

FÁTIMA FILOMENA MAFRA CHRISTÓFORO

**DOIS OLHARES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA
AO PARTO: VIVÊNCIA DE MULHERES E OPINIÃO
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a ELIANA AMARAL

**UNICAMP
2005**

FÁTIMA FILOMENA MAFRA CHRISTÓFORO

**DOIS OLHARES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA
AO PARTO: VIVÊNCIA DE MULHERES E OPINIÃO
DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do Título de
Mestre em Tocoginecologia, área de
Ciências Médicas

ORIENTADORA: Prof. Dr. ELIANA AMARAL

**UNICAMP
2005**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

C465d Christóforo, Fátima Filomena Mafra
Dois olhares na assistência humanizada ao parto: vivência de mulheres e opinião de profissionais de saúde / Fátima Filomena Mafra Christóforo. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Eliana Amaral
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Medicina baseada em evidências. 2. Qualidade dos cuidados da saúde. 3. Humanização do parto.
I. Amaral, Eliana. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CT/fcm

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluna: FÁTIMA FILOMENA MAFRA CHRISTÓFORO

Orientadora: Prof^a Dr^a ELIANA AMARAL

Membros:

1.

2.

3.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

Data: 31/05/2005

Dedico este trabalho...

*... a Deus,
minha gratidão maior.*

*... a minha querida mãe Vanda (in memoriam),
com quem aprendi o que há de melhor,
ensinou-me a acreditar que
tudo na vida é possível,
basta querer.*

*ao Elcio,
por sua cumplicidade, companheirismo,
ternura e incentivo.*

Agradecimentos

Com admiração e reconhecimento, agradeço à minha orientadora, Prof^a Dr^a Eliana Amaral, pela dedicação, apoio, incentivo, oportunidade e confiança no decorrer deste trabalho, com quem muito aprendi. Obrigada pela acolhida carinhosa.

Às amigas da pós-graduação Eliana, Isabel, Kátia e Odaléa que compartilharam desta caminhada, pela convivência e crescimento conjunto.

À Gislaine e Sirlei, estatísticas do CAISM, meu agradecimento pela paciência e valiosa contribuição nas análises estatísticas.

A toda equipe que atua no Centro Obstétrico e no Alojamento Conjunto do CAISM, pelo acolhimento.

À Zoraide, à Andréa, à Silvia e à Rosimeire pelo incentivo, presentes nos momentos que mais precisei.

À bibliotecária Vanda pela presteza com que nos atende.

Aos profissionais da ASTEC, pelo apoio técnico indispensável para a concretização deste trabalho.

À Margarete, secretária da Pós-Graduação, pela atenção e orientação necessárias.

À equipe da Divisão de Enfermagem do CAISM, representada pela Celi e Cristiana, pelo convívio diário e colaboração.

À prof^a dr^a Maria Helena, que esteve me apoiando e incentivando nas horas difíceis.

A todas as mulheres e profissionais que participaram deste estudo com disponibilidade e interesse.

Ao FAEP, Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Sumário

Resumo	xiii
Summary	xv
1. Introdução	19
1.1. A humanização da atenção contemporânea ao parto	19
1.2. O parto no Brasil.....	22
1.3. O apoio psicofísico no parto	25
1.4. Intervenções no trabalho de parto e parto	27
1.5. A dor do trabalho de parto.....	30
1.6. Posição no trabalho de parto e parto	32
1.7. Episiotomia	33
1.8. Local e profissional.....	36
1.9. Novas rotinas de humanização e a qualidade da assistência obstétrica.....	39
2. Objetivos	43
2.1. Objetivo geral	43
2.2. Objetivos específicos	43
3. Publicações.....	45
3.1. Artigo 1	47
3.2. Artigo 2	75
4. Discussão.....	105
5. Conclusões	117
6. Referências Bibliográficas.....	119
7. Bibliografia de Normatizações	131
8. Anexos	133
8.1. Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	133
8.2. Anexo 2 – Questionário da Puérpera.....	134
8.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	140
8.4. Anexo 4 – Questionário para Enfermeiros (as) e Médicos (as) do Centro Obstétrico..	141
8.5. Anexo 5 – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa	144
8.6. Anexo 6 – Carta de Aprovação do Projeto no CEP	145
8.7. Anexo 7 – Classificação das Práticas Utilizadas no Parto Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001).....	147

Resumo

Esta dissertação é composta por dois estudos descritivos sobre rotinas para a humanização do atendimento ao parto, recomendadas pelo Ministério da Saúde, e implantadas progressivamente na maternidade de um hospital universitário a partir de 2001. O objetivo foi avaliar a opinião e experiência das usuárias e dos profissionais sobre as práticas de humanização implementadas na instituição e contrastar suas percepções. No primeiro estudo avaliou-se a experiência das puérperas e sua opinião sobre as rotinas e o atendimento recebido. A amostra de 292 puérperas foi calculada considerando que 50% das mulheres estariam insatisfeitas com o atendimento. Incluíram-se as mulheres admitidas no período de novembro/03 a fevereiro/04 em trabalho de parto espontâneo, excluindo-se as cesáreas eletivas e induções de parto. A idade e paridade média da amostra foram 23,8 anos e 1,8 filhos respectivamente, com 45,6% referindo escolaridade mínima de segundo grau, 80% sem atividade profissional, 90% vivendo com companheiro. Cerca de 40% fizeram o pré-natal na Instituição. Quase 80% evoluíram para parto vaginal, com 49,7% de episiotomia e anestesia epidural na metade dos casos. A dor foi amenizada com massagens e banhos para 32,6%. A lavagem intestinal foi realizada em uma parturiente. Metade teve acompanhante, o que 94,4% consideraram uma boa experiência. O contato com o bebê na sala de parto foi referido por 94,2%. Para três quartos das mulheres a assistência no parto foi

humanizada, 85,5% estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com a assistência recebida e 95,5% recomendariam o CAISM. No segundo estudo descreve-se o conhecimento, atitude e prática dos profissionais referentes às rotinas para a humanização do parto. Um questionário anônimo auto-respondido foi entregue a 55 profissionais de nível superior, entre médicos (17 docentes ou médicos assistentes e 30 residentes) e enfermeiros (8), que realizavam atividades diurnas e noturnas no Centro Obstétrico entre janeiro e fevereiro de 2004. A taxa de resposta dos médicos docentes foi 76%, a de residentes, 40%, e a de enfermeiros, 87,5%, compondo a taxa total de 58%. Todos os profissionais observaram a adoção de novas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto no CAISM. Entretanto, os enfermeiros mostraram maior percentual de concordância plena com a sua implementação, seguidos pelos docentes. Quase um quinto dos residentes discordaram da adoção das novas práticas, fazendo restrições à abolição da tricotomia e do enteroclisma e à impossibilidade de garantir analgesia de condução universal. Os profissionais têm seguido a maioria das recomendações e foram capazes de relacionar grande parte dos procedimentos considerados como benéficos pela classificação. Concluiu-se que para as puérperas a atenção ao parto foi humanizada e a implementação das rotinas de humanização do parto foi adequada, com necessidade de melhoria no percentual de acompanhantes e acesso à anestesia de condução para alívio da dor sempre que necessário. Quanto aos profissionais, adotaram, aceitaram e seguem as novas rotinas com razoável acerto em relação à classificação proposta pelo Ministério da Saúde. Conclui-se que é importante ter dois olhares para qualificar o atendimento. Na medida do possível, as demandas de ambos devem ser atendidas, não se perdendo o princípio do benefício, sem malefício e do protagonismo da mulher neste momento essencial de seu ciclo de vida afetivo-reprodutiva.

