



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

NAYARA RODRIGUES GOMES DE OLIVEIRA

---

**ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM DUAS MATERNIDADES  
PÚBLICAS: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE.**

---

GOIÂNIA  
2016

NAYARA RODRIGUES GOMES DE OLIVEIRA

---

**ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM DUAS MATERNIDADES  
PÚBLICAS: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS E PROFISSIONAIS  
DE SAÚDE.**

---

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

GOIÂNIA  
2016

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autora, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**     Dissertação     Tese

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Autor (a):	Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira		
E-mail:	<a href="mailto:nanargomes@hotmail.com">nanargomes@hotmail.com</a>		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Vínculo empregatício do autor:	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes		
Agência de fomento:	FAPEG	Sigla:	
País:	UF: GO	CNPJ:	
Título:	Assistência ao parto normal em duas maternidades públicas: percepção de puérperas e profissionais de saúde.		
Palavras-chave:	assistência, trabalho de parto, percepção, profissionais de saúde, puérperas		
Título em inglês:	Normal birth care in two public hospitals: the perception of mothers and health professionals.		
Palavras-chave em inglês:	assistance, labor, perception, health professionals, mothers		
Área de concentração:	Dinâmica do Processo Saúde-Doença		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	24/03/2016		
Programa de Pós-Graduação:	Ciências da Saúde		
Orientador (a):	Waldemar Naves do Amaral		
E-mail:	<a href="mailto:nanargomes@hotmail.com">nanargomes@hotmail.com</a>		

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM             NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação. O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2016

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) autor (a)

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
GPT/BC/UFG**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

**BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluna: Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Waldemar Naves do Amaral

Co-Orientadora: Prof. Thaís Rocha Assis

Membros:

1. Dr. Waldemar Naves do Amaral (presidente)
2. Dr. Eduardo Camelo de Castro (1º membro)
3. Dra. Glauceire Marquez Franco (2º membro)

---

**Data: 24/03/2016**

---

Dedico este trabalho ao meu esposo André,  
meu filho Davi, meus pais Sirlei e Robson,  
meu irmão Robson Filho, minha avó Divina.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por todas as graças alcançadas, por Seu infinito amor, por reger minha vida.

Ao meu esposo André por todo o amor, paciência e companheirismo, por estar sempre ao meu lado em todos os momentos da minha vida.

Ao meu filho Davi, que foi concebido durante essa trajetória e hoje é responsável por renovar minhas forças e por todas as minhas alegrias.

Meu irmão Robson Filho que sempre acreditou no meu potencial que sempre me ajudou e vibrou com todas as minhas conquistas.

Meus pais, por todo carinho, em especial minha mãe por toda a dedicação, por sempre acreditar em mim e estar ao meu lado.

A minha avó Divina, mesmo com sua simplicidade sempre me ensinou muito e por toda sua dedicação e amor.

A minha família e meus amigos por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu orientador Dr. Waldemar Naves por sua disponibilidade. A minha co-orientadora Thaís Rocha, por toda paciência, por estar sempre disponível a me ajudar.

As alunas da LAFISAM da PUC-Go, Juliângela, Thalita, Jéssica, Rafaela, pelo interesse e disposição, pela ajuda fundamental na coleta de dados da minha pesquisa.

A Leilane e a Patrícia funcionárias da Maternidade Dona Íris, por toda a ajuda e competência.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS E FIGURAS .....</b>	<b>x</b>
<b>LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>xi</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xiii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1 A assistência humanizada no pré-natal .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2 Assistência humanizada ao parto.....</b>	<b>4</b>
<b>2.3 Práticas recomendadas pela OMS .....</b>	<b>5</b>
2.3.1 Dieta oral livre .....	6
2.3.2 Presença do acompanhante.....	7
2.3.3 Métodos não farmacológicos para o alívio da dor.....	8
2.3.3.1 Banho de imersão .....	8
2.3.3.2 Massagem .....	9
2.3.4 Liberdade de posição e movimento .....	9
2.3.5 Estímulos a posições não supinas.....	10
2.3.6 Enema .....	11
2.3.7 Tricotomia .....	11
2.3.8 Infusão venosa de rotina.....	12
2.3.9 Uso de ocitocina .....	12
2.3.10 Amniotomia.....	13
2.4.11 Analgesia .....	13
2.3.12 Episiotomia.....	14
<b>2.4 Assistência ao trabalho de parto .....</b>	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>15</b>
<b>4 PUBLICAÇÕES .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Artigo 1 .....</b>	<b>16</b>
<b>4.2 Artigo 2 .....</b>	<b>28</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>40</b>

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>40</b>

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

### ARTIGO 1

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica das puérperas entrevistadas nas duas maternidades.....	20
Tabela 2 - Práticas recomendadas pela OMS aplicadas em cada maternidade .....	21
Tabela 3 - Práticas consideradas ineficazes ou utilizadas de forma inadequada pela OMS....	22
Tabela 4 - opinião das puérperas sobre a satisfação do serviço e do atendimento recebido em cada maternidade .....	23

### ARTIGO 2

Tabela 1 – Características dos profissionais em cada maternidade.....	32
Tabela 2 - Conhecimento sobre as políticas de Humanização .....	33
Tabela 3 – Práticas recomendadas pela OMS nas duas maternidades .....	33
Tabela 4 - Práticas consideradas ineficazes ou que devem ser utilizadas com cautela segundo a OMS.....	34

## **LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS**

PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da saúde
EVA	Escala Visual Analógica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESUMO

**Objetivos:** Esta pesquisa consiste em dois artigos científicos, sendo que o primeiro teve como objetivos verificar quais as práticas recomendadas pelo OMS para a assistência ao parto e nascimento estão sendo aplicadas em duas maternidades de referência (maternidade 1 e maternidade 2) e averiguar a percepção das puérperas quanto à satisfação do serviço e atendimento recebidos. Já o segundo teve como objetivos, avaliar a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no processo do trabalho de parto quanto à humanização e assistência ao parto, e comparar as duas maternidades quanto utilização das rotinas e práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a assistência ao parto normal.

**Material e Método:** Para atingir esses objetivos fez-se um estudo analítico, comparativo com abordagem quantitativa em duas maternidades públicas da cidade de Goiânia. Foram aplicados questionários baseados no estudo de Boaretto, Ribeiro, Pinto (2003), que avaliou a percepção dos dirigentes e clientela quanto à política de humanização ao parto e nascimento. A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2015. Participaram do primeiro estudo 170 mulheres que estavam no pós-parto imediato (puérperas) aguardando alta hospitalar nas duas maternidades, sendo que participaram um total de 84 puérperas na maternidade 1 e de 86 puérperas na maternidade 2. Já no segundo estudo participaram 86 profissionais que atuavam na assistência ao trabalho de parto imediato nas duas maternidades, sendo que 43 profissionais eram da maternidade 1 e 43 da maternidade 2. A análise dos dados foi realizada através dos testes, Qui Quadrado e Teste exato de Fisher.

**Resultados:** Observou-se que as práticas recomendadas pela OMS durante o trabalho de parto foram predominantes na maternidade 2 enquanto que na maternidade 1 algumas práticas não estão sendo aplicadas. O incentivo do uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor foi predominante nas duas maternidades. Quanto à satisfação das puérperas quanto ao atendimento prestado, a maioria das entrevistadas disse que estava satisfeita com o atendimento.

**Conclusão:** Observou-se que com relação às boas práticas recomendadas pela OMS, a maioria dos profissionais da maternidade 2 afirmou que as realiza, enquanto que na maternidade 1, apesar de muitas dessas estarem presentes, ainda há muitas intervenções desnecessárias.

**Palavras-chave:** assistência, trabalho de parto, percepção, profissionais de saúde, puérpera

## ABSTRACT

**Objectives:** This research consists of two papers, the first of which aimed to verify that the practices recommended by the WHO for assistance to labor and birth are being applied in two reference hospitals (maternity 1 and maternity 2) and ascertain the perception of mothers in meeting the service and received service. The second aimed to assess the perception of health professionals involved in the process of labor as the humanization and delivery care, and compare the two hospitals as use of routines and practices recommended by the World Health Organization (WHO) the normal birth care. **Materials and Methods:** To achieve these goals has an analytical comparative study with a quantitative approach in two public hospitals in the city of Goiania. Questionnaires were applied based on the study of Boaretto, Ribeiro, Pinto (2003), which assessed the perception of managers and customers about the humanization policy in labor and birth. Data collection was conducted from May to October 2015. participated in the first study 170 women who were in the immediate postpartum (puerperal) awaiting discharge at the two hospitals, and participated in a total of 84 mothers in maternity 1 and 1 86 mothers in maternity 2. in the second study participated 86 professionals working in assistance to the immediate labor in the two hospitals, and 43 professionals were maternity 1 and 43 maternity 2. data analysis was performed using the test , Chi square and Fisher's exact test. **Results:** It was observed that the WHO best practices during labor were prevalent in maternity 2 while on maternity 1 some practices are not being applied. Encouraging the use of non-pharmacological methods of pain relief was predominant in the two hospitals. As for the satisfaction of mothers on the care provided, most of the interviewees said that it was satisfied with the service. **Conclusion:** It was observed that with regard to best practices recommended by the WHO, most maternity professionals 2 said that performs while on maternity 1, although many of these are present, there are still many unnecessary interventions.

**Keywords:** assistance, labor, perception, health professionals, puerperal.

# 1 INTRODUÇÃO

---

A partir de meados do século XX, a assistência ao parto tem sido modificada, principalmente, no que diz respeito à conduta dos profissionais envolvidos nesse processo (BESSA e MAMEDE, 2010; SANTOS *et al*, 2012). Em meados de 1940, houve no Brasil a institucionalização do parto. O novo modelo de atenção à mulher priorizou as particularidades da saúde feminina. Com essa institucionalização, novos atores apareceram nesse cenário, como, por exemplo, o profissional médico (SANTOS *et al*, 2012).

Para a melhoria da assistência obstétrica nasceu então a cesariana, e ao longo dos anos tem-se aprimorado com a tecnologia, novas técnicas cirúrgicas, anestesia, analgesia, medicamentos, etc. Dentro deste contexto, o avanço tecnológico na Obstetrícia introduziu os exames complementares, novos equipamentos que permitem monitorar e prevenir riscos na assistência materno-infantil. Tais procedimentos diminuíram o índice de morbimortalidade materno e neonatal principalmente em casos de emergências obstétricas. No entanto, houve um alto índice de cesarianas eletivas, elevando assim a morbidade e os custos, fazendo com que a solução se tornasse um problema (WEIDLE *et al*, 2014; BIO, BITTAR e ZUGAIB, 2006).

Com isso, no ano de 1980 no Brasil e no Mundo, os agravos relacionados ao processo parturitivo tornam-se insustentáveis. Problemas como a estrutura física, assistência ao pré-natal precários, falta de vagas em hospitais passam a serem criticados. Além disso, começa a combater doenças como a sífilis, AIDS, anemia, hipertensão gestacional, dentre outros. Sendo assim, surgiu um movimento organizado com o intuito de priorizar a qualidade da assistência à parturiente. Um novo conceito de assistência à mulher foi criado pelo movimento de mulheres e profissionais de saúde relatadas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no ano de 1983. Este programa preconizava a integralidade e a autonomia corporal feminina (MONTE e RODRIGUES, 2013; SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004).

Diante disso a OMS criou uma série de práticas e recomendações relacionadas à assistência obstétrica baseada em evidências voltada para a atenção a mãe e a criança saudáveis com o mínimo de intervenções possíveis prevenindo a mortalidade materna e neonatal (OMS, 1996).

No Brasil, uma das ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e para redução da mortalidade materna e perinatal foi a Portaria/GM nº569, de 1/6/2000, sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), publicada pelo

Ministério da Saúde. As ações preconizadas promovem a humanização dos cuidados as mulheres na gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2000).

A criação de programas e elaboração de manuais técnicos e educativos, tem-se mostrados irrelevantes para reverter o modelo intervencionista de assistência obstétrica no Brasil, sendo um dos países com maior taxa de cesárea do mundo (LEAL *et al*, 2014).

Nas últimas décadas houve um aumento da incidência de cesáreas no Brasil, principalmente as com indicação precoce. A taxa de cesariana está associada a diversos fatores como, gestação de alto risco, fatores culturais, sociais entre outros. A OMS recomenda que o índice ideal de cesarianas seja de 15% dos partos realizados, sendo que no Brasil a cesariana é realizada em 52% dos partos e esse índice chega a 84% na rede particular. Em Goiás esse índice chega a 71% dos partos (DATASUS, 2013; WEIDLE *et al*, 2014). Dentre as causas estão à precariedade do sistema de saúde e a questão cultural o qual a cesariana é superior ao parto normal para uma parcela considerável da população (SOUZA e CASTRO, 2014).

A indicação real de cesárea traz inúmeras vantagens, no entanto sua indicação indiscriminada pode trazer riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, como o aumento do risco de hemorragia pós-parto, mortalidade e ruptura uterina em gestações posteriores. Para o recém-nascido aumenta a necessidade de UTI neonatal (WEIDLE *et al*, 2014).

Atualmente, o parto cesárea está se tornando um problema de saúde pública devido aos possíveis riscos com indicações desnecessárias em partos sem intercorrência. Portanto, tem-se discutido as causas da elevada taxa de cesarianas e diversas questões foram levantadas como o desejo das mulheres em realizar parto cesáreo e a conveniência desse tipo de parto para o sistema de saúde. (WEIDLE *et al*, 2014; LOPES *et al*, 2014).

Diante do pressuposto, a presente dissertação teve como proposta discutir sobre a assistência ao parto e os conceitos de humanização e as práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde quanto à assistência ao parto normal. Além disso, realizou-se uma pesquisa, a qual foi aplicado questionários validados cientificamente em duas maternidades na cidade de Goiânia, tanto para profissionais quanto para as pacientes para verificar se essas recomendações da OMS estão sendo realizadas e verificar a satisfação das usuárias quanto ao serviço prestado.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

---

### 2.1 A assistência humanizada no pré-natal

A assistência à mulher durante a gravidez e o parto é uma das atividades mais antigas nos serviços de saúde e a qualidade dessa assistência é um importante fator para a melhora dos indicadores de saúde materno - infantil. No Brasil, a assistência à mulher na gestação e parto ainda é um desafio, principalmente no que se refere à qualidade e os princípios do cuidar (SERRUYA, CECATTI e LAGO, 2004).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) a assistência adequada ao parto normal constitui uma série de práticas que respeitam a dinâmica e o processo fisiológico de cada nascimento, sendo que se deve ter o mínimo de intervenções possíveis. Já o Ministério da saúde conceitua a humanização como a relação de respeito estabelecida entre o profissional e a parturiente no decorrer de todo o processo do parto (OMS, 1996; BRASIL, 2000).

Segundo a OMS, a assistência ao parto normal tem início no pré-natal, no qual a gestante recebe orientações sobre a gestação, o parto e o puerpério. Com o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), o Ministério da Saúde tinha como meta melhorar o atendimento às gestantes na rede pública, visando diminuir o índice de mortalidade materna e perinatal (ANDREUCCI e CECATTI, 2011; CARVALHO E ARAÚJO, 2007).

A assistência pré-natal auxilia na detecção de doenças específicas da gestação, contribuindo assim para um melhor desfecho do ciclo gravídico-puerperal, além de controlar possíveis fatores de risco que levem a complicações maternas e neonatais. No Brasil, nos últimos anos notou-se uma maior adesão das gestantes à assistência pré-natal. Menos de 2% das gestantes no ano de 2009 não tiveram acesso a nenhuma consulta pré-natal (DOMINGUES *et al*, 2012).

É extremamente importante para a humanização do parto um acompanhamento adequado da gestante para o momento do nascimento, sendo este iniciado precocemente durante o pré-natal. A preparação para o parto envolve um acolhimento à mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações sobre a gestação, onde o parto deverá ocorrer, melhora do condicionamento físico e psíquico da mulher, apresentando-lhe a maternidade e suas instalações físicas, os procedimentos de rotina, o pessoal entre outros (BRASIL, 2001).

Segundo Domingues *et al* (2012), as informações recebidas sobre o parto durante o pré-natal ainda eram bastante restritas. As informações mais recebidas foram sobre a importância dos documentos para levar para maternidade, seguida de informações sobre os sinais do início do trabalho de parto e o direito ao acompanhante durante o parto.

No entanto no estudo de Cabral, Hirt e Sand (2012) observou-se uma fragilidade do atendimento pré-natal principalmente no que tange a humanização da assistência, uma vez que houve falha no acolhimento e no vínculo.

A humanização e qualificação da atenção pré-natal e puerpério são essenciais para garantir uma melhora na saúde materna e neonatal. Com isso, se faz necessário construir uma visão holística do paciente, considerando assim o ambiente socioeconômico e cultural dele e principalmente estabelecer uma relação profissional de saúde – paciente, respeitando seus direitos e individualidades (VIGGIANO, MOREIRA e AMARAL, 2013).

Além disso, a assistência ao pré-natal deve ser de qualidade, o qual a gestante recebe todas as informações necessárias para que ela tenha autonomia e participe de forma ativa do seu parto e da maternidade. Sendo assim, os grupos de gestantes são ferramentas importantes para promover um atendimento integralizado, voltado às principais necessidades da mulher grávida, seu companheiro e todas as pessoas envolvidas (HOGA e REBERTE, 2007).

O grupo de apoio aborda tanto os aspectos psicológicos quanto físicos, transmitindo assim as informações necessárias como mudanças na gestação, aspectos afetivos relacionados ao estado gravídico, cuidados com o recém-nascido, importância do preparo corporal durante a gravidez e exercícios que contribuirão para o trabalho de parto. Nos grupos de apoio pode haver troca de informações e experiências que ajudaram a gestante a ter um autocontrole e melhor compreensão do processo da gestação (HOGA e REBERTE, 2007; BRASIL, 2001; STRASSBURGER e DREHER, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda para a assistência humanizada à mulher, a inclusão da criação de grupos de apoio para o atendimento das mulheres interessadas, seus parceiros e familiares durante a gravidez (BRASIL, 2001).

## **2.2 Assistência humanizada ao parto**

A humanização da assistência é de extrema importância para tornar o parto um momento único para a parturiente. A qualidade do cuidado necessita de saber ouvir, acolher, explicar tudo o que está acontecendo. O PHPN preconiza a redução de intervenções

desnecessárias, garantindo privacidade, autonomia, e o respeito à parturiente. Sendo assim, a humanização implica em oferecer atendimento de qualidade associando os avanços tecnológicos ao acolhimento, com a melhoria do ambiente e do cuidado (BRASIL, 2000).

Segundo Carraro *et al* (2006), o cuidado e o conforto são essenciais para o trabalho de parto. Uma experiência positiva de parto não está necessariamente ligado ao alívio total da dor. No entanto, se a parturiente sentir-se confortável e cuidada este processo poderá ser amenizado, uma vez que as mulheres não temem apenas a dor do parto, mas também o ambiente e os cuidados que receberão dos profissionais envolvidos.

