020. [cited 2020 feb 19]; 127. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/action/showCitFormats?doi=10.1111%2F1471-0528.16077>.

Recebido em: 07/10/2020

Revisões requeridas: 01/02/2021

Aprovado em: 08/04/2021

Publicado em: 00/00/2021

**Autora correspondente**

**Carlise Rigon Dalla Nora**

**Endereço:** Rua São Manoel, 963, Rio Branco

**Porto Alegre/RS, Brasil**

**CEP: 90.620-110**

**Email: carlise.nora@ufrgs.br**

**Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.**