Summary

This project was composed by two descriptive studies of the routines proposed for the humanization of care during childbirth recommended by the Ministry of Health, and implemented at an university maternity starting in 2001. The goal was to evaluate opinions and perceptions of women and professionals on these new routines, contrasting their views. At the first study, we evaluated women's experiences and opinions on the new routines, and the quality of care. The sample comprised 292 post-partum women supposing 50% would not be satisfied with care received. Women were interviewed between the 1st and 3rd post partum day, between Nov/03 to Feb/04. Only women in spontaneous labor were admitted. Average age and parity were 23.8 years and 1.8 children respectively, with 45.6% with minimal secondary level of schooling, 80% having no professional activity, 90% living with a partner. Around 40% had antenatal care at the institution. Almost 80% had vaginal deliveries, with 49.7% receiving episiotomy, and half submitted to epidural analgesia. Pain was relieved by hot shower, and massage for one-third. At admission, 69.2% received a supra-pubic narrow-band shaving. Nevertheless, most of the women reported they would have complete shave next time due hygiene reasons, to facilitate procedures, and

the baby been delivered. Only one received enema, but 34.6% would expect one next time. Half of them had a companion, mother or partner, a good experience for 94.4%. The other half would like to have had one. Mother-baby contact at the delivery room occurred in 94.2%. Three-fourth considered having received a humane attention during delivery, 85.5% were satisfied or very satisfied, and 95.5% would recommend CAISM for childbirth. At the second study, we compare knowledge, attitudes and practices among faculties, residents and nurses on the new routines for a humanized childbirth. An anonymous self-responded questionnaire was handed to 55 professionals working at the delivery room at that time (17 faculties or assistant-physicians, 30 residents, and 8 nurses, between Jan-Feb 2004. Response rates were 76% among faculties, 40% among residents, and 87.5% among nurses, and female predominate (71%). All professionals observed there was a new routine to care during labor and delivery. Nevertheless, nurses agreed with new practices implementation in higher percentage, followed by faculties. Some residents question the abolition of shaving, and enema, and the difficulties to access epidural analgesia for all who are perceived to need a stronger pain relief. Professionals agreed to the introduction of the new routines proposed by the Ministry of Health, and with the classification of practices proposed, and are following the vast majority of recommendations. Some discrepancies between users and professionals on the proportion who perceived new routines as massage and selective episiotomy. The users study concluded they received a humanized care during childbirth, and the implementation of these routines was achievable into an university reference-maternity, remaining the need to improve certain aspects as the access to epidural for pain relief if needed and the percentage of

women with hers choice companion. Professionals adopted, accepted and followed the new routines at the reference public university maternity, with a reasonable concordance with the Ministry of Health classification of practices. Discrepancies in perception for a few new practices may represent the differential responsibility in a shared care planning. Contrasting the views of users and professionals, we can observe that the last group I more critical, considering the quality of care sub-optimal, The reasons raised for their opinion include lack of training on pain relief, diverging decisions, and lack of privacy. Nevertheless, these facts were not high valued by users. Among them, the affective-emotional support was the essential component of a high level of satisfaction with care received. We concluded that it is important to have both views to qualify care. As far as possible, demands from both should be addressed, keeping the principle of benefit without harm, and protagonism of the women delivering, in an essential moment their affective-reproductive life cycle.

1. Introdução

1.1. A humanização da atenção contemporânea ao parto

A atenção adequada à mulher no momento do parto garante que ela possa experimentar a maternidade com segurança e bem-estar, e respeita os significados dados ao nascimento por ela e sua família. A vivência do parto será mais ou menos prazerosa a depender de uma série de condições intrínsecas (idade, experiência em partos anteriores, experiência de parto de mulheres que lhe são próximas, planejamento da gravidez), e outras relacionadas ao sistema de saúde (qualidade da assistência pré-natal e ao parto) (Brasil, 2001). Para atender às necessidades das mulheres, os profissionais de saúde devem ter habilidades para serem utilizadas apenas quando necessário, mantendo os recursos materiais acessíveis para uso se a situação demandar. Devem também ter a empatia necessária para dar apoio à parturiente e à sua família (OMS, 1996).

Enquanto países ou regiões em desenvolvimento buscam dar acesso a uma assistência obstétrica segura para todas as mulheres, predomina o excesso de intervenção nos países desenvolvidos. O uso de intervenções - por vezes inoportunas,

inadequadas ou desnecessárias - é uma rotina decorrente da busca para melhorar a assistência ao parto através de “protocolos-padrão” baseados no risco de complicações (OMS, 1996; Enkin et al., 2000; Brasil, 2001). O parto institucionalizado e as intervenções tecnológicas introduzidas para dar maior segurança à mãe e ao recém-nascido tendem a tornar o nascimento um processo em que as rotinas clínicas são mais importantes que a mãe e seu filho e suas ligações afetivas (Calça, 2001). Existe uma grande impessoalidade nestes procedimentos apoiados no argumento da redução de riscos, ainda que não haja evidências claras nesta direção (Diniz, 1997; Diniz e Chacham, 2002).

Nas três últimas décadas, o movimento da medicina baseada na evidência, isto é, o uso da compilação das melhores evidências científicas para avaliar a eficácia de intervenções diagnósticas e terapêuticas, ganhou maturidade. Esta é uma força poderosa para iniciar mudanças, fornecendo recomendações sobre como alocar recursos para maximizar segurança e bem-estar para as mulheres. Dentro desta nova perspectiva, os benefícios de muitos procedimentos rotineiros no parto foram revistos (Khayat e Campbell, 2000).