A humanização da assistência faz com que a mulher se torne mais confiante e segura durante o processo do trabalho de parto além dos cuidados com bebê. Para a maioria das mulheres é transformador esse momento e conseqüentemente traz um novo papel na sociedade (SILVA, BARBIERI e FUSTNONI, 2011).

Vários estudos relatam que a assistência humanizada traz inúmeros benefícios físicos e psicológicos para a mulher, e como consequência modifica o conceito social sobre o Parto (SILVA, BARBIERI e FUSTNONI, 2011).

A experiência do parto deixa marcas na vida da mulher, e essas podem ser positivas ou negativas, como o receio de engravidar novamente ou até mesmo a depressão (SILVA, BARBIERI, FUSTNONI, 2011).

### **2.3 Práticas recomendadas pela OMS**

Segundo a OMS (1996) a definição de parto normal é, início espontâneo com baixo risco no início do trabalho de parto e durante todo processo até o nascimento. Além disso, o bebê pode nascer espontaneamente, em posição cefálica, com idade gestacional entre 37 e 42 semanas. Após o nascimento a mãe o filho tem boas condições. Com isso, no início do trabalho de parto 70 a 80% de todas as gestantes podem ser consideradas de baixo risco. Diante disso, OMS publicou em um guia prático as recomendações quanto à assistência ao parto normal nos serviços de saúde. Com isso essas rotinas foram classificadas em quatro categorias (OMS, 1996).

A categoria “A” enumera vinte e duas práticas consideradas úteis e que devem ser estimuladas na assistência obstétrica, dentre elas estão, plano individual de parto, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto, respeito ao direito à privacidade no local do parto, respeito à

escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto, fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem, monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, estímulos de posições não-supinas durante o trabalho de parto (OMS, 1996).

Na categoria B estão descritas quinze práticas claramente prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas. Dentre elas estão; o uso rotineiro de enema, tricotomia, infusão intravenosa de rotina, uso rotineiro da posição supina, exame retal, administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, uso rotineiro da posição de litotomia, esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto (OMS, 1996).

Na categoria C estão descritas oito práticas nas quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão. Dentre elas estão; amniotomia, pressão de fundo uterino durante o trabalho de parto, manipulação ativa do feto no momento do parto (OMS, 1996).

Por último na categoria D estão descritas quatorze práticas que frequentemente são utilizadas de modo inadequado. Dentre elas estão; controle da dor por agentes sistêmicos, controle da dor por analgesia peridural, monitoramento eletrônico fetal, correção da dinâmica com a utilização de ocitocina, uso liberal e rotineiro de episiotomia, parto operatório (OMS, 1996).

Dentre as recomendações feitas pela OMS estão:

### 2.3.1 Dieta oral livre

É bastante comum à prática de se proibir a ingestão de alimentos no trabalho de parto, isso se deve a o risco de aspiração do conteúdo gástrico. No entanto, há evidências que o risco de aspiração está relacionado a anestesia geral no parto, sendo que esse tipo de anestesia tem sido pouco utilizado. Sendo assim, há a necessidade de manter uma hidratação e um suporte calórico adequado à mulher durante o processo parturitivo. Além de oferecer bem estar e conforto, não aumentando o risco de complicações (BRASIL, 2014; WEI, GUALDA e JUNIOR, 2011)

Segundo Wei, Gualda e Junior (2011) a melhora do condicionamento físico da mulher tanto no parto quanto no pós parto estão relacionada a ingestão de alimento durante o

processo. Neste estudo observa-se ainda que aceitação de líquidos foi unânime, sendo que as que aceitaram algum tipo de alimento relataram terem mais força durante o trabalho de parto.

### 2.3.2 Presença do acompanhante

Outro fator importante na humanização da assistência ao parto é a presença do acompanhante. O Ministério da Saúde reconhece que a presença do acompanhante traz benefícios, uma vez que a gestante acompanhada no parto e puerpério imediato ficam mais calmas e se sentem seguras durante o processo, levando a uma diminuição do tempo de trabalho de parto e do número de cesáreas. A Lei n. 11.108, de abril de 2005, recomenda que as instituições de saúde incluam o acompanhante no período do trabalho de parto e puerpério imediato. Essa Lei busca garantir que todas as parturientes tenham direito a uma pessoa de sua escolha para confortá-la e encorajá-la durante o processo de nascimento de seu filho (BRASIL, 2005).

O apoio físico e emocional pode ser oferecido a mulher tanto pelo seu acompanhante (mãe, marido, familiar...) ou por um acompanhante especializado chamado de “doula”, além dos profissionais envolvidos na assistência (técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos e fisioterapeutas) (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde a Doula é definida como uma acompanhante treinada que, além do suporte emocional fornece informações à parturiente sobre todo o acontecimento do trabalho de parto e nascimento, esclarecendo-as quanto às intervenções e procedimentos, para que a mulher possa participar ativamente das decisões acerca das condutas a serem tomadas (BRASIL, 2001).

A presença das doulas proporciona uma série de benefícios para as parturientes. Em uma metanálise envolvendo estudos randomizados com um total de 15.061 mulheres observou-se que aquelas que tiveram o suporte contínuo das doulas tiveram maior incidência de parto vaginal espontâneo (HODNETT *et al*, 2012). No entanto, ainda existe resistência por parte dos profissionais, uma vez que aumenta o número de acompanhantes para assistir dar suporte durante o processo do trabalho de parto (BRASIL 2014; SILVA, BARBIERI e FUSTINONI, 2011).

Em um estudo feito por Nagahama e Santiago (2008) em duas maternidades, foi relatada pelas mulheres uma resistência por parte da equipe de saúde em aceitar a presença da figura masculina como acompanhante da parturiente. Dessa forma, observou-se que os

profissionais de saúde possuem receios quanto à presença de acompanhante no contexto do nascimento, fazendo-se necessário a preparação previamente da equipe de saúde.

Em outro estudo feito por Bruggemann, Osis e Parpinelli (2007), encontrou-se uma rejeição inicial por parte dos profissionais de saúde quanto à presença do acompanhante, porém após a vivência, estes profissionais mostraram uma superação das expectativas negativas.

Portanto, mesmos que a presença do acompanhante seja amparada legalmente, ainda encontra-se em construção e envolve diversos aspectos como, por exemplo, a falta de estrutura física, o despreparo e qualificação da equipe e a falta de informação ou submissão da mulher diante dos seus direitos (SOUZA, GAÍVA e MODES, 2011).

### 2.3.3 Métodos não farmacológicos para o alívio da dor

A OMS recomenda o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, uma vez que trazem muitos benefícios para a maioria das mulheres. Além disso, a não utilização da analgesia farmacológica permite à parturiente mais controle sobre o processo do parto. Orientações à parturiente para deambular, banhos de chuveiro, exercícios na bola, dentre outros, ajudam no conforto durante o parto (CARRARO *et al*, 2006; OMS, 1996).

O incentivo de práticas de ações não farmacológicas para o alívio da dor como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada, comandos verbais, relaxamento, banhos de imersão em banheiras ou chuveiros, massagens, Eletroestimulação Transcutânea (TENS) e uso da bola favorecem a autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu companheiro durante todo o trabalho de parto (VIGGIANO, MOREIRA, AMARAL, 2013).

Apesar da utilização dos métodos não farmacológicos serem bastante recomendados, na prática obstétrica atual isso ainda não faz parte da rotina da maioria dos serviços (GALLO *et al*, 2013).

#### 2.3.3.1 Banho de imersão

Os estudos sobre o banho de imersão associados ou não com outros recursos tiveram resultados satisfatório quanto à redução do nível de dor, porém não avaliaram a duração do trabalho de parto (BARBIERI *et al*, 2013; DAVIM *et al*, 2008; GAYESKI e

BRUGGEMANN, 2010; SANTANA *et al*, 2013). No estudo de Davim *et al* (2008) ao comparar as médias de intensidade da dor “antes e depois” da aplicação do banho de chuveiro, nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, observou-se uma diferença significativa nos dois momentos da fase ativa do trabalho de parto.

Corroborando com Santana *et al*, (2013) onde as parturientes receberam o banho de chuveiro por 30 minutos e verificou-se através da escala visual analógica (EVA) uma diminuição da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto (4-5 cm de dilatação). Já no estudo de Barbieri *et al*, (2013) com 15 puérperas, foi realizado exercícios perineais na bola associado ao banho de aspersão. Quando avaliados isoladamente não houve melhora na diminuição da dor, porém quando associados houve diminuição significativa da dor.

Segundo Gayeski e Bruggemann (2010), em sua revisão sistemática, observou-se que o banho de imersão quando iniciado com uma dilatação menor ou igual a 3cm pode aumentar o período do trabalho de parto.

#### 2.3.3.2 Massagem

A massagem é um dos meios mais naturais e instintivos para alívio da dor, uma vez que reduz a ansiedade e o estresse, promove o relaxamento muscular, traz benefícios emocionais, além de ação sedativa e analgésica (CANESIN e AMARAL, 2010).

A massagem na região lombo-sacra durante a contração uterina a partir da estimulação mecânica nos tecidos produz os efeitos fisiológicos, mecânicos e psicológicos e traz uma sensação de bem-estar a parturiente (CANESIN e AMARAL, 2010).

No estudo de Gallo *et al* (2013) com 46 parturientes ao utilizar a massagem durante o trabalho de parto com dilatação de 4-5 cm, observou-se uma redução significativa na intensidade da dor, porém não houve mudanças nas suas características e localização.

Segundo Miguelutti *et al* (2009) em seu estudo avaliou 107 parturientes quanto ao uso da massagem durante o trabalho de parto, observou-se que este recurso auxiliou no alívio da dor, além de ter melhorado o conforto e satisfação das parturientes.

#### 2.3.4 Liberdade de posição e movimento

Alguns estudos observaram que a orientação a postura e a mobilidade adequada à parturiente influenciam positivamente na fase ativa do trabalho de parto; aumentando a

tolerância à dor, diminuindo o uso de fármacos durante o todo o processo, maior evolução da dilatação, diminuindo assim a duração da fase ativa (BIO, BITTAR e ZAGAIB, 2006; CANESIN e AMARAL, 2010; MIGUELUTTI *et al*, 2009).

Na fase ativa do trabalho de parto, as posturas verticais e a mobilidade da parturiente podem ser orientadas pelo fisioterapeuta no sentido de ampliar os diâmetros do estreito superior, através de pequenos movimentos das articulações lombo-sacra, sacro-ilíaca, coxo-femorais e sínfise púbica (BIO, BITTAR e ZUGAIB, 2006).

Outras posturas também podem ser estimuladas e orientadas pelo fisioterapeuta, como; posturas ajoelhadas, semi-ajoelhadas, sentadas, quatro apoios, inclinação do corpo para frente, cócoras. A bola suíça também pode ser utilizada a fim de promover maior percepção da contração e relaxamento do assoalho pélvico, em especial os músculos levantadores do ânus, pubococcígeos e a fáscia da pelve. Além disso, promove maior mobilidade pélvica conseqüentemente auxilia na descida da apresentação fetal no canal de parto e garante maior conforto da parturiente (SILVA, BARBIERI e FUSTINONI, 2011).

### 2.3.5 Estímulos a posições não supinas

Quanto à adoção de posturas verticais, alguns estudos relatam que a adoção dessas posturas e movimentação da parturiente são superiores a outras posturas. Além disso, nas posturas verticais o efeito da gravidade age em conjunto com a direção das contrações uterinas, tornando-as mais eficazes. Além dessas não terem efeitos compressivos sobre a veia cava inferior e sobre a aorta, ao contrário da posição supina, sendo assim, facilita o fluxo sanguíneo, melhora a ventilação pulmonar, melhoram e ampliam as dimensões pélvicas, melhorando assim a dor das contrações e diminuindo o tempo de trabalho de parto (GAYESKI e BRUGGEMANN, 2010).

A posição vertical gera menos irregularidade na contração uterina tanto no ritmo quanto na forma, conseqüentemente melhora o aporte sanguíneo do útero, assegurando assim o intercâmbio materno-fetal, e faz com que diminua o risco de sofrimento fetal, mesmo em um período expulsivo prolongado (BIO, BITTAR e ZUGAIB, 2006).

Em um estudo feito por Bio, Bittar e Zugaib (2006) com 132 parturientes divididas em dois grupos, notou-se que as mulheres acompanhadas por fisioterapeuta e orientadas a posições verticais e movimentações pélvicas, conseguiram evoluir em trabalho de parto sem uso de fármacos, tiveram uma progressão de trabalho de parto menor do que as pacientes que

não tiveram orientações. Sendo assim, concluiu-se nesta pesquisa que a ação na estrutura osteomuscular facilitou a progressão do trabalho de parto, a movimentação pélvica promoveu a evolução da dilatação e o uso consciente do corpo favoreceu o parto vaginal.

No estudo de Santos *et al* (2012) observou-se que as parturientes mesmo com o desconforto das contrações e o cansaço físico, a adoção de posturas verticais e deambularem notaram que houve uma diminuição desse desconforto.

### 2.3.6 Enema

O enema ou lavagem intestinal ainda é rotina em muitas maternidades, afirmando ter benefícios de acelerar o trabalho de parto, reduzir o índice de infecção materna e neonatal por contaminar o períneo. Segundo a OMS, muitos profissionais acreditam que o enema estimula a contração uterina, além disso, o esvaziamento do intestino estimula a descida do bebê. No entanto a realização do enema não interfere na duração do trabalho de parto. Porém essa prática é invasiva e apresenta riscos de lesões intestinais. Com isso é importante que a mulher seja informada sobre o procedimento, seus riscos e benefícios para que ele seja realizado com o seu consentimento (OMS, 1996; BRASIL, 2014; VIGGIANO, MOREIRA e AMARAL, 2014).

Em uma meta-análise, observou-se que não houve diferenças entre as taxas de infecções puerperal, bem como a contratilidade uterina e a duração do trabalho de parto com a utilização do enema. Além de aumentar os custos da assistência ao parto.

Em meta-análises, os revisores concluíram que não há evidências suficientes para recomendar essas práticas de forma rotineira. A revisão de quatro ensaios clínicos não demonstrou diferenças nas taxas de infecção puerperal ou neonatal, e na duração do trabalho de parto e contratilidade uterina com a utilização do enema (REVEIZ, GAITÁN, CUERVO, 2013).

### 2.3.7 Tricotomia

A tricotomia ou raspagem de pelos pubianos é um procedimento comum em muitas maternidades, tem como objetivo reduzir o índice de infecções e em casos de laceração ou episiotomia facilitar a sutura (BRASIL, 2014).

Segundo a OMS (1996) o uso frequente desse procedimento pode aumentar o risco de infecção por vírus do HIV e hepatite tanto para o profissional de saúde quanto para a parturiente. Além disso, o crescimento dos pelos provoca desconforto na mulher.

Em uma revisão sistemática envolvendo três estudos clínicos com 1039 mulheres com relação aos efeitos da tricotomia observou-se que não existem evidências suficientes que recomendem sua utilização de rotina em mulheres durante o trabalho de parto (BASEVI e LAVENDER, 2010).

### 2.3.8 Infusão venosa de rotina

A infusão venosa de rotina com soluções de glicose no trabalho de parto aumenta os níveis plasmáticos de glicose no bebê, conseqüentemente pode resultar na diminuição do pH do sangue da artéria umbilical. Sendo assim, quando a parturiente recebe uma quantidade maior que 25 gramas de glicose intravenosa pode haver hiperinsulinismo fetal, levando a uma hipoglicemia neonatal e um elevado nível sanguíneo do bebê (VIGGIANO, MOREIRA e AMARAL, 2014).

Além disso, o uso indiscriminado de soluções intravenosas sem sódio pode acarretar numa hiponatremia materna e neonatal. Contudo, a infusão intravenosa de rotina interfere no processo natural do trabalho de parto, além de restringir a liberdade de movimentação da parturiente (VIGGIANO, MOREIRA e AMARAL, 2014).

### 2.3.9 Uso de ocitocina

A administração da ocitocina durante o trabalho de parto estimula a contratilidade uterina. Sendo assim, esse medicamento pode corrigir e/ou acelerar a evolução do trabalho de parto, porém pode desencadear uma série de complicações maternas e neonatais, sendo necessária a monitoramento dessa prática (VIGGIANO, MOREIRA e AMARAL, 2014).

No estudo de Santos *et al* (2012) tanto os profissionais quanto as parturientes revelaram valorizar o uso da ocitocina, sendo que para a maioria das parturientes esse fármaco pode ser bom pois diminuir o tempo de trabalho de parto.

O uso da ocitocina durante o trabalho de parto em hospitais varia entre 39,3% a 64,4% no Brasil (VOGT, SILVA e DIAS, 2014).

Na pesquisa Nascer no Brasil envolvendo 23.940 mulheres observou-se que a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana, foram técnicas bastante utilizadas para acelerar o trabalho de parto, ocorrendo em 40% das mulheres (LEAL *et al*, 2014).

Com isso, a utilização rotineira da ocitocina em qualquer fase do trabalho de parto não sendo controlados seus efeitos deve ser evitado. Uma vez que o trabalho de parto induzido artificialmente possui efeitos imprevisíveis (VIGGIANO, MOREIRA e AMARAL, 2014).

### 2.3.10 Amniotomia

A ocitocina e amniotomia vêm sendo utilizada para “manejo ativo do parto” com a finalidade de reduzir a duração do segundo estágio do trabalho de parto e reduzir a taxa de cesariana (LEAL *et al*, 2014). Na pesquisa nacional Nascer no Brasil envolvendo 23.940 de 20 capitais brasileiras, observou-se que o uso da ocitocina e amniotomia foi encontrado em 40% dos partos sendo maior no setor público e em mulheres de menor escolaridade (LEAL *et al*, 2014).

Em uma metanálise envolvendo 14 estudos randomizados totalizando uma amostra de 4893 mulheres com o objetivo de avaliar se amniotomia diminuiria o tempo de trabalho de parto, no entanto não houve nenhuma diferença significativa, porém estava associada a uma tendência de aumentar o risco de parto cesárea (SMYTH, ALLDRED e MARKHAM, 2010).

### 2.4.11 Analgesia

A analgesia peridural ou raquidiana e peridural combinada é um método farmacológico para o alívio da dor e pode ser escolhido com o consentimento da mulher desde que seja orientada sobre seus riscos e benefícios durante o trabalho de parto (BRASIL, 2014).

Para o alívio da dor durante o trabalho de parto existem técnicas não farmacológicas como, massagem, banho de imersão, posicionamento, dentre as técnicas farmacológicas estão às analgesias epidural, espinhal e combinada. A analgesia epidural consiste na colocação de um cateter no espaço epidural o qual será administrado de forma contínua ou intermitente os anestésicos locais e/ou opioides. A técnica tem um alto índice de satisfação das mulheres. A administração de opioides resulta no alívio da dor sem nenhum bloqueio motor. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia não há muitos estudos que relacionam à analgesia a taxa de cesariana, no entanto a analgesia combinada pode estar relacionada ao

aumento da dilatação cervical e ao aumento da incidência do uso de fórceps principalmente quando comparada a analgesia epidural (ARQ BRAS CARDIOL, 2009).

Em um estudo realizado com 40 pacientes divididas em dois grupos para comparar o efeito da analgesia peridural e analgesia combinada, observou-se que a técnica combinada proporciona um alívio rápido da dor, ambas mostram-se seguras e eficazes para o trabalho de parto. Além disso, não está relacionada ao aumento do uso de fórceps no período expulsivo (CORTÊS *et al*, 2007).

Na pesquisa Nascer no Brasil envolvendo 23.840 mulheres observou-se que mulheres com maior escolaridade e que tiveram parto na rede privada apresentaram uma proporção mais elevada de uso de analgesia. Para as mulheres socioeconomicamente desfavorecidas observou-se maior utilização de procedimentos dolorosos e de baixo uso de analgesia (LEAL *et al*, 2014).

### 2.3.12 Episiotomia

A episiotomia é um dos procedimentos da prática obstétrica mais utilizada no mundo todo. Trata-se de uma incisão no orifício vulvar realizada durante a última fase do segundo estágio do trabalho de parto afim de evitar lacerações perineais e facilitar a descida do concepto. Além disso, preserva a musculatura e preserva a função sexual, e previne contra a incontinência fecal e urinária. Com isso, é uma incisão reta e limpa e podendo ter mais facilidade de reparação além de cicatrizar melhor do que uma laceração. Já para o recém-nascido está associado à diminuição de asfixia, traumatismo craniano e hemorragia cerebral (LOPES *et al*, 2012; BRASIL, 2014).

No Brasil, acredita-se que quase todas as primíparas são submetidas a uma episiotomia. Apesar de prevenir lesões admite-se que a episiotomia pode gerar maior perda sanguínea, e não previne contra traumas do assoalho pélvico podendo em alguns casos só aumentá-los (BRASIL, 2014).

No entanto, estudos demonstram que as lacerações perineais de primeiro e segundo grau apresentam melhores resultados quando comparadas a episiotomia, principalmente com relação a perda sanguínea dor, dispareunia, cicatrização e retorno da função muscular (LOPES *et al.*, 2012).

Para muitas escolas de formação obstétrica esse tipo de procedimento caracteriza como instrumento preventivo de laceração perineal e sofrimento materno e fetal, devendo ser

incorporado na rotina (LOPES *et al* 2012).

## **2.4 Assistência ao trabalho de parto**

Segundo o Manual de Humanização, para se conseguir ações humanizadas é preciso construir uma filosofia organizacional e uma nova cultura de humanização, sendo necessário o envolvimento e participação de todos que atuam no sistema de saúde (OMS,1996).

Em um estudo feito por Carraro *et al* (2006), ao analisarem as falas das puérperas quanto ao cuidado e o conforto durante o trabalho de parto em três instituições, a maioria delas relataram sentir-se bem e seguras em virtude do acompanhamento e atenção por parte da equipe fortalecendo-as durante todo o trabalho de parto. Porém, houve situações em que a falta de orientação e falta de paciência da equipe, a presença de muitos estagiários fez com que as mesmas se sentissem mal.

Em outros estudos realizados em maternidades, percebe-se que a prioridade da equipe não estava atenta ao conforto e o bem-estar da parturiente, e que não se notou o entendimento por parte desses profissionais quanto à necessidade dessas pacientes de receberem um cuidado durante o trabalho de parto (CARRARO *et al*, 2006).

Com base em vários estudos encontrados na literatura estudada percebe-se que a humanização caminha a passos lentos, uma vez que se encontra mais em discursos teóricos que propriamente na prática cotidiana. Sendo assim, é importante conhecer as práticas realizadas nas maternidades e avaliar a satisfação do atendimento tanto do ponto de vista das gestantes e seus familiares, quanto do ponto de vista dos profissionais de saúde, de modo que a partir do conhecimento da realidade seja possível pensar em quais avanços ainda são necessários para o cumprimento do processo de adesão às recomendações da OMS, consequentemente a implantação efetiva da humanização.

### **3 OBJETIVOS**

---

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Avaliar a percepção de púerqperas e profissionais de saúde quanto a assistência ao parto normal em duas maternidades de referência em uma capital brasileira.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Verificar quais as práticas recomendadas pela OMS para a assistência ao parto normal estão sendo aplicadas em duas maternidades de referência em uma capital brasileira.
- Averiguar a percepção das puérperas quanto à satisfação do serviço e atendimento recebidos.
- Avaliar a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no processo do trabalho de parto quanto a assistência ao parto normal bem como o PHPN.
- Comparar o serviço de duas maternidades de uma capital brasileira quanto a realização das rotinas e práticas recomendadas pela OMS para a assistência ao parto normal.

## 4 PUBLICAÇÕES

---

**Artigo 1** - Assistência humanizada na atenção a partos: percepção de puérperas

Autores: Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira, Thaís Rocha Assis, Waldemar Naves do Amaral.

Esse artigo será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública – Qualis B1

**Artigo 2** – Assistência humanizada na atenção a partos: percepção dos profissionais de saúde

Autores: Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira, Thaís Rocha Assis, Waldemar Naves do Amaral.

Esse artigo será submetido à Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – Qualis B2

### 4.1 Artigo 1

#### **ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM DUAS MATERNIDADES PÚBLICAS: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS**

#### **CARE NORMAL BIRTH IN TWO PUBLIC MATERNITY: POSTPARTUM WOMEN PERCEPTION ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL EN DOS PÚBLICO DE MATERNIDAD: MUJERES DESPUÉS DEL PARTO PERCEPCIÓN**

Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira<sup>2</sup>, Thaís Rocha Assis<sup>3</sup>, Waldemar Naves do Amaral<sup>4</sup>

### **RESUMO**

A presente pesquisa tem como objetivos verificar quais as práticas recomendada pela OMS para a assistência ao parto e nascimento que estão sendo aplicadas em duas maternidades de referência na cidade de Goiânia (maternidade 1 e maternidade 2) e averiguar a percepção das puérperas quanto à satisfação do serviço e atendimento recebidos. Trata-se de um estudo analítico, comparativo com abordagem quantitativa em duas maternidades públicas da cidade de Goiânia. Foram analisados dados sócio-demográficos, perguntas sobre a gravidez, atendimento no pré-natal, a maternidade, a presença do acompanhante, informações e procedimentos utilizados e a satisfação dessas mulheres quanto ao serviço recebidos. Foram incluídas no estudo puérperas que deram entrada em trabalho de parto nas maternidades

---

<sup>2</sup> Mestranda do programa de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

<sup>3</sup> Doutora em Ciências da Saúde; Professora Adjunta da Universidade Federal de Goiás

<sup>4</sup> Doutor em Doenças infecciosas e parasitárias; Professor do programa de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás

participantes, primíparas, baixo risco com início do trabalho de parto espontâneo. Foram excluídas do estudo puérperas menores de 18 anos, com mais de uma gestação ou que deram à luz a natimortos ou prematuros. As práticas recomendadas pela OMS durante o trabalho de parto foram predominantes na maternidade 2 enquanto que na maternidade 1 algumas práticas não estão sendo aplicadas. O incentivo do uso dos métodos não farmacológicos para alívio da dor foi predominante nas duas maternidades. Quanto à satisfação do atendimento avaliado pelas entrevistadas, a maioria disse estarem satisfeita quanto ao atendimento e o serviço prestado. Por fim, as duas maternidades realizam práticas recomendadas pela OMS, no entanto, na maternidade 1 algumas dessas práticas ainda não estão inseridas. Já na maternidade 2, por ter sido criada já nos moldes da humanização e assistência ao parto normal, a maioria das práticas recomendadas pela OMS estão inseridas.

**Palavras-chave:** assistência, trabalho de parto, percepção, puérpera

## ABSTRACT

This research aims to verify that the practices recommended by the WHO for assistance to labor and birth are being applied in two referral hospitals in the city of Goiânia (maternity 1 and maternity 2) and ascertain the perceptions of mothers regarding service satisfaction and received care. It is an analytical comparative study with a quantitative approach in two public hospitals in the city of Goiânia. sociodemographic data were analyzed, questions about pregnancy care prenatal, maternity, the presence of accompanying, information and procedures used and the satisfaction of these women as the service received. The study included mothers who were admitted in labor at participating hospitals, gilts, low risk with early spontaneous labor. They were excluded minor mothers of 18 years, with more than one pregnancy or gave birth to stillborn or premature. The practices recommended by the WHO during labor were prevalent in maternity 2 while on maternity 1 some practices are not being applied. Encouraging the use of non-pharmacological methods of pain relief was predominant in the two hospitals. As for the satisfaction of care evaluated by the interviewees, most said they were satisfied about the care and service. Finally, the two maternity hospitals perform best practices by WHO, however, maternity 1 some of these practices are not yet inserted. In the maternity 2, having been created already in the manner of humanization and care in normal delivery, most of the WHO best practices are embedded.

**Keywords:** assistance, labor, perception, puerperal

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde no ano de 1991 através de debates internacionais e baseado em evidências científicas criou um guia prático para atenção ao parto normal, sendo este importante na assistência ao nascimento saudável e redução de elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. A partir disso, diversos países e governos lançaram uma série de divulgações dessas práticas<sup>1</sup>.

No Brasil, uma das ações voltadas para a melhoria da qualidade da atenção obstétrica e para redução da mortalidade materna e perinatal foi a Portaria/GM nº569, de 1/6/2000,

sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), publicada pelo Ministério da Saúde. As ações preconizadas promovem a humanização dos cuidados às mulheres na gestação, parto e puerpério<sup>2</sup>.

No entanto, mesmo diante dessas ações ainda persistem as intervenções desnecessárias não havendo critérios para sua utilização e elevadas taxas de mortalidade materna tanto no Brasil como no mundo. No ano de 2013 a OMS estimou que 289.000 mulheres no mundo morreram durante a gravidez, parto ou puerpério com uma taxa de mortalidade mundial de 210 mortes maternas para cada 100.000 nascido vivo<sup>1</sup>.

No Brasil uma em cada 370 mulheres tem o risco de morrer por complicações na gravidez ou no parto. Sendo assim, grande parte dessas mortes poderia ser evitada com a redução das taxas de Cesáreas, melhora na qualidade da assistência obstétrica, no incentivo ao parto vaginal e principalmente com a introdução da humanização do parto nos serviços de saúde<sup>3</sup>.

Nesta perspectiva, tem-se questionado muito sobre a realidade das maternidades no Brasil, principalmente com relação à assistência ao parto normal. No entanto, existem poucos estudos relacionados aos processos e procedimentos realizados na atenção ao parto e nascimento, especificamente àqueles relacionados às maternidades do estado de Goiás. Sendo assim, há um desconhecimento com relação às intervenções obstétricas, e as boas práticas de atenção.

A presente pesquisa tem como objetivos verificar quais as práticas recomendadas pela OMS para a humanização do parto e nascimento que estão sendo aplicadas, e as intervenções desnecessárias de rotina em duas maternidades de referência na cidade de Goiânia, além de averiguar a percepção das puérperas quanto a satisfação e qualidade do serviço e atendimento recebidos.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo analítico, comparativo com abordagem quantitativa, realizado em duas maternidades públicas da cidade de Goiânia, sendo a maternidade 1, maternidade pública de baixa complexidade, uma das mais antigas da cidade, com a estrutura voltada para o modelo de tecnocrático de assistência, porém que está iniciando o processo de humanização e a maternidade 2, mais recente, também uma maternidade pública de baixa complexidade, projetada para ser modelo de assistência humanizada.

Participaram do estudo 170 mulheres que estavam no pós-parto imediato aguardando alta hospitalar nas duas maternidades, sendo que 84 puérperas eram da maternidade 1 e 86

eram da maternidade 2, que preencheram os critérios de seleção da amostra e que aceitaram participar da pesquisa após esclarecimentos feitos pela pesquisadora responsável e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A amostra foi de conveniência, ou seja, foi incluído o total de puérperas, de acordo com a demanda espontânea de voluntárias no período da coleta de dados. A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2015.

Foram incluídas no estudo puérperas de baixo risco e com início espontâneo de trabalho de parto que deram entrada nas maternidades 1 e 2, primíparas, feto único. Foram excluídas do estudo puérperas, com mais de uma gestação, ou que deram a luz a natimortos ou prematuros. As puérperas foram entrevistadas segundo roteiro do formulário de coleta de dados e um questionário sobre a qualidade do serviço adaptado a partir do questionário utilizado no estudo de Boaretto, Ribeiro e Pinto<sup>4</sup>. Esse questionário foi validado cientificamente e avaliou a percepção da clientela quanto à política de humanização ao parto e nascimento em 20 maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro. A adaptação feita para este estudo foi quanto à inclusão dos dados sócio-demográficos de cada participante e, posteriormente, foi realizado um estudo piloto com 10 parturientes para observar a dificuldade de aplicação do questionário além das dúvidas das participantes.

O questionário contém 81 questões sendo divididas em sete blocos, a saber: dados sócio-demográficos, pergunta sobre a gravidez, atendimento no pré-natal, a maternidade, a presença do acompanhante, informações e procedimentos utilizados e a satisfação dessas mulheres quanto ao serviço recebidas.

Foram comparadas as seguintes variáveis; presença do acompanhante, assistência ao parto, dieta livre, posição vertical, posição alternativa, raspagem de pelos, lavagem intestinal, ruptura da bolsa das águas, corte lateral na vagina.

Realizou-se a análise descritiva dos dados sócio-demográficos e obstétricos. Para as variáveis quantitativas foi realizado média, desvio padrão. A análise dos dados foi realizada através dos testes, Qui Quadrado e Teste exato de Fisser. Além disso, foi realizada uma comparação entre as duas maternidades quanto à percepção das puérperas na realização de práticas consideradas úteis e as consideradas ineficazes pela OMS, bem como a satisfação das mesmas quanto ao atendimento prestado.

O estudo foi realizado conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo nº 861.536).

## Resultados

A Tabela 1 demonstra as características sócio-demográficas das entrevistadas. Nota-se, uma diferença significativa entre as duas unidades quanto à raça ( $p < 0,05$ ). Quanto à idade, escolaridade e se vivem com o cônjuge não houve diferença entre as duas maternidades.

**Tabela 1** – Caracterização sócio-demográfica das puérperas entrevistadas nas duas maternidades. Goiânia-GO, 2015.

Fator	Maternidade 1 (N=84)		Maternidade 2 (N=86)		P
	N	%	N	%	
<b>Idade (Anos)</b>					
< 25	62	73,8	58	67,4	0,043
25  — 35	18	21,4	28	32,6	
≥ 35	4	4,8	0	0,0	
<b>Cor/raça</b>					
Branca	18	21,7	36	42,4	< 0,001*
Preta	6	7,2	18	21,2	
Parda	55	66,3	26	30,6	
Amarela	2	2,4	3	3,5	
Indígena	2	2,4	2	2,4	
<b>Escolaridade</b>					
Alfabetização	—	0,0	1	1,2	0,041
Ensino Fundamental	—	0,0	8	9,5	
Ensino Médio	58	84,1	60	71,4	
Superior	11	15,9	15	17,9	
<b>Vive com cônjuge</b>					
Sim	62	74,7	64	74,4	0,967
Não	21	25,3	22	25,6	

Teste: Qui Quadrado

\* $P < 0,05$

A Tabela 2 descreve as práticas recomendadas pela OMS. Quanto à presença do acompanhante, a dieta livre, a posição alternativa houve diferença significativa entre as duas maternidades. Quanto a assistência ao parto, na maternidade 1, não houve relato da presença da enfermeira obstétrica, sendo que a maioria dos partos foram acompanhados por médicos e enfermeiras. Já na maternidade 2, apesar de a maioria dos partos serem acompanhados por médicos e enfermeiras, 23,3% relataram terem sido acompanhadas apenas por enfermeira obstétrica. Com relação à informação sobre a posição vertical e o banho de chuveiro não houve diferença entre as duas maternidades.

**Tabela 2** – Práticas recomendadas pela OMS aplicadas em cada maternidade. Goiânia-GO, 2015.

Fator	Maternidade 1 (N=84)		Maternidade 2 (N=86)		P
	N	%	N	%	
<b>Você teve acompanhante</b>					
Sim	12	15,2	72	83,7	
Não	67	84,8	14	16,3	< 0,001*
<b>Assistência do parto por</b>					
Médico	4	4,9	3	3,5	
Enfermeira Obs.	—	0,0	20	23,3	
Médico e Enfermeira	74	90,2	59	68,6	< 0,001*
Não sabe informar	4	4,9	4	4,7	
<b>Dieta livre durante o parto</b>					
Sim	54	66,7	35	40,7	
Não	27	33,3	51	59,3	0,001*
<b>Foi dada a opção de Posição alternativa</b>					
Sim	5	6,3	32	37,2	
Não	75	93,8	54	62,8	< 0,001*
<b>Informação - a posição vertical</b>					
Sim	22	28,2	33	38,8	
Não	56	71,8	52	61,2	0,152
<b>Estímulo a caminhar</b>					
Sim	53	67,1	55	65,5	
Não	26	32,9	29	34,5	0,828
<b>Incentivo a tomar Banho de chuveiro</b>					
Sim	56	70,0	57	67,1	
Não	24	30,0	28	32,9	0,684

Teste: Qui Quadrado; \*p < 0,05

A Tabela 3 descreve as práticas consideradas ineficazes ou utilizadas de forma inadequada pela OMS. Quanto a raspagem de pelos e o corte lateral na vagina, houve diferença significativa entre as duas maternidades ( $p < 0,05$ ). No entanto, com relação à lavagem intestinal e a ruptura da bolsa das águas não houve diferença significativa entre as maternidades.

**Tabela 3** - Práticas consideradas ineficazes ou utilizadas de forma inadequada pela OMS. Goiânia-GO, 2015.

Fator	Maternidade 1 (N=84)		Maternidade 2 (N=86)		P
	N	%	N	%	
Informação - raspagem de pelos					
Sim	12	14,8	5	5,8	< 0,001*
Não	29	35,8	63	73,3	
Eu mesmo fiz	40	49,4	18	20,9	
Informação - lavagem intestinal					
Sim	2	2,5	—	0,0	0,198
Não	78	96,3	86	100,0	
Romperam a Bolsa das águas					
Sim	38	46,9	36	42,4	0,555
Não	43	53,1	49	57,6	
Corte lateral da vagina					
Sim	40	78,4	22	28,2	< 0,001*
Não	11	21,6	56	71,8	

Teste: Qui Quadrado; \*p < 0,05

A Tabela 4 demonstra a opinião das puérperas sobre a satisfação do serviço e atendimento recebido nas duas maternidades. Quanto ao tratamento da equipe, ao houve diferença entre as duas maternidades. Quanto à limpeza e a alimentação a maioria das puérperas das duas maternidades consideraram boa. Já com relação a rouparia houve diferença significativa entre as duas maternidades ( $p < 0,05$ ) apesar de a maioria das puérperas das duas maternidades considerarem boa. Quanto ao fator indicação para outras pessoas a maioria das pacientes das duas maternidades disse que indicariam.