Existem três paradigmas de cuidado de saúde que influenciam o parto contemporâneo: o tecnocrático, o humanístico e o modelo holístico. Estes modelos diferem fundamentalmente nas definições de corpo e nas relações com a mente. O modelo tecnocrático separa corpo e mente e vê o corpo como uma máquina; o modelo humanístico enfatiza a conexão corpo e mente e define o corpo como um organismo; o modelo holístico insiste na união do corpo, mente e espírito e define o corpo como um campo energético em constante interação com outros campos de

energia. O modelo humanístico cresceu em reação ao excesso de emprego da tecnologia no cuidado de saúde, como um esforço dirigido para enfermeiras e médicos trabalhando dentro do sistema de saúde para reformá-lo (Davis-Floyd, 2001).

Assim, muito se tem debatido sobre a assistência ao parto. As rotinas assistenciais têm sido reconhecidas como problemáticas por mulheres, parceiros, familiares e mesmo profissionais de saúde (Diniz, 1997). Esta situação gerou um movimento mundial em prol da humanização do nascimento, que visa estimular os profissionais de saúde a repensarem sua prática e modificá-la para oferecer às parturientes os cuidados realmente necessários e, ao mesmo tempo, atender às suas expectativas sempre que possível.

Na literatura encontraram-se diversos conceitos de humanização. Para Wagner (2001) significa “pôr a mulher que dá à luz no centro e no controle, assim ela e não os médicos ou qualquer outra pessoa toma as decisões sobre o que irá acontecer”. Para este autor, humanizar o nascimento é entender que o foco dos serviços de maternidade é a comunidade, baseia-se no cuidado primário, não no cuidado terciário, hospitalar, com parteiras, enfermeiras e médicos trabalhando em harmonia. Calça (2001) conceitua a humanização como a adoção de medidas individualizadas para proporcionar conforto e segurança à mulher que vai dar à luz, dando-lhe condições para expressar suas necessidades e facilitando sua participação ativa no processo de nascimento de seu filho.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), a humanização do atendimento ao parto é compreendida como “um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade

materna e perinatal”. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis. Para o Ministério da Saúde é “um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde e das gestantes” (Brasil, 2001). Para o feminismo, a humanização do parto refere-se ao respeito e à promoção dos direitos das mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais, quando se deve resgatar a posição central da mulher no processo do nascimento, respeitar sua dignidade, autonomia e seu controle sobre a situação (Diniz e Chacham, 2002). Está associada à idéia dos direitos reprodutivos e humanos, como demanda de justiça social.

1.2. O parto no Brasil

No Brasil, acima de 80% dos partos são hospitalares, uma tendência que acompanhou o ocorrido nos Estados Unidos e na Europa, com variações regionais (Brasil, 2001; Diniz e Chacham, 2002). No entanto, a qualidade dessa assistência tem sido questionada. Ao mesmo tempo em que se tem a assistência ao parto universal pelo Sistema Único de Saúde (SUS), há resultados de avaliações de maternidades mostrando muitas carências, desarticulação e taxas de morbimortalidade materna e perinatal incompatíveis com a disponibilidade de serviços (Tanaka, 1998; CREMESP, 1998; Santos, 2000).

Uma pesquisa sobre a avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato motivada pela grande demanda de denúncias relativas à prática obstétrica foi desenvolvida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) em 1997. Encontrou-se que 50% dos 90 serviços (13 públicos, 67 privados e 10 universitários) analisados não apresentaram equipamento mínimo na sala de parto normal (mesa obstétrica; estetoscópio de Pinard; estetoscópio clínico; esfignomanômetro e foco cirúrgico de teto) e 77% não apresentaram conjuntamente o equipamento mínimo mais sonar Doppler, carro de anestesia, oxímetro, material de emergência e oxigênio. Em relação à sala de parto cirúrgico, 71% dos serviços públicos e 30% dos hospitais universitários não tinham os equipamentos mínimos para a prestação da assistência (mesa para cirurgia com acessórios, mesa de Mayo, mesa para anestesia, bisturi elétrico e aspirador portátil, além dos equipamentos da sala de parto normal). Considerou-se a situação muito grave, visto que muitos destes hospitais eram espaços de formação dos profissionais e referências de outros hospitais do sistema de saúde (CREMESP, 1998).

Em São Luis, no Maranhão, realizou-se uma pesquisa similar nas quatro maternidades ligadas ao SUS, em 1997 e 1998. Foram analisados a planta física, recursos materiais, normas e procedimentos, material de consumo e outros. Três das quatro maternidades não dispunham de salas de parto com estrutura física e recursos materiais compatíveis com as recomendações da OMS (1996). Observaram-se falhas no que diz respeito às normas de higiene e anti-sepsia hospitalar (Alves, 2002).

No início dos anos 80, profissionais e o movimento de mulheres passaram a questionar a assistência prestada e os resultados dos programas de saúde,

impulsionando modificações nas políticas públicas voltadas para qualificar a atenção à saúde da mulher, buscando romper com o modelo de saúde materno-infantil tradicional. Instituiu-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incluía a integralidade e a autonomia corporal como bases filosóficas, demandando capacitação dos profissionais para incorporarem novas práticas (Costa, 1999).

Em 1996, o Ministério da Saúde lançou o projeto Maternidade Segura, objetivando reduzir a mortalidade materna e perinatal através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido. Em 1998 várias portarias foram promulgadas. Essas portarias referem-se a: 1) “o parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra”, que tem por finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto; 2) “a implantação de programas estaduais de referência hospitalar para o atendimento à gestação de alto risco”, com a finalidade de organizar e aperfeiçoar a assistência especializada; 3) a determinação de um “pagamento de percentual máximo de cesarianas” em relação ao número de partos de cada hospital, para estimular a redução da taxa de partos operatórios desnecessários; 4) “o prêmio Galba de Araújo”, com o propósito de revelar ao Brasil experiências inovadoras na gestão pública, privilegiando o acolhimento da mulher e seu companheiro, no momento do parto (Brasil, 2001).

Um outro conjunto de portarias posteriores instituiu o “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”. Neste programa, os manuais técnicos de Assistência Pré-Natal e Gestação de Alto Risco foram revisados pelo Ministério da Saúde e, com a parceria da Federação Brasileira de Ginecologia e

Obstetrícia (FEBRASGO), foi elaborado um manual destinado ao atendimento das Urgências e Emergências Maternas. Houve a distribuição destes manuais para a rede de unidades básicas e hospitalares e também para os profissionais filiados à FEBRASGO (Brasil, 2000).

As rotinas assistenciais recomendadas no trabalho de parto incluíram o dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, e a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias como o uso rotineiro do enema, da tricotomia, da posição supina durante o trabalho de parto, da episiotomia e a prática liberal da cesárea (Brasil, 2001; Serruya et al., 2004).