**Tabela 4 - Opinião das puérperas sobre a satisfação do serviço e do atendimento recebido em cada maternidade. Goiânia –GO, 2015.**

Fator	Maternidade 1 (N=84)		Maternidade 2 (N=86)		P
	N	%	N	%	
<b>Tratamento da equipe</b>					
Com agressividade	—	0,0	1	1,2	
Com indiferença	3	3,7	3	3,5	
Com afeto	79	96,3	81	94,2	0,587
<b>Considerou a Limpeza do hospital</b>					
Boa	79	96,3	84	97,7	
Regular	3	3,7	2	2,3	0,611
<b>A Roupa fornecida foi</b>					
Boa	67	81,7	84	97,7	
Regular	9	11,0	1	1,2	0,003*
Ruim	6	7,3	1	1,2	
<b>Alimentação</b>					
Boa	81	98,8	81	95,3	
Regular	—	0,0	4	4,7	0,084
Ruim	1	1,2	—	0,0	
<b>Você Indicaria a maternidade</b>					
Sim	79	97,5	79	92,9	
Não	2	2,5	6	7,1	0,168

Teste: Qui Quadrado; \*p < 0,05

## Discussão

As duas maternidades apresentaram situações em que as recomendações da OMS foram seguidas e, por outro lado, apresentaram procedimentos de assistência ao parto não recomendados. Dentre as orientações feitas pela OMS que foram seguidas pela maternidade 1 estão a liberação de dieta durante o trabalho de parto, o estímulo a caminhar e o incentivo ao banho de chuveiro durante todo o trabalho de parto. Os procedimentos considerados ineficazes e não recomendados pela OMS foram à realização de tricotomia e episiotomia de rotina. Além disso, a maioria das parturientes não pôde ter um acompanhante durante o trabalho de parto na maternidade 1.

Já na maternidade 2, foram respeitadas as seguintes orientações da OMS: presença do acompanhante, baixo índice de episiotomia, presença da enfermeira obstétrica como parte da equipe, estímulo a caminhar e incentivo ao banho de chuveiro. Entre os procedimentos não recomendados foram encontrados a não liberação de dieta durante o trabalho de parto, o não incentivo a posição alternativa durante o primeiro estágio do trabalho de parto e o parto na posição vertical.

Muitas instituições de saúde ainda não permitem o acompanhante alegando falta de estrutura que garanta a privacidade nas enfermarias ou por despreparo da equipe de saúde para acolhê-lo. Alegam, também, que ainda não tiveram tempo de se adequarem à legislação sobre humanização da assistência ao parto do MS<sup>5,6</sup>. Neste estudo, na maternidade 1, a maioria das mulheres não tiveram a presença do acompanhante, diferentemente da maternidade 2, sendo que o acompanhante foi permitido na maternidade 1 somente nos casos em que as parturientes eram menores de idade ou quando a paciente reivindicava seu direito. Situação semelhante foi encontrada na pesquisa nacional Nacer no Brasil realizado em cinco regiões do país, em 266 hospitais com 23.940 participantes<sup>5</sup>. Nesse estudo, entre as mulheres que não tiveram acompanhante, a principal causa foi a proibição da instituição. No estudo de Silva *et al*<sup>7</sup>, verificou-se que 94,5% das mulheres na casa de parto de São Paulo tiveram acompanhante no trabalho de parto. Esse índice foi superior ao encontrado no restante do país, que é de 10% das mulheres atendidas no SUS e 35% das mulheres atendidas no setor privado tiveram a presença do acompanhante<sup>7</sup>.

A ausência de acompanhante durante o trabalho de parto não é uma realidade apenas brasileira. Em estudos realizados nos países asiáticos, verificou-se uma variação de 10,0% (Filipinas) a 61,0% (Malásia) de mulheres que foram acompanhadas durante o parto<sup>7,8</sup>. Já em um estudo realizado em maternidades na Jordânia, observou-se que apenas 1,0% das mulheres tiveram a presença do acompanhante<sup>7</sup>.

A OMS recomenda que a taxa de episiotomia seja entre 10% e 30%<sup>9</sup>. No entanto, essa prática continua sendo um procedimento comum ou até mesmo de rotina em muitos países, incluindo o Brasil, como demonstrado na pesquisa Nacer no Brasil em que a taxa de episiotomia chegou a 56% no grupo obstétrico de risco habitual<sup>10</sup>. A taxa de episiotomia relatada para Tailândia em 2005 foi de 91% e para as Filipinas foi de 64%. Já as taxas desse procedimento na Austrália (17%) e nos Estados Unidos (25%)<sup>11,12,8</sup>. No presente estudo, a maioria das mulheres (78,4%) disseram ter feito a episiotomia na maternidade 1, já na maternidade 2 a maioria das mulheres (71,8%) relatou não terem realizado esse tipo de procedimento.

O Ministério da Saúde incentiva à presença da enfermeira obstétrica no trabalho de parto uma vez que há uma redução no índice de cesáreas e intervenções desnecessárias quando essa profissional compõe a equipe de saúde<sup>2</sup>. A participação da enfermeira obstétrica traz o equilíbrio entre as intervenções necessárias e o processo fisiológico do parto<sup>13</sup>. No presente estudo, a maternidade 2 teve um percentual significativo de mulheres (23,3%) que relataram terem sido assistidas somente pela enfermeira obstétrica. Nessa maternidade

observamos baixos índices de intervenções desnecessárias como a episiotomia e a tricotomia, mostrando que essa profissional contribui para a efetivação das práticas consideradas úteis pela OMS.

Segundo a OMS<sup>9</sup>, o uso frequente da tricotomia pode aumentar o risco de infecções por vírus do HIV e hepatite tanto para o profissional quanto para a paciente. Em uma meta-análise, com três ensaios clínicos, não houve diferença quanto à morbidade febril materna naquelas mulheres em que a tricotomia foi realizada quando comparada as que não a realizaram, concluindo que não existem evidências que recomendem sua utilização de rotina<sup>14</sup>.

Quanto a liberação da dieta durante o trabalho de parto, uma meta-análise envolvendo cinco estudos com 3130 mulheres com baixo risco para anestesia, observou-se que não há justificativa para a restrição de líquidos e alimentos para essas mulheres em trabalho de parto<sup>15</sup>.

A liberdade de movimentação é um meio para que a parturiente encontre uma postura mais confortável durante todos os estágios do trabalho de parto. Mulheres incentivadas a mudanças de posturas apresentam, em média, uma redução no tempo de trabalho de parto<sup>10,16</sup>. No presente estudo, ambas as maternidades não incentivaram a movimentação, sendo na maternidade 1, 93,8% das mulheres relataram não terem sido informadas sobre a mudança de postura, e a maternidade 2, 62,8% das mulheres também não foram informadas.

Uma metanálise realizada com 21 ensaios clínicos randomizados concluiu que a posição vertical reduziu em, aproximadamente, uma hora o primeiro período do trabalho de parto quando comparada a posição supina<sup>17</sup>. A posição vertical gera menos irregularidade na contração uterina, conseqüentemente melhora o aporte sanguíneo do útero, assegurando assim o intercâmbio materno-fetal, e faz com que diminua o risco de sofrimento fetal, mesmo em um período expulsivo prolongado<sup>18</sup>. No presente estudo, a maioria das mulheres relatou não adotar essa postura nas duas maternidades.

O incentivo da equipe de saúde à caminhada foi predominante nas duas maternidades. No estudo de Wei, Gualda e Junior<sup>19</sup>, os autores questionaram as puérperas sobre suas percepções quanto a deambulação durante o trabalho de parto, e observaram que aquelas que caminharam relataram benefícios. No entanto, muitas mulheres preferiram ficar deitadas, pois acreditavam que teria risco de o bebê nascer durante a movimentação.

O banho de chuveiro durante o trabalho de parto diminui a dor, promove relaxamento e conforto para a parturiente<sup>20</sup>. Em estudo realizado com parturientes que receberam banho de chuveiro por 30 minutos, verificou-se uma diminuição da intensidade da dor na fase ativa do

trabalho de parto (4-5 cm de dilatação)<sup>21</sup>. Em ambas as maternidades do presente estudo, o banho de chuveiro foi incentivado (70% na maternidade 1 e 67,1% na maternidade 2).

No que tange a discussão sobre a satisfação das mulheres quanto ao parto e a qualidade do atendimento, no presente estudo, quanto à limpeza do hospital, rouparia e alimentação a maioria das mulheres das duas unidades considerou boa, no entanto houve uma diferença significativa ( $P < 0,05$ ) quanto à rouparia nas duas maternidades. No estudo de Narchi *et al*<sup>22</sup>, observou uma elevada índice de satisfação, nos três modelos de assistência (modelo típico, intra-hospitalar e Peri-hospitalar), o que pode estar relacionado à baixa expectativa das mulheres com relação à assistência, ou por estar associada a boa saúde da mãe e do bebê já gera satisfação. Segundo Ronconi *et al*<sup>23</sup> existe um viés importante ao analisar o índice de satisfação das usuárias do Sistema Único de Saúde, uma vez que há uma dificuldade muito grande em criticar o sistema e os profissionais que ali atuam. Parir um bebê saudável e o alívio obtido com a finalização do parto faz com que se tenha uma alta prevalência de satisfação do parto. Além disso, a falta de conhecimento associado à realização e felicidade de se tornarem mãe, contribuem para a satisfação plena dessas mulheres.

Por fim, as duas maternidades realizam práticas recomendadas pela OMS, no entanto, na maternidade 1 algumas dessas práticas ainda não estão inseridas, como por exemplo não permitirem o acompanhante, a presença da enfermeira obstétrica, posição vertical no parto. Além disso, foi encontrado muitos procedimentos considerados ineficazes ou utilizados de forma inadequada como parte da rotina como a episiotomia, tricotomia. Já na maternidade 2, por ter sido criada já nos moldes da humanização e assistência ao parto normal, a maioria das práticas recomendadas pela OMS estão inseridas (presença do acompanhante, enfermeira obstétrica, estímulo a caminhar e banho de chuveiro).

No entanto, foi grande a satisfação das entrevistadas quanto à assistência prestada nas duas maternidades. Isso pode estar relacionada à atenção prestada pelos profissionais independente da utilização das práticas recomendadas pela a OMS, ou devido a baixa expectativa dessas mulheres quanto ao atendimento.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. CARVALHO, EMP, GÖTTEMS, LBD, PIRES, MRGM. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49(6):890-898.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília; 2000.
3. NAGAHAMA, EEI, SANTIAGO, SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública., v. 24, n. 8, p:1859 -1868, 2008.
4. BOARETTO, MC, RIBEIRO, JM, PINTO, LF. Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. 2003. Rio de Janeiro
5. DINIZ, CSG, *et al.* Implementação da presença de acompanhante durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad. De Saúde Pública. 2014. Vol.30. S140-S153. Rio de Janeiro.
6. DODOU, HD, RODRIGUES, DP, GUERREIRO, EM, GUEDES, MVC, LAGO, PN, MESQUITA, NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. Escola Anna Nery revista de Enfermagem, 2014. Vol 18 (2): 262-269.
7. SILVA, FMBS, *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013. Vol. 47 (5): 1031-8.
8. LAOPAIBOON M, LUMBIGANON P, MCDONALD SJ, HENDERSON-SMART DJ, GREEN S, CROWTHER CA. SEA-ORCHID STUDY GROUP; Use of evidence-based practices in pregnancy and childbirth: South East Asia Optimising Reproductive and Child Health in Developing Countries Project. PLoS ONE. 2008;3(7):e2646.
9. ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
10. LEAL, MC, PEREIRA, APE, DOMINGES, RMSM, FILHA, MMT, DIAS, MAB, PEREIRA, MN, BASTOS, MH, GAMA, SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde. Pública, 2014. Vol. 30, sup:517-547, Rio de Janeiro.
11. TRINH AT, KHAMBALIA A, AMPT A, MORRIS JM, ROBERTS CL. Episiotomy rate in Vietnamese-born women in Australia: support for a change in obstetric practice in Viet Nam. Bull World Health Organ. 2013;91(5):350–6.
12. TRINH *et al.* Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015. Vol. 15:101
13. VOGT, SE, SILVA, KS, DIAS, MAB. Comparação de modelos assistência ao parto em hospitais públicos. Revista de Saúde Pública, 2014. Vol 48(2): 304-313
14. PORTO, AMF, AMORIM, MMR, SOUZA, ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseado em evidências. Femina.2010. Vol. 38(10) 528-537.

15. SINGATA M, TRANMER J, GYTE GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
16. BIO, E. R.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da Mobilidade Materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 11, p: 671-679. 2006.
17. LAWRENCE A, LEWIS L, HOFMEYR GJ, DOWSWELL T, STYLES C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
18. WEI, CY, GUALDA, DMR, JUNIOR, HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. *Textro e Contexto da Enfermagem*. 2011.Vol 20 (4), 717-25
19. DAVIM, RMB, TORRES, GV, DANTAS, JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Revista Escola de Enfermagem*, 2009. Vol 43(2): 438-45.
20. SANTANA, LS, GALLO, RBS, FERREIRA, CHJ, QUINTANA, SM, MAARCOLIN, C. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. *Rev. Dor, São Paulo*, 2013. Abr-jun; 14(2). 111-3
21. NARCHI, NZ; DINIZ, CSG; AZENHA, CAVA, SCHENECK, CA. Women's satisfaction with childbirth' experience in different models of care: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursig.*, v. 9(2) , 2010.
22. RONCONI, APL, PERDICHIZZI, FS, PIRES, OC, CONSTANTINO, VRL, POSSO, IP. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. *Revista Dor*, 2010. Vol 11(4): 277-281. São Paulo

## 4.2 Artigo 2

### **ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM DUAS MATERNIDADES PÚBLICAS:**

#### **PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

#### **CARE NORMAL BIRTH IN TWO PUBLIC MATERNITY: PERCEPTION OF HEALTH**

#### **PROFESSIONALS**

### **ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL EN DOS MATERNIDAD PÚBLICA: LA PERCEPCIÓN DE LOS**

#### **PROFESIONALES SANITARIOS**

Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira<sup>5</sup>, Thaís Rocha Assis<sup>6</sup>, Waldemar Naves do Amaral<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Mestranda do programa de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás

<sup>6</sup> Doutora em Ciências da Saúde; Professora Adjunta da Universidade Federal de Goiás

<sup>7</sup> Doutor em Doenças infecciosas e parasitárias; Professor do programa de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás

## RESUMO

**Objetivos:** avaliar a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no processo do trabalho de parto quanto à assistência ao parto normal e comparar duas maternidades de Goiânia quanto à percepção desses profissionais na realização das rotinas e práticas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo analítico, comparativo com abordagem quantitativa, realizado em duas maternidades públicas da cidade de Goiânia-GO. Participaram do estudo 86 profissionais que atuavam na assistência ao trabalho de parto imediato nas duas maternidades. Foi utilizado um questionário contendo 40 questões relacionadas ao programa de humanização do parto e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (MS), presença do acompanhante e procedimentos realizados. Para análise dos dados utilizou-se os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. **Resultados:** A maioria dos profissionais afirmou conhecer sobre o PHPN proposto pelo MS nas duas maternidades. Com relação às boas práticas recomendadas, a maioria dos profissionais afirmou que elas são aplicadas na maternidade 2, enquanto que na maternidade 1, apesar de muitas delas estarem presentes, ainda há muitas intervenções desnecessárias. **Conclusão:** quando comparadas as duas maternidades, a maternidade 2 que foi criada como modelo de humanização sua rotina se adequa mais as recomendações da OMS. Já na maternidade 1 observou-se uma série de intervenções consideradas pela OMS como ineficazes ou utilizadas de forma inadequadas.

**Palavras-chave:** Trabalho de Parto, assistência ao parto , Percepção, Profissionais

## ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the perception of health professionals involved in the labor process and the assistance to normal delivery, comparing two hospitals of Goiânia regarding the perception of these professionals in performing the routines and practices recommended by the World Health Organization. **Methods:** treatment is an analytical comparative study with a quantitative approach, carried out in two public hospitals in the city of Goiânia-GO. The study included 86 professionals working in assistance to the immediate labor in the two hospitals. a questionnaire containing 40 questions related to the birth humanization program and birth (PHPN) of the Ministry of Health (MOH), the partner's presence and procedures performed was used. For data analysis we used the chi-square and Fisher exact tests. **Results:** Most of the professionals claimed to know about the PHPN proposed by MS in the two hospitals. With regard to good practices, most professionals said that they are applied in the maternity ward 2, while on maternity 1, although many of them are present, there are still many unnecessary interventions. **Conclusion:** When comparing the two maternity hospitals, maternity 2 which was created as a routine humanization model is more suited to WHO recommendations. In the maternity 1 there was a series of interventions considered by WHO as ineffective or used in inappropriate manner.

**Keywords:** labor, delivery care, Perception, Professional

## INTRODUÇÃO

No ano de 1985, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência obstétrica em diversos países, a Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS), através de conferência, reuniram-se para discutir o uso cauteloso de tecnologias na atenção ao parto e nascimento<sup>1</sup>. Em 1996, a OMS<sup>2</sup> publicou um guia prático que descreve uma série de práticas e recomendações para a assistência ao parto, fruto de debates internacionais e baseados em evidências científicas, sendo um marco no combate de elevadas taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Desde então, vários governos têm divulgado e tentado implementar essas práticas, contribuindo significativamente para a redução de óbitos evitáveis<sup>1</sup>.

No Brasil, com o movimento a favor da melhoria da assistência ao parto, houve a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)<sup>3</sup> do Ministério da Saúde (MS), em 01/06/2000. Esse programa tem como objetivo melhorar a assistência durante a gestação, parto e puerpério garantindo o direito à cidadania da mulher durante todo esse processo.

Existem evidências científicas que comprovam que várias práticas realizadas na assistência a gestação e o parto promovem melhores resultados obstétricos e são importantes para diminuição de desfechos perinatais negativos. Os cuidados obstétricos apropriados com uso de tecnologia adequada pode reduzir significativamente o número de complicações que ocorrem durante o trabalho de parto. No entanto, o uso inadequado de tecnologia e intervenções desnecessárias podem trazer danos maternos e fetais<sup>4</sup>.

No entanto, mesmo diante de todas as iniciativas do governo para implementação dessas práticas ainda persistem intervenções desnecessárias e elevadas taxas de mortalidade materna no cenário nacional e internacional<sup>1</sup>. A OMS, em 2013, relatou que aproximadamente 289.000 mulheres no mundo morreram durante a gestação, parto e puerpério, sendo a taxa de mortalidade mundial de 210 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos<sup>1</sup>.

Frente a esta realidade, o presente estudo tem como objetivos avaliar a percepção dos profissionais de saúde envolvidos no processo do trabalho de parto quanto à assistência ao parto normal e comparar duas maternidades de Goiânia quanto à percepção desse profissionais na realização das rotinas e práticas recomendadas pela OMS sobre a assistência ao parto.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico, comparativo com abordagem quantitativa, realizado em duas maternidades públicas da cidade de Goiânia-GO, sendo que a maternidade 1, de baixa complexidade, é uma das mais antigas da cidade, com a estrutura voltada para o modelo hospitalocêntrico de assistência, porém iniciando o processo de humanização e a maternidade 2, também de baixa complexidade, mais recentemente inaugurada, foi projetada para ser modelo de assistência humanizada.

Participaram do estudo 86 profissionais de saúde que atuavam na assistência ao trabalho de parto imediato nas duas maternidades, sendo que 43 profissionais eram da maternidade 1 e 43 profissionais eram da maternidade 2, que preencheram os critérios de seleção da amostra e que aceitaram participar da pesquisa após esclarecimentos feitos pela pesquisadora responsável assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A amostra foi de conveniência, ou seja, foi incluído o total de profissionais, de acordo com a demanda espontânea de voluntários no período da coleta de dados.

Foram incluídos no estudo profissionais envolvidos no processo do trabalho de parto nas maternidades 1 e 2 e que tinham mais de um ano de vínculo com a instituição. Foram excluídos do estudo profissionais de saúde que trabalhavam em outros setores da maternidade e que não tinham contato direto com as parturientes.

Os profissionais de saúde foram abordados durante o plantão na maternidade. Aqueles que consentiram em participar da pesquisa responderam um questionário sobre a assistência ao parto adaptado a partir do questionário utilizado no estudo de Boaretto, Ribeiro e Pinto<sup>5</sup>. Esse questionário foi validado cientificamente e avaliou a percepção dos dirigentes de hospitais quanto ao PHPN em 20 maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro. A adaptação feita para este estudo foi quanto à inclusão de dados como tempo de formado e tempo de vínculo com a instituição de cada participante e, posteriormente, passou por um teste piloto com 10 participantes para observar as dificuldades de aplicação bem como as dúvidas dos participantes.

O questionário utilizado neste estudo contém 40 questões sendo divididas em quatro blocos, a saber: dados sobre o cadastro, política de humanização, presença do acompanhante e procedimentos realizados.

Realizou-se a análise descritiva desses dados. Para as variáveis quantitativas foram realizados média e desvio padrão. A análise dos dados foi realizada através dos testes, Qui-quadrado e Exato de Fisher. Além disso, foi realizada a comparação entre as duas

maternidades quanto à percepção dos profissionais sobre a política de humanização, e a realização de práticas consideradas úteis e as consideradas ineficazes pela OMS. Foram comparadas as variáveis: conhecimento sobre PHPN, valorização da assistência pré-natal, presença do acompanhante, enfermeira obstétrica como parte da equipe, analgesia, estímulo a caminhar, parto na posição vertical.

O estudo foi realizado conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (protocolo nº 861.536).

## Resultados

Quanto à caracterização da amostra, foram entrevistados 43 profissionais em cada maternidade. A Tabela 1 apresenta informações sobre os profissionais de saúde. Sendo que na maternidade 1 encontrou-se outros profissionais envolvidos no parto além de médico e enfermeiras, porém não encontrou-se a presença da enfermeira obstétrica.

**Tabela 1** – Número de profissionais em cada aspecto avaliado por maternidade. Goiânia-GO, 2015.

Informação	Maternidade 1 (n=43)		Maternidade 2 (n=43)		P
	N	%	N	%	
<b>Tempo de formado (Anos)</b>					
< 5	11	25,6	12	27,9	0,128
5  — 10	5	11,6	13	30,2	
10  — 20	19	44,2	14	32,6	
≥ 20	8	18,6	4	9,3	
<b>Tempo de instituição (Anos)</b>					
0  — 1	21	48,8	15	34,9	< 0,001*
2  — 3	3	7,0	14	32,6	
3  — 6	5	11,6	12	27,9	
≥ 6	14	32,6	2	4,7	
<b>Profissão</b>					
Médico	11	25,6	19	44,2	0,001*
Enfermeira Obstétrica	—	0,0	10	23,3	
Enfermeira	9	20,9	6	14,0	
Fisioterapeuta	2	4,7	—	0,0	
Psicólogo	3	7,0	—	0,0	
Técnico em Enfermagem	18	41,9	8	18,6	

Teste: Qui Quadrado; \* Teste Exato de Fisher

\* p < 0,05

A Tabela 02 mostra que a maioria dos profissionais entrevistados disse conhecer o programa. Com relação à valorização da assistência ao pré-natal a maioria dos profissionais conhece, concorda e realiza, em ambas as maternidades ( $p = 0,241$ ).

No que diz respeito ao conhecimento sobre a importância do enfermeiro obstetra, na maternidade 1, a maioria dos profissionais conhece, concorda e não realiza, enquanto na maternidade 2, a maioria dos profissionais disseram conhecer, concordar e realizar.

**Tabela 2** - Conhecimento sobre as políticas de humanização em cada maternidade. Goiânia-GO, 2015.

Políticas de humanização	Maternidade 1 (n=43)		Maternidade 2 (n=43)		P
	N	%	N	%	
<b>Conhecimento PHPN</b>					
Sim	40	93,0	43	100,0	0,241*
Não	3	7,0	—	0,0	
<b>Valorização da assistência no pré-natal</b>					
Conhece e não concorda	1	2,3	1	2,3	0,005*
Conhece concorda e não realiza.	15	34,9	3	7,0	
Conhece concorda e realiza.	25	58,1	39	90,7	
Não conhece	2	4,7	—	0,0	
<b>Profissional de enfermagem obstétrica</b>					
Conhece e não concorda	2	4,7	10	23,3	< 0,001*
Conhece concorda e não realiza.	31	72,1	—	0,0	
Conhece concorda e realiza.	7	16,3	33	76,7	
Não conhece	3	7,0	—	0,0	

Teste: Qui Quadrado; \* Teste Exato de Fisher \*  $p < 0,05$

A Tabela 3 traz informações sobre os procedimentos considerados úteis pela OMS. Houve diferença significativa entre as duas maternidades quanto aos métodos não farmacológicos ( $p = 0,010$ ) e o parto na posição vertical ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 3** – Realização rotineira de procedimentos considerados úteis pela OMS em cada maternidade. Goiânia-GO, 2015.

Procedimentos úteis	Maternidade 1 (n=43)		Maternidade 2 (n=43)		P
	N	%	N	%	
<b>Uso de Partograma</b>					
Sim	38	88,4	38	88,4	0,435
Não	3	7,0	1	2,3	
Não sabe informar.	2	4,7	4	9,3	
<b>Estímulo à Movimentação/posições não supinas</b>					
Sim	40	97,6	42	100,0	0,309
Não	1	2,4	—	0,0	
<b>Métodos não farmacológicos de combate a dor</b>					
Sim	30	75,0	40	95,2	0,010
Não	10	25,0	2	4,8	

**Parto na Posição vertical**

Sim	3	8,6	25	64,1	
Não	32	91,4	14	35,9	< 0,001

**Presença do acompanhante**

Conhece e não concorda	5	11,6	—	0,0	
Conhece concorda e não implanta.	32	74,4	4	9,3	
Conhece concorda e implanta.	3	7,0	39	90,7	< 0,001*

Teste: Qui Quadrado; \* Teste Exato de Fisher \*p < 0,05

A Tabela 4 apresenta os procedimentos considerados ineficazes ou que devem ser utilizados com cautela segundo a OMS. Houve diferença significativa entre as duas maternidades quanto à tricotomia ( $p < 0,001$ ), analgesia ( $p < 0,001$ ), utilização rotineira de ocitócitos ( $p = 0,006$ ) e episiotomia ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 4** – Realização rotineira de procedimentos considerados ineficazes ou que devem ser utilizados com cautela segundo a OMS em cada maternidade. Goiânia-GO, 2015.

Procedimento ineficaz	Maternidade 1 (n=43)		Maternidade 2 (n=43)		P
	N	%	N	%	
<b>Tricotomia de rotina</b>					
Sim	28	65,1	6	14,0	
Não	12	27,9	33	76,7	< 0,001*
Não sabe informar.	3	7,0	4	9,3	
<b>Enema</b>					
Sim	—	0,0	2	4,7	
Não	39	90,7	38	88,4	0,340
Não sabe informar.	4	9,3	3	7,0	
<b>Utilização rotineira de ocitócitos</b>					
Sim	28	65,1	14	32,6	
Não	15	34,9	27	62,8	0,006*
Não sabe informar	—	0,0	2	4,7	
<b>Episiotomia de rotina</b>					
Sim	23	53,5	6	14,0	
Não	18	41,9	35	81,4	< 0,001*
Não sabe informar.	2	4,7	2	4,7	
<b>Amniotomia precoce de rotina</b>					
Sim	12	27,9	7	16,3	
Não	23	53,5	30	69,8	0,283
Não sabe informar.	8	18,6	6	14,0	
<b>Analgesia peridural</b>					
Sim	5	11,6	42	97,7	
Não	25	58,1	—	0,0	< 0,001*
Não sabe informar.	13	30,2	1	2,3	

Teste: Qui Quadrado; \* Teste Exato de Fisher \*p < 0,05

## DISCUSSÃO

No presente estudo, as práticas recomendadas pela OMS citadas pelos profissionais de saúde como parte de sua rotina na maternidade 1 foram a utilização do partograma e o estímulo a movimentações e a posições não supinas. Por outro lado, as práticas consideradas ineficazes ou utilizadas de maneira inadequadas citadas foram a utilização rotineira de ocitócitos, episiotomia e tricotomia. Já na maternidade 2, quanto as práticas recomendadas pela OMS, a maioria dos profissionais disseram utilizar o partograma, estímulo a movimentação e a posições não supinas, presença do acompanhante, além de contarem com a enfermeira obstétrica como parte da equipe. Quanto às práticas consideradas ineficazes ou de uso inadequado nessa maternidade, foi citada apenas a analgesia peridural.

O MS preconiza a introdução da enfermeira obstétrica como parte da equipe uma vez que contribui para a redução de intervenções desnecessárias além de reduzir o índice de cesáreas<sup>3,6</sup>. A presença do fisioterapeuta, por exemplo, na atenção ao trabalho de parto não é uma prática estabelecida nas maternidades. No entanto, este profissional tem um papel importante neste processo uma vez que é de sua função auxiliar a gestante para o parto, orientando quanto ao controle da musculatura do assoalho pélvico, posições que aliviam as dores e facilitam o trabalho de parto<sup>7</sup>. Nas duas maternidades investigadas, somente a que foi inaugurada nos modelos da assistência humanizada tem em sua equipe a presença da enfermeira obstétrica e, conseqüentemente, foi observado menos procedimentos ineficazes. No entanto, na maternidade 1 pode-se observar a presença de outros profissionais como parte da equipe que atua no trabalho de parto.

Muitos profissionais acreditam que a presença do acompanhante dificultaria seu trabalho, no sentido de interferir nas suas condutas ou até mesmo por achar que seu serviço estaria sendo inspecionado<sup>8</sup>. No estudo de Bruggemann, Osis, Parpinelli<sup>9</sup> a expectativa dos profissionais de saúde sobre a presença do acompanhante no trabalho de parto mostrou-se, inicialmente, negativa porém, foi superada após a experiência<sup>9</sup>. Na maternidade 1, observou-se que a maioria dos profissionais não realizou essa prática por falha na estrutura física, uma vez que, o alojamento do pré-parto não é individual e muito reduzido, fazendo com que essa presença se torne desconfortável, pois dificulta o andamento do serviço. No pré-parto não há acomodações para os acompanhantes, não há biombo dividindo os leitos, sendo assim torna-se desconfortável tanto para a parturiente quanto para o acompanhante, pois são obrigados a dividirem esse momento tão íntimo com pessoas desconhecidas.

O partograma é um instrumento de comunicação que se permite observar a evolução

do trabalho de parto através de uma representação gráfica. Ele contém todas as informações como dilatação, dinâmica uterina, batimentos cardíacos<sup>10</sup>. A OMS<sup>2</sup> recomenda a utilização do partograma no trabalho de parto, tendo como objetivos melhorar a assistência, evitar intervenções desnecessárias e reduzir a morbi-mortalidade materna e fetal<sup>2</sup>. Em um estudo realizado em uma maternidade-escola em Alagoas, observou-se que o uso do partograma é bastante limitado devido à baixa utilização. Além disso, quando utilizado os itens não são preenchidos totalmente<sup>11</sup>. Em uma meta-análise avaliou-se cinco ensaios clínicos, dos quais dois estudos avaliaram o uso ou não do partograma envolvendo 1590 mulheres. Concluiu-se não haver evidências suficientes para recomendar o uso rotineiro, não havendo diferença entre o uso do partograma e a diminuição da taxa de cesariana<sup>12</sup>. No entanto, segundo o Ministério da Saúde sua utilização melhora a qualidade da assistência ao parto, uma vez que permite identificar possíveis intercorrências, podendo intervir de maneira eficaz<sup>3</sup>. No presente estudo, observou-se que o partograma é bastante utilizado nas duas maternidades (88,4%).

Quanto ao estímulo à movimentação e a posição não supina, a maioria dos profissionais das duas maternidades disse realizar esse tipo de prática no presente estudo. Em uma meta-análise envolvendo 21 estudos com um total de 3706 mulheres, observou-se que a posição vertical diminuiu o tempo de trabalho de parto em cerca de uma hora. Além disso, mulheres em posição não supina e que deambularam necessitaram de menos analgesia e perceberam mais conforto durante todo o processo<sup>13</sup>.

Muitos médicos ainda utilizam a posição deitada (litotomia), pois para eles facilita o exame para verificar a dilatação do colo uterino e a evolução do parto por meio da observação e palpação, permitindo a condução ativa do parto pelo médico, mesmo sabendo que essa posição não favorece a evolução do trabalho de parto<sup>14</sup>. No estudo nacional Nacer no Brasil realizado em cinco regiões do país, em 266 hospitais, observou-se que a posição de litotomia esteve presente em 90% dos partos, sendo que na Região Centro-Oeste foi mais frequente. No entanto, observou-se que a liberdade de movimento na primeira fase do trabalho de parto reduz o tempo de trabalho de parto, porém não parece estar associada ao aumento de intervenções ou aos efeitos negativos relacionados ao bem-estar das mães e bebês<sup>4</sup>.

Com relação às práticas consideradas ineficazes ou utilizadas de forma inadequadas está a analgesia<sup>2</sup>. No presente estudo, a maioria dos profissionais da maternidade 1 disse não realizar esse tipo de procedimento, enquanto que na maternidade 2 a maioria afirmou realizar a analgesia. Na pesquisa Nacer no Brasil envolvendo 23.840 mulheres observou-se que mulheres com maior escolaridade e que tiveram parto na rede privada apresentaram uma proporção mais elevada de uso de analgesia. Para as mulheres socioeconomicamente

desfavorecidas observou-se maior utilização de procedimentos dolorosos e de baixo uso de analgesia<sup>4</sup>. Em um estudo realizado com 40 pacientes divididas em dois grupos para comparar o efeito da analgesia peridural e analgesia combinada, observou-se que a técnica combinada proporciona um alívio rápido da dor, ambas mostram-se seguras e eficazes para o trabalho de parto. Além disso, não está relacionada ao aumento do uso de fórceps no período expulsivo<sup>15</sup>.

Muitos profissionais acreditam que a tricotomia se faz necessária por uma questão de higiene e para evitar possíveis infecções, além de facilitar a sutura em casos de laceração ou episiotomia<sup>16</sup>. No entanto, uma meta-análise realizada por Porto, Amorim e Souza envolvendo três ensaios clínicos com 1.039 mulheres concluiu que não há evidências que recomendem sua utilização de rotina<sup>16,17</sup>. No presente estudo observou-se que a maioria dos profissionais relatou ser rotina na maternidade 1 (65,1%), no entanto na maternidade 2 a maioria (76,7%) relatou não utilizar esse tipo de procedimento.

O uso rotineiro da ocitocina foi relatado pela maioria dos profissionais da maternidade 1 enquanto que na maternidade 2 a maioria dos profissionais disse não realizar. Esse tipo de procedimento é utilizado para indução ou aceleração do trabalho de parto, pode trazer efeitos adversos como a hiperestimulação uterina e conseqüentemente, gerar riscos para o feto<sup>18</sup>. Não obstante, o uso indiscriminado, principalmente no início do trabalho de parto, faz com as dores não acompanhem a dilatação, e, com isso, as mulheres ficam exaustas principalmente ao perceberem que a dor aumentou e não há evolução desse processo, levando muitas vezes a optarem por uma cesárea<sup>11</sup>. Na pesquisa nacional Nascer no Brasil, observou-se que a infusão de ocitocina e amniotomia foram técnicas bastante utilizadas para acelerar o trabalho de parto, ocorrendo em 40% das mulheres de risco habitual<sup>4</sup>. No presente estudo 65,1% dos profissionais relataram ser rotina esse tipo de procedimento na maternidade 1 enquanto na maternidade 2, 62,8% disseram não realizar.

A amniotomia antes da dilatação completa (amniotomia precoce) é frequentemente utilizada para acelerar o trabalho de parto. No presente estudo, essa prática não prevaleceu nas maternidades estudadas. Em um estudo realizado em um centro de parto em Sampopemba, São Paulo, envolvendo 1079 partos, observou-se que a amniotomia foi realizada em 53,4% dos partos<sup>19</sup>. Numa revisão sistemática envolvendo 14 ensaios clínicos randomizados avaliando 4893 mulheres com objetivo de verificar se amniotomia diminui o tempo de trabalho de parto, conclui-se que não houve evidência quanto a duração do parto, no entanto foi associada ao aumento do risco de evoluir para cesariana<sup>20</sup>. Na presente pesquisa, a maioria dos profissionais das duas maternidades relatou não ser parte da rotina (53,5% na maternidade 1 e 69,8% na maternidade 2).

A OMS<sup>2</sup> recomenda que a taxa de episiotomia fique entre 10% e 30% dos partos. No estudo de Monte e Rodrigues<sup>17</sup> observou-se que os profissionais entrevistados reconheceram muitas vezes realizar episiotomia, por se sentirem inseguros e por medo da laceração, mesmo que as evidências científicas demonstre o contrário<sup>2,22</sup>. No entanto, evidências científicas demonstram que a laceração grau 1 e 2 apresentam melhores resultados referentes a dor, perda sanguínea e dispareunia do que a episiotomia<sup>14</sup>.