1.3. O apoio psicofísico no parto

A entrada dos pais na sala de parto hospitalar surgiu entre famílias nucleares urbanas em países desenvolvidos na década de 70. Teve o objetivo de recuperar a afetividade, a valorização da mulher e resgatar a referência familiar, perdidos na passagem do parto domiciliar para a assistência hospitalar. Alguns estudos sobre a presença do parceiro ou de outra pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto descrevem benefícios para a mulher em termos de suporte, encorajamento, e segurança (Gibbins e Thomson, 2001; Hotimsky e Alvarenga, 2002; Carvalho, 2003; Hodnett et al., 2005). A inserção dos pais na maternidade pública é uma intervenção que pode contribuir para a construção

da paternidade participante e afetiva, e é um indício de novas construções de gênero e de família (Hotimsky e Alvarenga, 2002; Carvalho, 2003).

Pensando no bem-estar da mulher deve-se garantir a privacidade durante o trabalho de parto, respeitando sua escolha de acompanhantes e evitando a presença de pessoas não necessárias na sala de parto (OMS, 1996; Brasil, 2001). Em 1998, somente 16% das maternidades públicas (estaduais ou municipais) e privadas (lucrativas e filantrópicas) avaliadas pelo CREMESP referiram dar permissão para que o pai acompanhasse o parto. Isto só acontecia em bases individuais, não caracterizando um programa implantado, mas uma exceção à regra. No Estado de São Paulo, o direito ao acompanhante está previsto na Lei nº 10.241, de março de 1999 (São Paulo, 1999), e no Brasil, lei similar (Lei nº 11.108) foi promulgada em abril de 2005, obrigando os serviços de saúde do SUS ou conveniados a permitirem a presença, junto à parturiente, de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Estudos controlados aleatorizados sobre o apoio contínuo durante o parto mostraram que os apoios físico e empático contínuos apresentavam efeito positivo sobre a duração do trabalho de parto, redução na utilização de medicações para dor e analgesia epidural, maior grau de controle da mulher sobre o trabalho de parto e um efeito positivo sobre a amamentação (Kennel et al., 1991; Campero et al., 1998; Langer et al., 1998; Gordon et al., 1999; Enkin et al., 2000; Gibbins e Thomson, 2001; Hodnett et al., 2005). Uma revisão sistemática recente concluiu que o suporte contínuo foi associado com maiores benefícios quando o provedor não foi um membro da equipe de profissionais do hospital, quando se

iniciou mais precocemente durante o trabalho de parto e quando a analgesia epidural não era disponível rotineiramente (Hodnett et al., 2005).

Os elementos comuns do cuidado de suporte emocional incluem a presença contínua, o elogio, informações sobre o progresso do trabalho de parto, medidas de conforto como toque, massagem e banho morno, adequada ingestão de líquidos e ajuda às mulheres na articulação de seus desejos para os outros (Mirsky, 2001; Hodnett et al., 2005). Tal papel pode ser desenvolvido concomitante e complementarmente pela equipe e pelo acompanhante de sua escolha.

1.4. Intervenções no trabalho de parto e parto

Um das rotinas introduzidas na atenção ao parto, quando este se tornou hospitalar, é a tricotomia vulvoperineal completa e rotineira. Presumia-se que pudesse reduzir a incidência de infecções e facilitasse a sutura. No entanto, para alguns autores, a depilação de pêlos pubianos é desaconselhável, pois aumenta os riscos de infecção, fragilizando a pele e as defesas naturais, além de causar constrangimento durante o procedimento e desconforto quando os pêlos recomeçam a crescer (Kitzinger, 1978; Diniz, 1997; Enkin et al., 2000). Como há evidência insuficiente para seu uso, recomenda-se aparar os pêlos pubianos quando e onde necessário (OMS, 1996; Basevi e Lavender, 2001; Brasil, 2001; Basevi e Lavender, 2004).

Os enemas, também rotineiramente utilizados, supostamente estimulariam as contrações uterinas, facilitariam a descida da cabeça e preveniriam a infecção, evitando o risco de evacuação intraparto pela compressão do reto pelo pólo

cefálico no canal de parto. Os enemas de maior volume parecem reduzir as taxas de infecção respiratória baixa neonatal e a necessidade de utilizar antibióticos sistêmicos no neonato e na puérpera (Cuervo et al., 2004). Entretanto, não há diferença entre as taxas de infecção de mulheres submetidas ou não ao enema e duração dos períodos clínicos do parto, com a desvantagem potencial do desconforto do procedimento e aumento dos custos da atenção ao parto (Cuervo et al., 2000; Lopes et al., 2001; Cuervo et al., 2004). Assim, considera-se a evidência disponível insuficiente para recomendar o uso de enemas no trabalho de parto (Rutgers, 1993; OMS, 1996; Cuervo et al., 2000; Lopes et al., 2001; Cuervo et al., 2004).

Uma tecnologia incorporada nas maternidades universitárias e privadas é a monitorização fetal eletrônica no trabalho de parto. Nas gestações de baixo risco, a morte intraparto é evitada de forma igualmente eficaz por ausculta intermitente e por monitorização eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, desde que as anormalidades desta frequência intraparto sejam imediatamente reconhecidas e seguidas por uma resposta clínica apropriada. A monitorização eletrônica contínua resulta em aumento das taxas de cesariana e parto vaginal operatório, com redução das convulsões neonatais (Thacker et al., 2005). Sugere-se que o uso seletivo de monitorização eletrônica fetal poderia se basear na avaliação do risco pela história clínica, com avaliação intraparto precoce (Enkin et al., 2000).

Outro aspecto passível de discussão é a orientação sobre nutrição no trabalho de parto. O receio de aspiração do conteúdo gástrico durante a anestesia geral tem justificado a recomendação clássica de se prescrever jejum de alimentos ou líquidos. Na Inglaterra, não houve diferenças entre mulheres que receberam

dieta leve durante o trabalho de parto e mulheres que receberam só água, com respeito à duração do primeiro e do segundo estágios de parto, a necessidade de ocitocina e o modo de parto. A alimentação preveniu o desenvolvimento de cetose, mas aumentou o volume gástrico residual, aumentando as chances de emese (Scrutton et al., 1999). Na Holanda, a maior parte das obstetizas e obstetras permite que as mulheres comam e bebam durante o trabalho de parto normal (Scheepers et al., 2001). Na Austrália, somente 18% dos hospitais pesquisados têm normas escritas que variam da permissão para ingestão de gelo até alimentos sólidos e bebidas (Parsons, 2001).

Estudos recentes sugerem que não há evidências para suportar a crença que se deve negar comida e bebida durante o trabalho de parto para prevenir o risco de morbidade e mortalidade materna devido à síndrome de Mendelson se houver a necessidade de uma anestesia geral. Com as técnicas atuais, particularmente o uso da anestesia regional, o risco de aspiração do conteúdo gástrico é extremamente pequeno (Singata e Tranmer, 2005). A maioria das parturientes sente necessidade de líquidos e não de alimentos, pelo que se recomenda permitir a ingestão dos primeiros (OMS, 1996; Brasil, 2001).