Por fim, no presente estudo, quando comparadas as duas maternidades, as rotinas da maternidade 2, que foi criada como modelo de humanização, se adequam mais as recomendações da OMS, como por exemplo quanto a presença do acompanhante, a presença da enfermeira obstétrica, o estímulo a movimentação e a posições não supinas e utilização do partograma. Já na maternidade 1, observou-se uma série de intervenções consideradas pela OMS como ineficazes ou utilizadas de forma inadequadas como a utilização rotineira de ocitócitos, episiotomia, tricotomia e a não permissão do acompanhante.

Portanto, nesse estudo, muitos profissionais alegam não realizar algumas recomendações feitas pela OMS devido à falta de estrutura e de profissionais de saúde adequados nas maternidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARVALHO, EMP, GÖTTEMS, LBD, PIRES, MRGM. Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 2015; 49(6):890-898.
2. ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília; 2000.
4. LEAL, MC, PEREIRA, APE, DOMINGES, RMSM, FILHA, MMT, DIAS, MAB, PEREIRA, MN, BASTOS, MH, GAMA, SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde. Pública*, 2014. Vol. 30, sup:517-547, Rio de Janeiro.
5. BOARETTO, MC, RIBEIRO, JM, PINTO, LF. Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. 2003. Rio de Janeiro.
6. VOGT, SE, SILVA, KS, DIAS, MAB. Comparação de modelos assistência ao parto em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, 2014. Vol 48(2): 304-313
7. CANESIN, KF, AMARAL, WN.; Atuação fisioteraêutica para a diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura; *Femina*. Vol 38, nº8, 2010.
8. GONÇALVES, AC *et al.* O acompanhante no centro obstétrico de um hospital universitário de sul do Brasil. *Revista Gaúcha de Enferm.* 36(esp); 159-67. 2015.

9. BRUGGEMANN, OM, OSIS, MJD, PARPINELLI, MA. Apoio no nascimento: percepção de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev. Saúde Pública. São Paulo, 2007.
10. ROCHA, IMS *et al.* O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. Revista Escola de Enfermagem da USP. 43(4): 880-8. 2009.
11. BARROS, LA, VERÍSSIMO, RCSS. Uso do partograma em maternidades escola de Alagoas. Revista da rede de enfermagem do nordeste. 2011. Vol. 12, 555-60. Fortaleza
12. LAVENDER T, HART A, SMYTH RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
13. LAWRENCE A, LEWIS L, HOFMEYR GJ, DOWSWELL T, STYLES C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
14. BRASIL, Caderno Humaniza SUS. Humanização do parto e do nascimento. 2014. Vol. 04. Brasília.
15. CORTÊS, CAF, SANCHEZ, CA, OLIVEIRA, AS, SANCHEZ, FM. Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raqui-peridural versus anestesia peridural contínua. Revista Brasileira de Anestesiologia. 57(1): 39-51, 2007.
16. BRASIL. Caderno Humaniza SUS. Humanização do parto e do nascimento. 2014. Vol 04. Brasília
17. PORTO, AMF, AMORIM, MMR, SOUZA, ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseado em evidências. Femina.2010. Vol. 38(10) 528-537.
18. MONTE, AS, RODRIGUES, DP. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. Revista baiana de Enfermagem, 2013, vol.27, 265-276. Salvador.
19. SILVA, FMBS, *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013. Vol. 47 (5): 1031-8.
20. SMYTH RM, ALLDRED SK, MARKHAM C. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

Sabe-se que a assistência ao parto normal vem sendo inserido de forma lenta nas maternidades de todo o país. Sendo que a OMS há 20 anos criou recomendações quanto a práticas a serem utilizadas as práticas que devem ser usadas com cautela ou serem evitadas, ainda hoje encontramos essas práticas como parte das condutas e rotinas de muitos profissionais.

Quando comparadas as duas maternidades, a maternidade 2 que foi criada como modelo de humanização e sua rotina se adéqua mais as recomendações da OMS, como por exemplo quanto a presença do acompanhante, a presença da enfermeira obstétrica, o estímulo a movimentação e a posições não supinas e utilização do partograma. Já na maternidade 1, observou-se uma série de intervenções consideradas pela OMS como ineficazes ou utilizadas de forma inadequadas como a utilização rotineira de ocitócitos, episiotomia, tricotomia e a não permissão do acompanhante.

No entanto, foi grande a satisfação das entrevistadas quanto à assistência prestada nas duas maternidades. Isso pode estar relacionada à atenção prestada pelos profissionais independente da utilização das práticas recomendadas pela a OMS, ou devido a baixa expectativa dessas mulheres quanto ao atendimento.

Muitos profissionais alegam não realizar algumas recomendações feitas pela OMS devido à falta de estrutura e de profissionais de saúde adequados nas maternidades.

Portanto, é importante que haja um engajamento maior por parte dos dirigentes quanto a melhoria da assistência ao parto, qualificando profissionais e melhorando assim o serviço prestado, além de dar condições para que seja realizado essas práticas de humanização.

## REFERÊNCIAS

---

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, 2011.

BARBIERI, M; HENRIQUE, A. J.; CHORS, F. M.; MAIA, N. L.; GABRIELLONI, M. C. Banho quente de aspersão, exercícios perieais com bola suíça e dor no trabalho de parto. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 5, p: 478-84, 2013.

BASEVI V, LAVENDER T. Routine perineal shaving on admission in labour (**Cochrane Review**). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.

BESSA, L, MAMEDE, MV. Ação educativa: uma perspectiva para a humanização do parto? **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 24: 11-22. Salvador, 2010.

BIO, E. R.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Influência da Mobilidade Materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 11, p: 671-679. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Brasília; 2000.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 5 abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 05 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica da Mulher**. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher, 2001. Brasília; 2001.

BRASIL. **Caderno Humaniza SUS. Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, 2014.

BRUGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A.; Apoio no nascimento: percepção de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p:1-9. São Paulo, 2007.

CABRAL, F.B.; HIRT, L.M.; SAND, I.C.P.V. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Ver. Esc, Enferm. USP.**, v. 47, n.2, p:281-7, 2012.

CANESIN, K. F.; AMARAL, W.N.; Atuação fisioterapêutica para a diminuição do tempo do trabalho de parto: revisão de literatura; **Femina.**, v. 38, n. 8, 2010.

CARRARO TE, KNOBEL R, RAIINZ V, MEINCKE SMK, FIEWSKI MFC, FRELLO AT, et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto: Na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, p: 97-104, 2006.

CARVALHO, V.C.P.; ARAÚJO, T.V.B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de

Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil.**, v. 7, n. 3, p:309-317, 2007.

CORTÊS, C.A.F.; SANCHEZ, C.A.; OLIVEIRA, A.S.; SANCHEZ, F.M. Analgesia de parto: estudo comparativo entre anestesia combinada raquiperidural versus anestesia peridural contínua. **Revista Brasileira de Anestesiologia.** 57(1): 39-51, 2007.

Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia. **Arq Bras Cardiol;** 93(6 supl.1): e110-e178, 2009.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; MELO, E. S. Estratégias não farmacológicas no alívio da dor durante trabalho de parto: pré-teste de um instrumento. **Rev. Latino-Americana enfermagem.**, v. 15, n. 6, 2007.

DOMINGUES, R.M.S.M.; HARTZ, Z.M.A.; DIAS, M.A.B. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n. 3, p: 425-437, 2012.

GALLO, R.B.; SANTANA, L.S.; FERREIRA, C.H.J.; MARCOLIN, A.C.; POLINETO, OB, QUINTANA, GDSM. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised Trial. **Journal of Physiotherapy**, v. 59, n. 2, p:109-116, 2013.

GAYESKI, M. E.; BRUGGEMANN, O. M. Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: Uma revisão de sistemática. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n. 4, p: 774-82, 2010.

HODNETT, E. D. *et al.* Alternative versus conventional institutional settings for birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, issue 7, 2012a. Art. N. CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub3.

HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M.; Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção das participantes. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 41, n. 4, p:559-66, 2013.

LEAL, M. C. ; PEREIRA, A. P. E; DOMINGES, R. M. S. M.; FILHA, M. M. T.; DIAS, M. A. B.; PEREIRA, M. N.; BASTOS, M. H.; GAMA, S. G. N. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde. Pública**, vol. 30, sup:517-547, Rio de Janeiro. 2014

LOPES, D. M.; BONFIM, A. S.; SOUSA, A. G. ; REIS, L. S. O.; SANTOS, L. M. Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**, v. 4, n. 1, p:2623-35, 2012.

MIGUELUTTI, M.A.; CECATTI, J.G.; MORAIS, S.S. MAKUCH, M.Y. Posição vertical durante o trabalho de parto: Dor e satisfação. **Rev. Bras. Saúde. Matern. Infant.**, v. 9, n. 4, p: 393-398. Out/dez. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE [Internet]. SECRETARIA EXECUTIVA. DATASUS [acesso em set. 2010]. Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvgo.def>

MONTE, AS, RODRIGUES, DP. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. **Revista baiana de Enfermagem**, 2013, vol.27, 265-276. Salvador.

NAGAHAMA, E. E. I.; Santiago, S. M.; Práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 24, n. 8, p:1859 -1868, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas during labour. *The Cochrane Library*, n. 11, 2012. Disponível em: < [http://www.cochrane.org/CD000330/PREG\\_enemas-during-labour](http://www.cochrane.org/CD000330/PREG_enemas-during-labour) >. Acesso em 14/01/2016.

SANTANA, L. S.; GALLO, R. B. S.; FERREIRA, C. H. J.; QUINTANA, S. M.; MAARCOLIN, C. Efeito do banho de chuveiro no alívio da dor em parturientes na fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Dor**, v. 14, n. 2, p: 111-3, 2013.

SANTOS, L.M.; PEREIRA, S.S.C.P; CARVALHO, E. S. S.; PAIVA, M. S.; SANTOS, V. E. P.; SANTANA, R. C. B. Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **Revista de Pesquisa. Cuidado é fundamental** online, v. 4, n. 3, p: 2655-66, 2012.

SANTOS, L.M.; CARNEIRO, C.S.; CARVALHO, E.S.S.; PAIVA, M.S. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Revista da rede de enfermagem do nordeste.**, v. 13, n. 5, p: 994-1003, 2012.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G., LAGO, T.G. O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública.**, v. 20, 2004.

SILVA, L. M.; BARBIERI, M; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 1, p: 60-5, 2011.

SMYTH, R.M.; ALLDRED S.K.; MARKHAM C. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software

SOUZA, J. P.; CASTRO, C. P. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quartenária. **Cad. Saúde Pública**, v. 30 sup: s11-s13. Rio de Janeiro. 2014.

SOUZA, T.G.; GAIVA, M.A.M.; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento. Percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de enfermagem**. v. 32, 479-86. Porto Alegre.

STRASSBURGER, S. Z.; DREHER, D. Z.; A fisioterapia na atenção a gestantes e familiares: Relato de um grupo de extensão universitária. **Scientia Médica.**, v. 16, n. 1, 2006.

VIGGIANO, M. G.; MOREIRA, S. F.; AMARAL, W. N.; Assistência ao Parto Humanizado. Goiânia; 2013.

VIGGIANO, M. G.; MOREIRA, S. F.; AMARAL, W. N.; Assistência ao Parto Humanizado e neonatal. Goiânia, 2014.

VOGT, S. E.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p: 304-313, 2014.

WEI, C.Y.; GUALDA, D.M.R; JUNIOR, H.P.O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto e Contexto da Enfermagem**, v. 20, n. 4, p: 717-25. 2011.

WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q.; BOSCO, S. M. Escolha da via de part pela mulher: autonomia ou indução? **Caderno de Saúde Coletiva**, v 22, n 1: p: 46-53. Rio de Janeiro. 2014

## **ANEXOS**

---

**Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**

**Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

**Anexo 3 – Normas de publicação dos respectivos periódicos**

**Anexo 4 – Roteiros de Entrevistas**

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Assistência Humanizada na atenção a Partos: Percepção das Puérperas e profissionais de saúde

**Pesquisador:** Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 34053014.3.0000.5078

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE GOIÁS  
Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 861.536

**Data da Relatoria:** 28/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

não se aplica

**Objetivo da Pesquisa:**

não se aplica

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

não se aplica

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

não se aplica

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

não se aplica

**Recomendações:**

não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências foram devidamente atendidas.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

**Bairro:** St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020

**UF:** GO **Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3269-8338

**Fax:** (62)3269-8426

**E-mail:** cephufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 861.536

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

GOIANIA, 06 de Novembro de 2014

Assinado por:

**JOSE MARIO COELHO MORAES**  
(Coordenador)

## **ANEXO 2 – TCLE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

**1.1.** Paciente nº: \_\_\_\_\_  
Iniciais do profissional: \_\_\_\_\_

Nome da pesquisadora: Ft. Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira

Nome da instituição: Maternidade

Endereço: Goiânia - GO.

Telefones: (62) 82124894/ (62)84081202/ (62) 39833330.

#### **2. Tema do estudo**

Assistência humanizada na atenção a partos: percepção das puérperas e profissionais de saúde.

##### **Introdução**

Você está sendo convidada a participar, como voluntário, de um estudo. Caso queira participar desse estudo, é importante que você leia e entenda a explicação a seguir. Ela descreve os objetivos, procedimentos e benefícios da sua entrada no estudo. Descreve os tratamentos que estarão disponíveis para você e o seu direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Caso você aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora nos telefones acima citados. Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), no telefone (62) 3269-8338. É importante que você entenda que nenhuma garantia ou promessa pode ser feita com relação aos resultados do estudo.

##### **Objetivo**

Avaliar a satisfação das mulheres e profissionais de saúde envolvidas no processo de humanização do parto, e avaliar a qualidade do atendimento da equipe de saúde envolvida no mesmo.

##### **Procedimentos**

Inicialmente você responderá a questões sobre sua profissão, idade, escolaridade, quanto tempo trabalha na maternidade, práticas de atenção ao parto. Você responderá também a um questionário sobre a qualidade do atendimento no trabalho de parto, sobre as práticas obstétricas, presença de acompanhante, ou seja, sobre a qualidade do serviço na maternidade.

Os procedimentos descritos acima serão realizados entre primeiro e segundo dia após o seu parto e depois e acontecerão em um local reservado na Maternidade.

##### **Riscos, Desconfortos e Benefícios**

Poderá haver possível cansaço durante a sessão. Caso haja algum dano (físico ou psicológico) para o voluntário da pesquisa este será devidamente assistido pela equipe de psicologia e pela instituição na qual se realiza o estudo.

**Os benefícios da sua participação nesse estudo serão:** haverá a contribuição para o aprimoramento da prática assistencial às mulheres em seu período gravídico-puerperal dentro da Maternidade, bem como a contribuição para o conhecimento científico. Além disso, poderá contribuir para a efetivação das diretrizes do Ministério da Saúde sobre o parto humanizado.

Você será monitorada de perto pela fisioterapeuta e pesquisadora responsável Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira

Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Você tem direito à indenização em caso de danos provocados pelo estudo.

##### **Conclusão**

Sua participação nesse estudo é voluntária. Você tem o direito de se recusar a participar ou de retirar a sua participação a qualquer momento por qualquer motivo. Sua recusa em participar ou sua saída do estudo não implicará em penalidade ou perda dos benefícios aos quais tem direito, nem afetará seus cuidados médicos atuais.

Nome e Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

**Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa**

Fui informada sobre os dados coletados e que tenho total liberdade de não aceitar participar da pesquisa, e retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento. Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Assistência humanizada na atenção o nascimento e parto: Ensino e prática dos Profissionais de Saúde”, como sujeito voluntário. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional: \_\_\_\_\_

Assinatura datiloscópica:

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PUÉRPERA

2.1. Paciente nº: \_\_\_\_\_  
Iniciais do paciente: \_\_\_\_\_

Nome da pesquisadora: Ft. Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira

Nome da instituição: Maternidade:

Endereço: Goiânia - GO.

Telefones: (62) 82124894/ (62)84081202/ (62) 39833330.

### 3. Tema do estudo

Assistência humanizada na atenção a partos: percepção das puérperas e profissionais de saúde.

#### Introdução

Você está sendo convidada a participar, como voluntário, de um estudo. Caso queira participar desse estudo, é importante que você leia e entenda a explicação a seguir. Ela descreve os objetivos, procedimentos e benefícios da sua entrada no estudo. Descreve os tratamentos que estarão disponíveis para você e o seu direito de se retirar do estudo a qualquer momento. Caso você aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Em caso de qualquer dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora nos telefones acima citados. Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG), no telefone (62) 3269-8338. É importante que você entenda que nenhuma garantia ou promessa pode ser feita com relação aos resultados do estudo.

#### Objetivo

Avaliar a satisfação das mulheres e profissionais de saúde envolvidas no processo de humanização do parto, **bem como** avaliar a qualidade do atendimento da equipe de saúde envolvida no mesmo.

#### Procedimentos

Inicialmente você responderá a questões sobre sua profissão, idade, escolaridade, quanto tempo trabalha na maternidade, práticas de atenção ao parto. Você responderá também a um questionário sobre a qualidade do atendimento no trabalho de parto, sobre as práticas obstétricas, presença de acompanhante, ou seja, sobre a qualidade do serviço na maternidade.

Os procedimentos descritos acima serão realizados entre primeiro e segundo dia após o seu parto e depois e acontecerão em um local reservado na Maternidade.

#### Riscos, Desconfortos e Benefícios

Poderá haver possível cansaço durante a sessão. Caso haja algum dano (físico ou psicológico) para o voluntário da pesquisa este será devidamente assistido pela equipe de psicologia e pela instituição na qual se realiza o estudo.

**Os benefícios da sua participação nesse estudo serão:** haverá a contribuição para o aprimoramento da prática assistencial às mulheres em seu período gravídico-puerperal dentro da Maternidade, **bem como** a contribuição para o conhecimento científico. Além disso, poderá contribuir para a efetivação das diretrizes do Ministério da Saúde sobre o parto humanizado.

Você será monitorada de perto pela fisioterapeuta e pesquisadora responsável Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira

Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Você tem direito à indenização em caso de danos provocados pelo estudo.

#### Conclusão

Sua participação nesse estudo é voluntária. Você tem o direito de se recusar a participar ou de retirar a sua participação a qualquer momento por qualquer motivo. Sua recusa em participar ou sua saída do estudo não implicará em penalidade ou perda dos benefícios aos quais tem direito, nem afetará seus cuidados médicos atuais.

Nome e Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

#### Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Fui informada sobre os dados coletados e que tenho total liberdade de não aceitar participar da pesquisa, bem como retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento/tratamento. Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Assistência humanizada na atenção o nascimento e parto: Ensino e prática dos Profissionais de Saúde”, como sujeito voluntário. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Nayara Rodrigues Gomes de Oliveira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura da paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura datiloscópica:

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO 3 – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DOS RESPECTIVOS PERIÓDICOS

### CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

**1.1 - Artigo:** resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

**1.2 - Revisão:** Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

**1.3 - Ensaio:** texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

**1.4 - Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.5 - Debate:** análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.6 - Seção temática:** seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

**1.7 - Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

**1.8 - Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.9 - Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

**1.10 - Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

#### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

**2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

**2.3** - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

**2.4** - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

**2.5** - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

#### 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

**3.1** - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde

(OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- o Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- o ClinicalTrials.gov
- o International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- o Nederlands Trial Register (NTR)
- o UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- o WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

#### 7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

#### 8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

#### 9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

#### 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos

está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na *Declaração de Helsinki* (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

**10.2** - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

**10.3** - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

**10.4** - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

**10.5** - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

**11.1** - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

**11.2** - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [esp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:esp-artigos@ensp.fiocruz.br).

**11.3** - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

**11.4** - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. ENVIO DO ARTIGO

**12.1** - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

**12.2** - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

**12.7** - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

**12.8** - *Agradecimentos*. Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, **bem como** a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

- 12.12** - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- 12.17** - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18** - *Tabelas*. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.19** - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20** - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 12.21** - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.22** - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
- 12.23** - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.24** - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.25** - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
- 12.26** - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
- 12.27** - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
- 12.28** - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

- 13.1** - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
- 13.2** - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

- 14.1** - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

### 15. PROVA DE PRELO

**15.1** - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

**15.2** - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ( [cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo

**Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**  
Rua Leopoldo Bulhões 1480 - Rio de Janeiro RJ 21041-210 Brasil  
Secretaria Editorial +55 21 2598-2511 :: Assinaturas +55 21 2598-2514  
© 2012 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação  
Oswaldo Cruz.

### **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**

A Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rev Bras Ginecol Obstet., ISSN 0100 7203), publicação mensal de divulgação científica da Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), é dirigida a obstetras, ginecologistas e profissionais de áreas afins, com o propósito de publicar contribuições originais sobre temas relevantes no campo da Ginecologia, Obstetrícia e áreas correlatas. É aberta a contribuições nacionais e internacionais. A revista aceita e publica trabalhos apenas em inglês.

O material enviado para análise não pode ter sido submetido simultaneamente à publicação em outras revistas nem publicado anteriormente. Na seleção dos manuscritos para publicação, são avaliadas originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. O material publicado passa a ser propriedade da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e da Febrasgo, só podendo ser reproduzido, total ou parcialmente, com a anuência dessas entidades.

Os manuscritos submetidos à revista são analisados por pareceristas e o sigilo sobre a autoria e a identidade dos revisores é garantido durante todo o processo de edição. Os pareceres dos revisores e as instruções do editor serão enviados para os autores para que eles tomem conhecimento das alterações a serem introduzidas. Os autores devem reenviar o texto com as modificações solicitadas assim que possível, devendo justificar, na carta de encaminhamento, se for o caso, o motivo do não atendimento de alguma sugestão para modificação. Não havendo retorno do trabalho após três meses, presume-se que os autores não têm mais interesse na publicação. Os autores podem solicitar em qualquer ponto do processo de análise e edição do texto a sustação do processo e a retirada do trabalho. Os conceitos e as declarações contidos nos artigos são de responsabilidade dos autores.

A revista publica contribuições nas seguintes categorias:

1. Artigos Originais, trabalhos completos prospectivos, experimentais ou retrospectivos. Manuscritos contendo resultados de pesquisa clínica ou experimental original têm prioridade para publicação.
2. Relatos de Casos, de grande interesse e bem documentados, do ponto de vista clínico e laboratorial. Os autores deverão indicar na carta de encaminhamento os aspectos novos ou inesperados em relação aos casos já publicados. O texto das seções Introdução e Discussão deve ser baseado em revisão bibliográfica atualizada. O número de referências pode ser igual ao dos trabalhos completos.
3. Técnicas e Equipamentos, para apresentação de inovações em diagnóstico, técnicas cirúrgicas e tratamentos, desde que não sejam, clara ou veladamente, propaganda de drogas ou outros produtos. Valem para essa categoria todas as normas aplicadas para trabalhos completos.
4. Artigos de Revisão, incluindo avaliação crítica e sistematizada da literatura, meta-análises ou revisões sistemáticas. A seleção dos temas e o convite aos autores têm como base planejamento estabelecido pela editoria. Contribuições espontâneas podem ser aceitas. Nesse caso, devem ser enviados inicialmente um resumo ou roteiro do texto, a lista de autores e as respectivas publicações sobre o tema. Se houver interesse da revista, será enviado convite para apresentação do texto definitivo. Todos os autores devem ter publicações em periódicos regulares, indexados sobre o tema da revisão. O número de autores é limitado a quatro, dependendo do tipo de texto e da metodologia empregada. Devem ser descritos os métodos e procedimentos adotados para a

obtenção do texto, que deve ter como base referências recentes, inclusive do ano em curso. Tratando-se de tema ainda sujeito a controvérsias, a revisão deve discutir as tendências e as linhas de investigação em curso. Apresentar, além do texto da revisão, resumo, abstract e conclusões. Ver a seção "Preparo do manuscrito" para informações quanto ao texto principal, página de rosto, resumo e abstract;

5. Comentários Editoriais, solicitados pelo editor;
6. Resumos de Teses apresentadas e aprovadas nos últimos 12 meses, contados da data de envio do resumo. Devem conter, aproximadamente, 300 palavras e, para serem aceitos, devem seguir as normas da revista quanto à estruturação, à forma e ao conteúdo. Incluir título em português e inglês e, no mínimo, três palavras ou expressões-chave. Não há revisão do texto dos Resumos de Teses. No arquivo enviado, informar: nome completo do autor e do orientador; membros da banca; data de apresentação e a identificação do serviço ou departamento onde a tese foi desenvolvida e apresentada. Lembramos que a publicação do resumo não impede a posterior publicação do trabalho completo em qualquer periódico.
7. Cartas dos Leitores para o Editor, versando sobre matéria editorial ou não, mas com apresentação de informações relevantes ao leitor. As cartas podem ser resumidas pela editoria, mas com manutenção dos pontos principais. No caso de críticas a trabalhos publicados, a carta é enviada aos autores para que sua resposta possa ser publicada simultaneamente.

### **Forma e preparação de manuscritos**

#### **Informações gerais**

1. A revista não aceita material editorial com objetivos comerciais.
2. Conflito de interesses: devem ser mencionadas as situações que podem influenciar de forma inadequada o desenvolvimento ou as conclusões do trabalho. Entre essas situações, menciona-se a participação societária nas empresas produtoras das drogas ou dos equipamentos citados ou utilizados no trabalho, assim como em concorrentes da mesma. São também consideradas fontes de conflito os auxílios recebidos, as relações de subordinação no trabalho, as consultorias etc.
3. No texto, deve ser mencionada a submissão e a aprovação do estudo por um Comitê de Ética em Pesquisa reconhecido pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).
4. Artigo que trate de pesquisa clínica com seres humanos deve incluir a declaração, na seção Métodos, de que os sujeitos do estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado. Os autores devem informar, também, que a pesquisa foi conduzida de acordo com a Declaração de Helsinque revisada em 2008.
5. No caso de trabalhos envolvendo experimentação animal, os autores devem indicar na seção Métodos que foram seguidas as normas contidas no CIOMS (Council for International Organization of Medical Sciences) Ethical Code for Animal Experimentation (WHO Chronicle 1985; 39(2):51-6) e os preceitos do Colégio Brasileiro de Experimentação Animal - COBEA ([www.cobea.org.br](http://www.cobea.org.br)).
6. Todos os ensaios controlados aleatórios (randomized controlled trials) e clínicos (clinical trials) submetidos à publicação devem ter o registro em uma base de dados de ensaios clínicos. Essa é uma orientação da Plataforma Internacional para Registros de Ensaios Clínicos (ICTRP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). As instruções para o registro estão disponíveis no endereço eletrônico do ICMJE ([http://www.icmje.org/clin\\_trialup.htm](http://www.icmje.org/clin_trialup.htm)) e o registro pode ser feito na base de dados de ensaios clínicos da National Library of Medicine, disponível em <http://clinicaltrials.gov/ct/gui>.
7. O número de autores de trabalhos completos e relatos de casos é limitado a sete. Trabalhos de autoria coletiva (institucionais) devem ter os responsáveis especificados. Trabalhos e estudos multicêntricos podem ter número de autores compatível com o número de centros (cada situação será avaliada pela editoria e pelos revisores). Os investigadores responsáveis pelos protocolos aplicados devem ser especificados. Todos os autores devem ter conhecimento do texto enviado para a revista.
8. O conceito de coautoria é baseado na contribuição de cada um, para a concepção e planejamento do trabalho, análise e interpretação dos dados, para a redação ou revisão crítica do texto. A inclusão de nomes cuja contribuição não se enquadre nos critérios citados ou que tenham fornecido apenas suporte material não é justificável.
9. Os autores serão informados, por correspondência eletrônica, do recebimento dos trabalhos. Os trabalhos que estiverem de acordo com as Instruções aos Autores e se enquadram na política editorial da revista serão enviados para análise por revisores indicados pelo editor. Os originais em desacordo com os objetivos da revista ou com essas instruções são devolvidos aos autores para as adaptações necessárias antes da avaliação pelo Conselho Editorial ou recusados sem análise por revisores.
10. Junto dos arquivos originais, deve ser enviada uma carta de encaminhamento, na qual deve ficar

explícita a concordância com as normas editoriais, com o processo de revisão e com a transferência de copyright para a revista.

11. Para manuscritos originais, não ultrapassar 25 páginas de texto digitado ou aproximadamente 30.000 caracteres. Limitar o número de tabelas e figuras ao necessário para apresentação dos resultados que são discutidos (como norma geral, limitar a cinco). Para manuscritos do tipo Relato de Caso, não ultrapassar 15 páginas de texto ou 18.000 caracteres (ver "Preparo do manuscrito", "Resultados").
12. O trabalho deve ser enviado pelo sistema de submissão online no portal SciELO. O endereço eletrônico de todos os autores deve ser fornecido. Desta forma, os coautores receberão informação sobre a submissão do trabalho e, assim, não será necessária a assinatura de todos na carta de encaminhamento. O endereço eletrônico para correspondência com a revista é [rbgo@fmrp.usp.br](mailto:rbgo@fmrp.usp.br). O arquivo correspondente ao trabalho deve ser único e deve conter texto, referências, tabelas e figuras.

### **Preparo dos manuscritos**

As normas que seguem foram baseadas no formato proposto pelo ICMJE e publicado no artigo "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", atualizado em Outubro de 2008 e disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org/>.

### **Apresentação do texto**

1. Os trabalhos devem ser digitados em espaço 2 em todas as seções, da página de rosto às referências bibliográficas, tabelas e legendas. Cada página deve conter aproximadamente 25 linhas em uma coluna. Usar preferencialmente o processador de texto Microsoft Word® e a fonte Times New Roman 12. Não dar destaque a trechos do texto: não sublinhar ou usar negrito. Numerar todas as páginas, iniciando pela de rosto.
2. Não usar maiúsculas nos nomes próprios (a não ser a primeira letra) no texto ou nas referências bibliográficas. Não utilizar pontos nas siglas (DPP em vez de D.P.P.). Quando usar siglas ou abreviaturas, descrevê-las por extenso na primeira vez que mencionadas no texto. Iniciar cada seção em uma nova página: página de rosto; resumo e palavras ou expressões-chave; abstract e keywords; texto; agradecimentos; referências; tabelas individuais e legendas das figuras.

### **Página de rosto**

Apresentar o título do trabalho em português e em inglês; nomes completos dos autores sem abreviaturas; endereços eletrônicos válidos de todos os autores (opcional, em substituição à carta de encaminhamento); nome da instituição onde o trabalho foi desenvolvido; afiliação institucional dos autores; informações sobre auxílios recebidos sob forma de bolsas de estudos, financiamento, fornecimento de drogas, reagentes ou equipamentos. Obrigatoriamente deve ser fornecido o endereço da instituição onde o trabalho foi desenvolvido, o qual é publicado na página inicial do trabalho. Devem ser indicados nome, endereço, telefone/fax e e-mail do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Essas informações pessoais são empregadas apenas para correspondência com a revista e somente são publicadas se houver pedido do(s) autor(es).

### **Resumo**

O resumo do trabalho deve aparecer na segunda página. Para trabalhos completos, redigir um resumo estruturado, que deve ser dividido em seções identificadas: objetivo, métodos, resultados e conclusões. Deve ter aproximadamente 300 palavras. O resumo deve conter as informações relevantes, permitindo que o leitor tenha uma ideia geral do trabalho. Deve incluir descrição resumida de todos os métodos empregados e da análise estatística efetuada. Expor os resultados numéricos mais relevantes, e não apenas indicação de significância estatística. As conclusões devem ser baseadas nos resultados do trabalho e não da literatura. Evitar o uso de abreviações e símbolos. Não citar referências bibliográficas no resumo.

Abaixo do texto do resumo indicar o número de registro e/ou identificação para os ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos (ver item 5 das "Informações Gerais").

Na mesma página do resumo, citar pelo menos três palavras ou expressões-chave que serão empregadas para compor o índice anual da revista. Devem ser baseadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) publicado pela Bireme, que é uma tradução do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library of Medicine e está disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

O abstract deve ser versão fiel do texto do resumo estruturado (purpose, methods, results e conclusions). Deve ser também acompanhado da versão para o inglês das palavras ou expressões-chave (keywords). O resumo e o abstract dos Relatos de Casos e dos Artigos de Revisão e de Atualização não devem ser estruturados e são limitados a 150 palavras.

### **Introdução**

Repetir, na primeira página da introdução, o título completo em português e inglês. Nessa seção, mostre a situação atual dos conhecimentos sobre o tópico em estudo, divergências e lacunas que possam eventualmente justificar o desenvolvimento do trabalho, mas sem revisão extensa da literatura. Para Relatos

de Casos, apresentar um resumo dos casos já publicados, epidemiologia da condição relatada e uma justificativa para a apresentação como caso isolado. Expor claramente os objetivos do trabalho.

### **Métodos**

Iniciar essa seção indicando o planejamento do trabalho: se prospectivo ou retrospectivo; ensaio clínico ou experimental; se a distribuição dos casos foi aleatória ou não etc. Descrever os critérios para seleção dos pacientes ou Grupo Experimental, inclusive dos Controles. Identificar os equipamentos e reagentes empregados (fabricante, cidade e país). Se a metodologia aplicada já tiver sido empregada, indicar as referências, além da descrição resumida do método. Descrever também os métodos estatísticos empregados e as comparações para as quais cada teste foi empregado. Os trabalhos que apresentam como objetivo a avaliação da eficácia ou a tolerabilidade de tratamentos ou drogas devem, necessariamente, incluir Grupo Controle adequado. Para informações adicionais sobre o desenho de trabalhos desse tipo, consultar ICH Harmonized Tripartite Guideline - Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials ([http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/e10_e.html)). Ver também itens 4 e 5 das "Informações Gerais".

### **Resultados**

Apresentar os resultados em sequência lógica, no texto, nas tabelas e nas figuras. Expor os resultados relevantes para o objetivo do trabalho e que são discutidos. Não repetir no texto dessa seção todos os dados das tabelas e figuras, mas descrever e enfatizar os mais importantes, sem interpretação dos mesmos (ver também "Tabelas"). Nos Relatos de Casos, as seções "Métodos" e "Resultados" são substituídas pela "Descrição do caso", mantendo-se as demais.

### **Discussão**

Devem ser realçadas as informações novas e originais obtidas na investigação. Não repetir dados e informações já mencionados nas seções "Introdução" e "Resultados". Evitar citação de tabelas e figuras. Ressaltar a adequação dos métodos empregados na investigação. Comparar e relacionar suas observações com as de outros autores, comentando e explicando as diferenças. Explicar as implicações dos achados, suas limitações e fazer as recomendações decorrentes. Para Relatos de Casos, basear a discussão em ampla e atualizada revisão da literatura. As informações sobre os casos já publicados podem ser tabuladas e exibidas nessa seção para comparações.

### **Agradecimentos**

Dirigidos a pessoas que tenham colaborado intelectualmente, mas cuja contribuição não justifica coautoria, ou para aquelas que tenham provido apoio material.

### **Referências**

Todos os autores e trabalhos citados no texto devem constar dessa seção e vice-versa. Numerar as referências bibliográficas por ordem de entrada no trabalho e usar esses números para as citações no texto. Evitar número excessivo de referências, selecionando as mais relevantes para cada afirmação e dando preferência para os trabalhos mais recentes. Não empregar citações de difícil acesso, como resumos de trabalhos apresentados em congressos, teses ou publicações de circulação restrita (não indexados). Não empregar referências do tipo "observações não publicadas" e "comunicação pessoal". Artigos aceitos para publicação podem ser citados acompanhados da expressão: "aceito e aguardando publicação" ou "in press", indicando-se periódico, volume e ano. Trabalhos aceitos por periódicos que estejam disponíveis online, mas sem indicação de fascículos e páginas, devem ser citados como "ahead of print". Outras publicações dos autores (autocitação) devem ser empregadas apenas se houver necessidade clara e forem relacionadas ao tema. Nesse caso, incluir entre as referências bibliográficas apenas trabalhos originais publicados em periódicos regulares (não citar capítulos ou revisões).

O número de referências bibliográficas deve ser aproximadamente 35. Os autores são responsáveis pela exatidão dos dados constantes das referências bibliográficas.

Para todas as referências, citar os autores até o sexto. Se houver mais de seis autores, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al., conforme os seguintes modelos:

#### *Formato impresso*

- Artigos em revistas  
Ceccarelli F, Barberi S, Pontesilli A, Zancla S, Ranieri E. Ovarian carcinoma presenting with axillary lymph node metastasis: a case report. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2011;32(2):237-9.  
Jiang Y, Brassard P, Severini A, Goleski V, Santos M, Leamon A, et al. Type-specific prevalence of Human Papillomavirus infection among women in the Northwest Territories, Canada. *J Infect Public Health*. 2011;4(5-6):219-27.
- Artigos com título em inglês e texto em português ou outra língua  
Utilizar o título em inglês, entre colchetes e no final da referência, indicar a língua na qual o artigo foi publicado.  
Prado DS, Santos DL. [Contraception in users of the public and private sectors of health]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(7):143-9. Portuguese.