Entretanto, há que se restringir a ingesta hídrica. West e Harding (2004) estudaram o impacto da ingestão materna de líquido durante o trabalho de parto sobre o feto e o neonato, identificando convulsões neonatais por hiponatremia em mãe que tinha ingerido três litros de água. Também Paech (1998) estudou a presença de convulsões em parturiente saudável e encontrou que a explicação

provável foi a ingestão voluntária excessiva de grande quantidade de água e fluidos hipotônicos durante o trabalho de parto.

1.5. A dor do trabalho de parto

Outro foco de atenção importante durante o trabalho de parto é a dor. Existem vários métodos não farmacológicos para seu alívio, incluindo o banho de chuveiro ou de imersão. Alguns autores sugerem que a imersão na água pode acelerar o trabalho de parto, reduzir a pressão arterial, aumentar o controle materno sobre o ambiente do parto, resultar em menor traumatismo do períneo, menor necessidade de intervenções e introduzir o bebê no mundo com suavidade (Enkin et al., 2000). Os críticos afirmam que podem haver aumento dos riscos de infecção da mãe e do bebê, possíveis inibições de contrações eficazes, aumento do risco de traumatismo perineal, hemorragia pós-parto e traumatismo no bebê por um trabalho de parto ou parto na água (Enkin et al., 2000).

A imersão na água durante o trabalho de parto reduziu o uso de analgesia e a dor, sem resultados adversos na duração do trabalho de parto, parto operatório ou resultado neonatal (Cluet et al., 2004a). As mulheres aleatorizadas para imersão na água tiveram menor taxa de analgesia epidural, sem diferenças nas taxas de parto operatório e receberam menos intervenções obstétricas (Cluet et al., 2004b). O uso do banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto não diminuiu a intensidade da dor, porém possibilitou sensações de alívio, relaxamento e revigoramento (Ochiai, 2000).

As mulheres com partos na água referiram maior controle, maior relaxamento e calma. Elas vêem este tipo de parto como terapêutico, e consideram que o suporte físico facilitou o contato imediato com o bebê (Ohlsson et al., 2001; Richmond, 2003).

A acupuntura também pode aliviar a dor no trabalho de parto e reduz o consumo de analgésicos (Knobel, 1997; Lee e Ernst, 2004). Mas a prática mais comumente empregada no controle farmacológico da dor é a analgesia ou anestesia peridural. Ela proporciona alívio maior da dor no primeiro período do parto, embora algumas mulheres não obtenham alívio adequado. A evidência indica que a analgesia aumenta a duração do primeiro e do segundo períodos do parto, a necessidade de ocitocina, com maior probabilidade de má posição fetal e parto vaginal instrumental, porém não de cesárea; também aumenta o risco de febre (Howell, 2004). Foram descritas diversas complicações da analgesia peridural, incluindo punção inadvertida da duramáter, hipotensão com náuseas e vômitos associados, dor localizada nas costas por período curto, calafrios e febre. O feto pode sofrer complicações em virtude dos efeitos maternos ou da toxicidade farmacológica direta, embora possa ser beneficiado por aumento do fluxo sangüíneo-placentário (Howell, 2004).

Atualmente, tem-se popularizado a técnica espinhal combinada para analgesia em trabalho de parto. As vantagens em relação à epidural tradicional incluem uma analgesia mais rápida, mais efetiva para trabalho de parto tardio, com progressão mais rápida e uso de menor dose de medicação, o que aumenta a capacidade para deambulação. Entretanto, há evidência de que este tipo de analgesia resulte em maior incidência de bradicardia fetal do que a outra técnica epidural.

Sugere-se que, com o uso de anestésico diluído, a parturiente pode caminhar com suporte, minimizando os efeitos na bradicardia fetal (McCool et al., 2004).

1.6. Posição no trabalho de parto e parto

A manutenção do decúbito dorsal horizontal, restringindo a mobilidade da mulher, pode implicar os aumentos da duração do trabalho de parto e do risco de sofrimento fetal, com diminuição da intensidade e eficácia das contrações. Na posição horizontal pode haver uma pressão sobre a veia cava, com diminuição do fluxo sanguíneo e oxigênio para o feto, e uma tendência ao aumento da tensão e da dor. Assim, é recomendável que a mulher tenha a liberdade de adotar posturas verticalizadas, como sentada, em pé ou deambular se assim o desejar (OMS, 1996; Diniz, 1997).

A literatura tem buscado estabelecer uma ligação entre as posições de parto e os resultados perineais. O parto lateralizado parece ter uma chance melhor de sucesso comparado com parto em posição sentada e traz menos complicações, com necessidade 40% menor de episiotomia e parto instrumental (Downe et al., 2004). Shorten et al. (2002) também encontraram taxas mais altas de períneo íntegro na posição lateral. Alguns sugerem que a posição de cócoras permite melhor coordenação e puxo mais efetivo, com expansão das dimensões da pelve feminina, facilitando o trabalho de parto e parto (Sabatino et al., 2000; Michel et al., 2002). Por outro lado, o risco de lacerações de terceiro grau é consideravelmente maior (Gareberg et al., 1994). O estresse fetal é menos comum entre os

nascidos de parto de cócoras; entretanto, edema perineal pós-parto é mais freqüente (Bhardwaj et al., 1995).

Em um ensaio controlado aleatorizado sobre o efeito da posição no segundo estágio do trabalho de parto em mulheres nulíparas usando analgesia epidural, encontrou-se que as mulheres aleatorizadas para a posição lateral tiveram melhores chances de parto vaginal espontâneo do que as aleatorizadas para a posição sentada. A posição da cabeça do bebê e a dilatação completa tiveram um efeito adicional sobre o tipo de parto (Downe et al., 2004). Gupta e Hofmeyr (2004), em uma revisão sistemática, concluem que o parto verticalizado ou lateralizado reduziu a dor e a duração do segundo estágio, episiotomia e anormalidades da freqüência cardíaca fetal, mas aumentaram perda sangüínea maior que 500ml e laceração perineal de segundo grau.

1.7. Episiotomia

Quanto à episiotomia, estudos mostram que este procedimento não cumpre os objetivos que justificariam sua realização e se recomenda seu uso restritivo (OMS, 1996; Enkin et al., 1998; Shorten et al., 2000; Carroli e Belizán, 2004). O uso da episiotomia esteve associado ao aumento de lacerações do esfíncter anal e de lacerações perineais de terceiro e quarto graus (AETCG, 1993; Bodner-Adler et al., 2001; Weeks e Kozak, 2001; Jander e Lyrenäs, 2001; Viktup e Lose, 2001; Sheiner et al., 2005). Para Baessler e Schuessler (2003), as vantagens do parto vaginal sem episiotomia incluem menos dor perineal e dispareunia, resultando no retorno precoce às relações sexuais.