### **Itens para a conferência do manuscrito**

Antes de enviar o manuscrito, conferir se as Instruções aos Autores foram seguidas e verificar o atendimento dos itens listados a seguir:

1. carta de encaminhamento assinada por todos os autores (escaneada e anexada como documento suplementar ou enviada pelo correio) ou informação dos endereços eletrônicos válidos de todos os autores na página de rosto;
2. citação da aprovação do projeto do trabalho por Comissão de Ética em Pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre e informado (na seção "Métodos") e informação sobre o atendimento das exigências para pesquisa em animais;
3. número ou código do registro do estudo, se necessário, na página de rosto (item 5 das "Informações Gerais");
4. conflito de interesses: informar se há ou não. Se houver, explicar sem omissão de informações relevantes;
5. página de rosto com todas as informações solicitadas;
6. resumo e abstract estruturados e compatíveis com o texto do trabalho;
7. três ou mais palavras-chave relacionadas ao texto e respectivas keywords baseadas no Decs;
8. verificar se todas as tabelas e figuras estão corretamente citadas no texto e numeradas, e se as legendas permitem o entendimento das mesmas;
9. referências bibliográficas: numeradas na ordem de aparecimento e corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos citados estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

## ANEXO 4 – ROTEIRO ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nome do hospital/maternidade:

### BLOCO I – CADASTRO

1 - Tipo de instituição?

1a- pública municipal	
1b- pública estadual	
1c- pública federal	
1d- universitária	
1e- filantrópica	

Quantos anos você tem de formado? \_\_\_\_\_

Há quantos anos trabalha nesta maternidade? \_\_\_\_\_

### BLOCO II – POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

1 - conhece a política de humanização ao parto e nascimento do sus?

1a- sim	
1b- não	

Como você e/ou seu serviço se colocam em relação a estas campanhas, atividades ou ações?

1- valorização da importância da assistência no pré-natal?

1a- conhece e não concorda	
1b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
1c- conhece concorda e implanta	
1d- não conhece	

2- presença do acompanhante no trabalho de parto e parto?

2a- conhece e não concorda	
2b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
2c- conhece concorda e implanta	
2d- não conhece	

3- estímulo ao parto natural?

3a- conhece e não concorda	
3b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
3c- conhece concorda e implanta	
3d- não conhece	

4- garantia do leito de internação para o parto?

4a- conhece e não concorda	
4b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
4c- conhece concorda e implanta	

4d- não conhece	
-----------------	--

5- iniciativa maternidade segura?

5a- conhece e não concorda	
----------------------------	--

5b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
---	--

5c- conhece concorda e implanta	
---------------------------------	--

5d- não conhece	
-----------------	--

6- iniciativa hospital amigo da criança?

6a- conhece e não concorda	
----------------------------	--

6b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
---	--

6c- conhece concorda e implanta	
---------------------------------	--

6d- não conhece	
-----------------	--

7- estímulo ao aleitamento materno?

7a- conhece e não concorda ( )	
--------------------------------	--

7b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições ( )	
---	--

7c- conhece concorda e implanta ( )	
-------------------------------------	--

7d- não conhece ( )	
---------------------	--

8- estímulo ao contato precoce mãe-bebê?

8a- conhece e não concorda	
8b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
8c- conhece concorda e implanta	
8d- não conhece	

9-incorporação do profissional enfermeiro(a) obstétrico(a) no trabalho de parto e parto?

9a- conhece e não concorda	
9b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
9c- conhece concorda e implanta	
9d- não conhece	

10- estabelecimento de limites ao parto cesáreo?

10a- conhece e não concorda	
10b- conhece, concorda e não implanta por falta de condições	
10c- conhece concorda e implanta	
10d- não conhece	

11- qual a sua opinião sobre o programa de humanização do parto e nascimento?

11a- favorável	
11b- desfavorável	
11c- não tem opinião formada	
11d- indiferente	
11e- não conhece o programa	

12- como você avalia o apoio da direção geral do hospital ou maternidade ( se for o caso), em relação ao funcionamento do serviço e à política de humanização do parto?

12a- alto	
12b- médio	
12c- baixo	
12d- não se aplica	

### **BLOCO III - PRESENÇA DE ACOMPANHANTE**

1- a presença de um acompanhante (familiar ou não), é permitida em que situações?

1a- não é permitida	
1b- é permitida apenas no puerpério	
1c-é permitida apenas no trabalho de parto	

1d- é permitida no trabalho de parto e no parto normal	
1e- é permitida no trabalho de parto, parto normal ou cesárea	
1f- é permitida no trabalho de parto, parto e puerpério	

2 - no caso de gestantes adolescentes, a presença de acompanhante é permitida?

2a- não é permitida	
2b- apenas no puerpério	
2c- apenas no trabalho de parto	
2d- no trabalho de parto e no parto normal	
2e- no trabalho de parto, parto normal ou cesárea	
2f- no trabalho de parto, parto e puerpério	

3 - após o parto, qual é o horário de visita?

3a- 2 ou 3 vezes na semana em horário definido	
3b- diariamente em horário definido	
3c- diariamente, durante todo o dia (até 20 ou 22 horas)	

4 - após o parto, qual o horário de visita para o pai?

4a- 2 ou 3 vezes na semana em horário definido	
4b- diariamente em horário definido	
4c- diariamente, durante todo o dia (até 20 ou 22 horas)	

5 - a visita de familiar menor de 12 anos, é permitida?

5a- 2 ou 3 vezes na semana em horário definido	
5b- diariamente a tarde	
5c- diariamente, durante todo o dia (até 20 ou 22 horas)	
5d- não é permitido visita de menores de 12 anos	

#### **BLOCO IV - PROCEDIMENTOS**

Na sua maternidade existe orientação para a realização rotineira, salvo contra-indicação,

Dos seguintes procedimentos abaixo:

1- uso do partograma?

1a- sim	
1b- não	
1c- não sabe informar	

2b- estímulo à movimentação da gestante e/ou estímulo a posições não supinas no trabalho de parto?

2a- sim	
2b- não	
2c- não sabe informar	

3c- analgesia peridural no parto normal em determinadas situações?

3a- sim	
3b- não	
3c- não sabe informar	

4- métodos não farmacológicos de alívio da dor?

4a- sim	
4b- não	
4c- não sabe informar	

5d- tricotomia de rotina?

5a- sim	
5b- não	
5c- não sabe informar	

6- cateterização venosa de rotina?

6a- sim	
6b- não	
6c- não sabe informar	

7- enema?

7a- sim	
7b- não	
7c- não sabe informar	

8- utilização rotineira de ocitócicos?

8a- sim	
8b- não	
8c- não sabe informar	

9- episiotomia de rotina?

9a- sim	
9b- não	
9c- não sabe informar	

10- amniotomia precoce de rotina?

10a- sim	
10b- não	
10c- não sabe informar	

11- parto na posição vertical?

11a- sim	
11b- não	
11c- não sabe informar	

L2- aspiração rotineira do recém-nascido?

12a- sim	
12b- não	
12c- não sabe informar	

13- clampeamento precoce do cordão umbelical?

13a- sim	
13b- não	
13c- não sabe informar	

14- estímulo ao contato cutâneo precoce mãe- bebê?

14a- sim	
14b- não	
14c- não sabe informar	

15- estímulo e apoio à amamentação ainda na sala de parto?

15a- sim	
15b- não	
15c- não sabe informar	

16- estímulo e apoio à amamentação no alojamento conjunto?

16a- sim	
16b- não	
16c- não sabe informar	

17- supressão da lactação em mães portadoras de hiv?

17a- sim	
17b- não	
17c- não sabe informar	

18- existem normas e rotinas escritas?

18a- sim	
18b- não	
18c- não sabe informar	

19- há discussão de casos regularmente?

19a- sim	
19b- não	
19c- não sabe informar	

20- há alguma rotina de avaliação do serviço?

20a- sim	
20b- não	
20c- não sabe informar	

21- existe algum mecanismo de avaliar a satisfação das usuárias?

21a- sim	
21b- não	
21c- não sabe informar	

22- tem enfermagem obstétrica no acompanhamento do trabalho de parto?

22a- sim	
22b- não	

22c- não sabe informar	
23- tem enfermagem obstétrica no acompanhamento do parto?	
23a- sim	
23b- não	
23c- não sabe informar	

## ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PUÉRPERAS

NOME DO HOSPITAL/MATERNIDADE:

ENDEREÇO:

DIRETOR:

DIA DA VISITA:

### BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO

1- Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

2 - Em que bairro você mora? \_\_\_\_\_ Há quantos anos? \_\_\_\_\_

3 - Qual é a sua cor ou raça?

3a- branca	
3b- preta	
3c- parda	
3d- amarela	
3e- indígena	

4 - freqüenta escola?

4a- sim	
4b- não, já freqüentou ( passe ao item 6)	
4c- não, nunca freqüentou ( passe ao item 7)	

5 - qual o curso que freqüenta?

5a- ensino fundamental ou 1º grau	
5b- 1º grau supletivo	
5c- ensino médio ou 2º grau	
5d- 2º grau supletivo	
5e- pré-vestibular	
5f- superior	

6 - qual o curso mais elevado que freqüentou?

6a- alfabetização	
6b- antigo primário	
6c- antigo ginásio	

6d-1º grau	
6e- 2º grau	
6f- superior	

7 - vive em companhia de cônjuge ou companheiro?

7a- sim	
7b- não, mas viveu	
7c- nunca viveu	

8 - qual o seu estado civil?

8a- casada	
8b- desquitada ou separada	
8c- solteira	
8d- outros	

9 - trabalha em alguma atividade remunerada?

9a- não ( ) ( passe ao item 11)	
9b- sim ( )	

10- qual atividade? \_\_\_\_\_

10a- trabalhadora domestica com carteira de trabalho assinada	
10b- trabalhadora doméstica sem carteira assinada	
10c- empregada com carteira assinada	
10d- empregada sem carteira assinada	
10e- empregadora	
10f- conta-propria	
10g- aprendiz ou estagiaria sem remuneração	
10h- não remunerada em ajuda a membro da família	

## BLOCO II - GRAVIDEZ

### 1 - sua gravidez foi planejada?

1a- sim	
1b- não	

2 - ficou satisfeita com a gravidez?

2a- sim	
2b- não	

3 – teve algum problema nesta gravidez?

3a- não ( passe ao item 5)	
3b- sim	

4 - que tipo de problema?

4a- pré-eclâmpsia /eclâmpsia (pressão alta)	
4b- infecção	
4c- diabetes	
4d- outros	

5 - como você considera o apoio recebido por sua família?

5a- grande	
5b- médio	
5c- pequeno	
5d- nenhum	

6 - e o apoio recebido do pai do bebê durante a gravidez?

6a- grande	
6b- médio	
6c- pequeno	
6d- nenhum	

7 – quem vai te ajudar a cuidar do bebê?

7a- mãe	
7b- sogra	
7c- pai da criança	
7d- outros parentes	
7e- ninguém	

### **BLOCO III - ATENDIMENTO NO PRE-NATAL**

Observe a lista abaixo e assinale os procedimentos, consultas ou exames que foram feitos contigo desde que iniciou o seu acompanhamento de pré-natal?

1- exame de urina para teste de gravidez?

<b>1a- sim</b>	
<b>1b- não</b>	

2- exame de sangue para sífilis (vdrl)?

2a- 1 exame	
2b- 2 exames	
2c- não realizou	
2d- não sei	

3- exame de sangue para diabetes (açúcar no sangue) ?

<b>3a- sim</b>	
<b>3b- não</b>	
3c- não sei	

4- exame de sangue para o teste da aids (hiv)?

<b>4a- sim</b>	
<b>4b- não</b>	
4c- não sei	

5- exame de urina?

<b>5a- sim</b>	
<b>5b- não</b>	

6- exame de sangue, hemograma?

<b>6a- sim</b>	
<b>6b- não</b>	
6c- não sei	

7- preventivo ginecológico?

<b>7a- sim</b>	
<b>7b- não</b>	

8- você recebeu o cartão da gestante?

<b>8a- sim</b>	
<b>8b- não</b>	

9- medicamentos?

9a- não	
9b- sim, quais?	

10- consulta com dentista?

<b>10a- sim</b>	
<b>10b- não</b>	

12 - teve algum problema de saúde nesta gravidez?

<b>12a- sim</b>	
<b>12b- não ( ) ( passe ao item 14)</b>	

13 - que tipo de problema?

13a- pressão alta	
13b- diabetes	
13c- ameaça de parto prematuro	
13d- sífilis	
13e- outros	

14 - você participou de algum grupo de gestantes?

14a- sim	
14b- não	

15 - nas consultas do pré-natal você recebeu alguma orientação sobre como acontece o trabalho de parto?

15a- sim	
15b- não	

16- você acha que o pré-natal que você fez te preparou para o parto?

16a- sim	
16b- não	
16c- alguma coisa	

17 - foi orientada no pré-natal a procurar esta maternidade na hora do parto?

17a- sim	
17b- não	

18 - qual a nota, de 0 a 10, que você daria para o seu atendimento de pré-natal ? \_\_\_\_\_

#### **BLOCO IV - A MATERNIDADE**

1 - você pode escolher a maternidade onde teria o seu filho?

1a- não (passe ao item 4)	
1b- sim	

2- neste caso, foi sua:

2a- própria escolha	
2b- indicação de parente ou amigos	
2c- indicação da unidade onde fez o pré-natal	

3 - esta maternidade onde você está agora internada foi a sua primeira escolha?

3a- sim (passe ao item 5)	
3b- não	

4 - neste caso sua internação foi na:

4a- 2ª	
4b- 3ª	
4c- 4ª ou mais maternidade que procurou	

5 - você veio sozinha para a maternidade?

5a- sim (passe ao item 7)	
5b- não	

6 - veio acompanhada por quem?

6a- pai do bebê	
6b- sua mãe	
6c- familiares	
6d- amiga	
6e- vizinhos	
6f- outros	

7 - qual o meio de transporte que você utilizou para chegar na maternidade?

7a- a pé	
7b- ônibus	
7c- carro próprio	
7d- carro de parentes ou amigos	
7e- ambulância	
7f- taxi	
7g- outros	

### **BLOCO V- ACOMPANHANTE**

1 – para as maternidades que permitem acompanhante.você sabia que esta maternidade permite a presença de acompanhante no parto?

1a- sim	
1b- não	

2 - para as maternidades que permitem acompanhante. No momento da sua internação você foi informada pela maternidade que poderia ter um acompanhante ao seu lado?

<b>2a- sim</b>	
<b>2b- não (passe ao item 3)</b>	

3 - você teve acompanhante?

3a- sim	
3b- não ( ) (passe ao BLOCO VIII)	

4 - quem te acompanhou?

4a- mãe	
4b- marido	
4c- amiga	
4d- outro _____	

5- o que você achou do fato de ter tido alguém junto com você na maternidade?

5a- bom	
5b- nem bom nem ruim	
5c- ruim	

### **BLOCO VI – INFORMAÇÃO/PROCEDIMENTOS**

1 - você foi assistida no seu parto por :

1a- médico	
1b- enfermeiro(a)	
1c- médico e enfermeiro	
1d- não sabe informar	

2 - sabe o nome do profissional que te acompanhou?

2a- não	
2b- sim ( ), qual o nome?	

Durante o seu trabalho de parto, quando você estava no pré-parto ou na sala de parto, antes do bebê nascer, o médico ou a enfermeira te informou ou explicou sobre o significado de algumas dessas ocorrências abaixo?

1- o modo como se desenvolve o trabalho de parto em termos de contração, dilatação, a previsão do nascimento?

1a- sim	
1b- alguma coisa	
1c- não	

2- sobre a realização de exames (sangue, cardiotocografia) durante o trabalho de parto?

2a- sim	
2b- alguma coisa	
2c- não	

3- sobre o uso de medicamentos, comprimidos, injeções, medicação na veia, anestesia?

3a- sim	
3b- alguma coisa	
3c- não	

4- sobre a possibilidade de ter o bebê na posição vertical (de cócoras)?

4a- sim	
4b- alguma coisa	
4c- não	

5 - você teve seus pêlos pubianos raspados?

5a- sim	
5b- eu mesma raspei	
5c- não	

6 - te fizeram lavagem intestinal?

6a- sim	
6b- não	

7 - você foi estimulada, pela equipe, a caminhar durante o trabalho de parto?

7a- sim	
7b- alguma coisa	
7c- não	

8 - te ofereceram a possibilidade de tomar banho de chuveiro ou banheira?

8a- sim	
8b- alguma coisa	
8c- não	

9 - te fizeram massagens para melhorar a dor?

9a- sim	
9b- não	

10 - te ofereceram água ou suco durante o trabalho de parto?

10a- sim	
10b- não	

11 - pegaram a tua veia e te colocaram no soro logo após a internação?

11a- sim	
11b- não	

12 - romperam a tua bolsa d água?

12a- sim	
12b- não	

13 - foi te dada a opção de ter seu bebê em outra posição que não a deitada?

13a- sim	
13b- não	

14- foi feito corte lateral da vagina (episiotomia)?

14a- sim	
14b- alguma coisa	
14c- não	

15 - em caso de cesariana, você foi informada sobre a necessidade da mesma?

15a- sim	
15b- alguma coisa	
15c- não	

16- seu bebê foi colocado no seu colo assim que nasceu, ainda na sala de parto?

16a- sim	
16b- alguma coisa	
16c- não	

17 - o médico ou enfermeira te orientou a colocar o bebê no seio para estimular a amamentação?

17a- sim	
17b- alguma coisa	
17c- não	

18- você se sentiu apoiada pela equipe que te atendeu?

18a- sim	
18b- alguma coisa	
18c- não	

19 – como você foi tratada pela equipe?

19a- com agressividade e estupidez	
19b- com indiferença e pouca atenção	
19c- com afeto e carinho	

Comente: \_\_\_\_\_

20 - você recebeu visita após o nascimento do bebê?

20a- sim, pai do bebê	
20b- sim, familiares	
20c- sim, amigos	
20d- não	

21- qual o tempo decorrido entre a internação e o nascimento do bebê? \_\_\_\_\_

#### BLOCO VII - SERVIÇOS RECEBIDOS

1- o que achou da limpeza do hospital?

1a- boa	
1b- regular	
1c- ruim	

2- o que achou da roupa fornecida?

2a- boa	
2b- regular	
2c- ruim	

3- o que achou da alimentação?

3a- boa	
3b- regular	
3c- ruim	

4- qual a nota de 0 a 10 que você daria para a qualidade dos serviços da maternidade?

5 - qual a nota de 0 a 10 para a qualidade do médico que te atendeu? \_\_\_\_\_

6 - qual a nota de 0 a 10 para o(os) enfermeiro(os) que te atendeu? \_\_\_\_\_

7 - qual a nota de 0 a 10 para o conjunto do atendimento? \_\_\_\_\_

10 - você tem alguma sugestão para melhorar o atendimento?

10a- não	
10b- sim , qual?	

11 - você indicaria este hospital/maternidade para amigos e familiares?

11a- não	
11b- sim	

12 – o que você achou do seu parto?

12a- muito bom	
12b- bom	
12c- regular	
12d- ruim	
12e- muito ruim	

13- o que foi esta experiência para você?

13a- boa e enriquecedora	
13b- nem boa nem ruim	
13c- vivida com ansiedade e medo	
13d- ruim e dolorosa	

14- como você vê a sua participação no seu parto?

14a- tive força e coragem para realizá-lo	
14b- tive medo mas consegui	
14c- o médico ajudou muito	
14d- sem ajuda não conseguiria resistir	