A episiotomia mediana é a prática predominante nos Estados Unidos da América (EUA), mas não na Europa, tendo sido recomendada por potencial melhor cicatrização e dor reduzida no pós-parto. Entretanto, Signorello et al. (2000) encontraram que a episiotomia mediana é fator de risco para a incontinência anal pós-parto, independentemente da associação do procedimento com a idade materna, peso do bebê, duração do segundo estágio do parto, complicações e instrumentação obstétrica. Mulheres com trauma perineal espontâneo tiveram menores riscos de incontinência anal pós-parto do que mulheres com episiotomia mediana. Resultado similar foi visto por Fenner et al. (2003), que mostraram um efeito protetor da episiotomia médio-lateral em relação à mediana. Para Sheiner et al. (2005), a episiotomia médio-lateral por si só não foi fator de risco independente para dano anal, mas macrosomia fetal e parto instrumental foram. Um estudo canadense também encontrou que a incontinência anal está associada com parto instrumental, laceração anal, primeiro parto vaginal e episiotomia mediana, mas não com o peso do bebê ou duração do segundo estágio do parto (Eason et al., 2002). Chiarelli et al. (2003), sugerem que mulheres mais velhas e multíparas têm um risco aumentado de incontinência anal.

Outro ponto discutido sobre o potencial efeito protetor da episiotomia, e do parto vaginal em si, é a incontinência urinária. É extremamente comum durante a gravidez, afetando mais da metade das mulheres. Quando se inicia durante a gravidez está duplicada a probabilidade de continuar ocorrendo três meses após o parto, independentemente do tipo de parto, se vaginal ou cesárea (Eason et al., 2004). Encontrou-se que os principais fatores de risco são idade, incontinência

prévia (antes ou durante a primeira gravidez), trabalho de parto prolongado e parto vaginal (Fritel et al., 2004). Para Rortveir et al. (2003), o risco de ocorrência é maior entre as mulheres com parto vaginal e maior entre as que tiveram cesárea do que entre as nulíparas. Ao mesmo tempo, a episiotomia foi fator de risco para incontinência de estresse em mulheres primíparas (Fenner et al., 2003; Sheiner et al., 2005).

O exercício intensivo dos músculos do assoalho pélvico durante a gravidez parece facilitar o trabalho de parto e pode prevenir um segundo estágio prolongado em uma entre oito mulheres, importante fator de risco para as incontinências (Salvessen e Morkved, 2004). O controle da obesidade antes do parto, exercícios regulares e do assoalho pélvico antes e depois do parto parecem reduzir o risco de incontinência urinária pós-parto (Baessler e Schuessler, 2003).

A literatura sugeriu que a utilização restritiva de episiotomia parece ter um número de benefícios comparados com a utilização rotineira. Com uso de episiotomia restritiva, há menos trauma perineal posterior, menos sutura e poucas complicações, e não há diferenças para trauma perineal ou vaginal severo, dispareunia e incontinência urinária, com um aumento de trauma perineal anterior (Carroli e Belizán, 2000; Tomasso et al., 2002; Carroli e Belizán, 2004). Assim, a evidência científica sugere que a episiotomia de rotina não é justificada: não tem benefício para a mãe ou bebê, aumenta a necessidade de sutura perineal e o risco de complicações no processo de cicatrização, produz dor desnecessária e desconforto até sete dias após o parto e tem, potencialmente, efeito prejudicial a longo prazo (Althabe et al., 2002).

Altas taxas de episiotomia são relatadas em muitos países da América Latina e África. Hospitais da Argentina têm relatado taxas de 70,5% em mulheres primíparas, mais de 50% no Uruguai e próximo de 90% entre primíparas na Nigéria, (AETCG, 1993; Otoide et al., 2000; Colomar et al., 2004). A evidência sugere que a redução das taxas de episiotomia para 30% beneficiaria significativamente a saúde das mulheres (AETCG, 1993). A estratégia recomendada para a mudança da prática rotineira da episiotomia inclui a pressão das consumidoras, líderes de opinião e líderes de instituições de ensino (Eason e Feldman, 2000; Tomasso et al., 2002).

1.8. Local e profissional

O local de realização do parto e o profissional responsável também são fatores importantes, com evolução histórica, variações e heterogeneidade entre os diversos países e regiões do mundo. No Nepal, 89% dos partos ocorrem em casa e apenas 13% deles são conduzidos por profissionais de saúde. Concomitantemente, 67% das mortes maternas ocorrem em casa, 11% ocorrem a caminho do hospital e 47% das mortes são devido à hemorragia pós-parto (Rana et al., 2003). Em Bangladesh, com elevada morbidade pós-parto, as parteiras tradicionais acreditam em causas sobrenaturais das doenças, e os treinamentos não foram capazes de mudar substancialmente as crenças ou práticas (Goodburn et al., 1995). Na África, com uma cultura voltada à assistência ao parto domiciliar por parteiras não treinadas, há elevada mortalidade materna e dificuldade de acesso às maternidades, com escassez de leitos, de profissionais e de recursos financeiros das famílias para o pagamento do parto (Mirsky, 2001). Programas de capacitação para as

parteiras tradicionais e melhor aproximação com o sistema de saúde são essenciais para diminuir as taxas de morbi-mortalidade em áreas onde a maior parte das mulheres não tem acesso ao cuidado profissional no parto (Itina, 1997).

Também ocorre predomínio de partos hospitalares na Holanda (2/3), embora haja políticas públicas que encorajem mulheres saudáveis a terem seus partos em casa ou em casas de parto, com o auxílio de obstetrizas, com referência para o hospital, se necessário (Wiegers et al., 1998a;1998b; Mirsky, 2001). Na Suécia 99% dos partos ocorrem em hospitais, em maternidades públicas. As mulheres escolhem em qual hospital querem parir e é oferecida a visita à unidade onde o parto ocorrerá (Wiklund et al., 2002; Hildingsson et al., 2003). Na Noruega, o cuidado obstétrico tem sido compartilhado entre obstetrizas e médicos e ocorre em hospitais (Holt et al., 2001). Mudanças importantes ocorreram no Reino Unido nas últimas três décadas. Atualmente a assistência ao parto é hospitalar, com a presença de obstetrix e acompanhante de escolha da parturiente. Mas houve uma redução dos partos conduzidos por obstetrizas, de 13% em 1970 para 3% em 2000 (Walsh e Downe, 2004). No Canadá, vários esforços foram feitos para integrar a prática de obstetrizas dentro do sistema de saúde durante as últimas décadas (Koninck et al., 2001).

No Reino Unido, muitas unidades de parto conduzidas por enfermeiras foram fechadas entre 1980 e 1990, sendo algumas reabertas. Estas unidades são caracterizadas pela ausência do atendimento rotineiro do médico e a orientação para o parto normal. Nos Estados Unidos, os centros de parto são

modelos organizacionais que incluem obstetrizas e obstetras, localizados próximos aos hospitais (Walsh e Downe, 2004).

Uma das características importantes da atenção ao parto no modelo holandês é a seleção de risco, mas há uma diferença considerável nas estruturas social e financeira, no nível de capacitação das obstetrizas, na disponibilidade de cuidados de maternidade domiciliar, no poder balanceado entre obstetrizas e médicos e na ideologia de que gravidez e parto são eventos que não requerem intervenções médicas, a menos que haja uma necessidade clara (Wiegers et al., 1998a; 1998b).

No Canadá, as obstetrizas dos centros de parto estabeleceram protocolos com os hospitais para a transferência das mulheres, quando necessário. Mulheres sem problemas obstétricos ou clínicos podem escolher obter cuidado pré-natal, dar à luz em centros de parto e receber cuidados domiciliares no puerpério por seis semanas (Koninck et al., 2001). Em Berlim, as pacientes também são referenciadas para o hospital quando uma complicação ou fator de alto risco é identificado (David et al., 1999). Em estudo realizado na Noruega, identificando a seleção e transferência das mulheres para os locais de parto, encontrou-se que 69% pariram em unidades gerenciadas por obstetrizas, 24% foram selecionadas e pariram em hospital central e 6,5% foram transferidas para o hospital central após terem sido admitidas em unidade gerenciada por obstetritz (Holt et al., 2001).

As Casas de Parto, que contam com uma equipe composta por enfermeira obstetra, auxiliar de serviços gerais e motorista de ambulância para transporte de

urgência, foram normalizadas no Brasil com a Portaria nº 985/99 do Ministério da Saúde. A experiência que gerou a portaria foi uma resposta às dificuldades de cuidado no trabalho de parto no município de São Paulo, respaldado pelas experiências internacionais. Entretanto, a Resolução nº 111/04 do CREMESP estabelece que está vedado ao médico exercer atividades em Casas de Parto por não serem estas dotadas de infra-estrutura indispensável à gestante, à parturiente e ao recém-nascido, cabendo aos médicos lotados nas instituições de saúde notificar o recebimento das pacientes oriundas das Casas de Parto ao diretor clínico ou diretor técnico, os quais devem comunicar o fato ao CREMESP. Os médicos envolvidos na assistência domiciliar, no transporte ou na avaliação médico-legal das pacientes provenientes das Casas de Parto também deverão notificar o fato ao Conselho (CREMESP, 2004). O CREMESP questiona a ausência do médico na equipe, visto que a classificação do risco relaciona-se com a gravidez e não com o parto.

1.9. Novas rotinas de humanização e a qualidade da assistência obstétrica

O crescimento da competitividade no setor saúde tem levado pacientes e familiares a uma nova postura cidadã, isto é, a de defesa de direitos como consumidor. Em Obstetrícia, o gerenciamento das experiências de parto e pós-parto, medindo a satisfação dos pacientes-usuários, é uma prática importante para quantificar a efetividade do cuidado. Determinar a expectativa das pacientes e avaliar os resultados, incluindo o nível de satisfação com o serviço de saúde, é essencial na provisão da alta qualidade de cuidado centrado na paciente. A

satisfação das pacientes com o cuidado influencia a decisão delas em retornar para a instituição. Consumidores satisfeitos falarão para quatro ou cinco potenciais consumidores e consumidores insatisfeitos relatarão suas experiências negativas para o dobro de pessoas (Alexander et al., 1993).

Solidário às recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde relativas à assistência humanizada à mulher no parto, e do seu papel como instituição universitária de referência e formadora de recursos humanos em saúde, as condutas de assistência à parturiente do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) foram reformuladas. Também se projetou uma grande reforma física para transformação das salas de parto em salas de pré-parto/parto/puerpério individuais, com banheiro privativo, e cujo término está previsto para 2006. Este movimento foi complementado pelo credenciamento como Hospital Amigo da Criança em dezembro de 2003.

Entre as novas práticas humanizadas para a atenção da parturiente, implementadas no CAISM-Unicamp a partir de 2000/2001, encontram-se:

- a abolição do enteroclisma
- a abolição da tricotomia vulvo-perineal completa e sua substituição por tricotomia em faixa estreita suprapúbica
- a prática de massagens para alívio da dor em região lombar
- o estímulo ao banho morno durante o trabalho de parto
- a realização de técnicas respiratórias durante as contrações

- o oferecimento de gelo para saciar parcialmente a sede
- o oferecimento de dieta quando a cliente está em início do trabalho de parto
- o estímulo para a deambulação na área externa
- o contato imediato mãe-filho na sala de parto
- início da amamentação na sala de parto, ou na primeira meia hora se isso não for possível
- o estímulo à permanência de acompanhante durante o trabalho de parto e parto
- a disponibilização de sala de estar para parturientes e acompanhantes, anexa ao pré-parto
- as visitas pré-natais à maternidade e sala de parto

Para que as modificações fossem relevantes, e a elas se agregasse valor, as mudanças precisariam ser reconhecidas e aprovadas pelos atores do processo – mulheres e profissionais de saúde. Entretanto, não tinha sido avaliada a aceitação dessa nova orientação por parte das puérperas e dos profissionais que trabalhavam no Centro Obstétrico. A falta de avaliação significava que não se sabia se as puérperas ficaram satisfeitas com os cuidados recebidos, como também se os profissionais concordavam com as mudanças propostas. O cuidado que se oferecia poderia não estar atendendo às expectativas das parturientes. Por outro lado, os profissionais poderiam discordar das mudanças, impondo dificuldades à sua implantação.

O presente estudo buscou lançar um olhar para a assistência prestada durante o parto. As opiniões das mulheres a respeito do processo de parturição que acabaram de experimentar, das intervenções realizadas e dos profissionais de saúde que atenderam ao parto poderiam balizar e aprimorar as diretrizes institucionais. A comparação entre o que se recomenda e o que se faz é um elemento complementar para esta discussão.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Avaliar a opinião de puérperas sobre sua experiência de parto, bem como a opinião dos profissionais quanto às intervenções que visam auxiliar a humanização do atendimento à mulher em trabalho de parto e parto, implantadas no CAISM/Unicamp a partir de 2000/2001.

2.2. Objetivos específicos

- Verificar a opinião das puérperas sobre a experiência do parto e das rotinas consideradas como intervenções para “humanização do parto”.
- Avaliar se os profissionais conhecem as recomendações do Ministério da Saúde.
- Investigar a opinião dos profissionais que trabalham no Centro Obstétrico a respeito das intervenções que caracterizam o processo de “humanização

do parto”, comparando as três categorias envolvidas (enfermeiros, médico-residentes e obstetra-docentes ou contratados).

- Contrastar as opiniões das parturientes e profissionais sobre certas intervenções recomendadas.
- Avaliar se as recomendações do Ministério da Saúde sobre a assistência humanizada à mulher durante o parto estão sendo observadas.

3. Publicações

Artigo 1

Artigo preparado para ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Christóforo F, Amaral E, Carvasan G, Pereira G, Passini R, Parpinelli MA. A atenção humanizada ao parto numa maternidade universitária: experiência das mulheres.

Artigo 2

Artigo preparado para ser submetido aos Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Christóforo F, Amaral E, Carvasan G, Pereira G, Passini R, Parpinelli MA. A humanização da assistência ao parto segundo os profissionais de uma maternidade de referência.

3.1. Artigo 1

UOL ASSINE BATE-PAPO BUSCA CENTRAL DO ASSINANTE E-MAIL SHOPPING UOL **INDICE PRINCIPAL**

UOL MAIL
INTELIGENTE

Quinta, 12 de maio de 2005 - 17h33
fchristoforo@uol.com.br

Voltar | Sair | Aj

Mensagens **Responder | Responder a todos | Apagar | Encaminhar | Imprimir**

Escrever **De:** Cadernos de Saúde Pública
AntiSpam **Para:** elianaa@unicamp.br
Videomail **Data:** 12/05/2005 10:34
Pastas **Assunto:** Aviso de Recebimento

Endereços Prezada Dra. Eliana Amaral,

Limpar lixeira Seu trabalho "A atenção humanizada ao parto numa maternidade universitária: Experiência das mulheres" encaminhado para CSP foi recebido e aguarda parecer do Conselho Editorial.
O número do seu artigo é: MS-308/05

Configurar Atenciosamente,

Buscar Carlos E.A. Coimbra Jr.
Ajuda Editor

Acelerador -

Cartões **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA / REPORTS IN PUBLIC HEALTH**
Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Secretaria - Tel: +55 21 2598-2511 / Fax: +55 21 2598-2737
Assinaturas - Tel: +55 21 2598-2508 / Fax: +55 21 2598-2514
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

Sair **Responder | Responder a todos | Apagar | Encaminhar | Imprimir**

Fechar Exportar Mover para **Entrada**

UOL ASSINE BATE-PAPO BUSCA CENTRAL DO ASSINANTE E-MAIL SHOPPING UOL **INDICE PRINCIPAL**

Atenção: a senha do assinante do UOL é secreta. Nenhum funcionário do UOL está autorizado a solicitá-la.
© 1996-2005 UOL - O melhor conteúdo. Todos os direitos reservados.

A atenção humanizada ao parto numa maternidade universitária: experiência das mulheres.

Humanized care at childbirth in a university teaching hospital: the women's experience.

Autores:

Fátima Christóforo^{1,2}

Eliana Amaral^{1,2}

*Gislaine Carvasan*¹

Belmiro G. Pereira^{1,2}

Renato Passini Jr.^{1,2}

Mary Ângela Parpinelli^{1,2}

1. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)

Universidade Estadual de Campinas

2. Departamento de Tocoginecologia

Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas

Endereço de contato:

Eliana Amaral

Rua Alexander Fleming 101

Cid. Universitária

Campinas/SP/Brasil

CEP 13083-881

RESUMO

Objetivo: avaliou-se a opinião de mulheres sobre sua experiência no parto e utilização de práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde numa maternidade universitária. Método: entre novembro/03 a fevereiro/04, foram entrevistadas 292 puérperas (até 72hs) admitidas em trabalho de parto espontâneo, excluindo-se as induções e cesáreas eletivas. A amostra foi calculada supondo-se 50% de clientes insatisfeitas com a atenção ($\alpha=0,05$, $\beta=0,20$). Resultados: as parturientes tinham 23,8 anos e 1,8 filhos em média, 40% fizeram acompanhamento pré-natal na instituição. Na admissão ao parto, a tricotomia completa foi realizada em 11,7% delas e apenas uma referiu lavagem intestinal. Metade teve acompanhante, uma boa experiência para quase todas. Dois terços daquelas sem acompanhante desejariam tê-lo. A dor no trabalho de parto foi amenizada com massagens e banhos em 36,6% e metade recebeu anestesia epidural. Quase 80% evoluíram para parto vaginal, com 49,7% de episiotomia. Quase todas referiram contato imediato com o bebê e 95,5% recomendariam a instituição. Conclusão: a atenção foi satisfatória na perspectiva das usuárias, com uma relevante incorporação das práticas voltadas a humanização do parto.

Palavras-chave: parto, humanização, evidência científica, qualidade da assistência

Título corrido: Opinião de mulheres sobre o cuidado no parto

ABSTRACT

Aim: this study evaluated women's opinions on childbirth at a university hospital which adopted the Ministry of Health's recommendations towards the humanization of care during childbirth. **Methods:** a total of 292 clients were interviewed between November 2003 and February 2004, following spontaneous labor (≤ 72 hours), assuming 50% would be unhappy about care ($\alpha=0.05$, $\beta=0.20$). Women submitted to labor induction or elective Caesarian sections were excluded. **Results:** they had mean age of 23.8 years, a mean of 1.8 children, and 40% had received prenatal care at the institution. Complete perineal shaving was performed in 11.7%, and one reported enema. Half the clients had companion, which was almost unanimously considered a good experience. Two-thirds of those who were not accompanied would have liked someone with them. Pain was relieved by massages and hot shower in 36.6% of patients, half received epidural analgesia. Almost 80% had vaginal delivery, 49.7% received medium-lateral episiotomy, and almost all patients reported immediate contact with the baby. Virtually all (95.5%) would recommend the hospital. **Conclusion:** women evaluated their care as satisfactory, with a relevant adoption of practices recommended by the Ministry of Health for humanization of childbirth.

Key words: humanization, childbirth, scientific evidence, quality of care

Short title: Women's opinion on care during delivery

INTRODUÇÃO

Historicamente, as mulheres eram atendidas e apoiadas por outras mulheres durante todo o trabalho de parto¹. Com o tempo a assistência ao trabalho de parto se organizou baseada no risco, no potencial de doença, o que determinou um modelo medicalizante e hospitalocêntrico que hoje predomina no Brasil^{2,3}. Apesar disso, as mudanças não garantiram qualificação da assistência, nem maior satisfação das mulheres e familiares¹.

Na assistência à parturiente deve-se atender às necessidades individuais de cada mulher e não exclusivamente às necessidades julgadas pelos profissionais e suas instituições. Medir a qualidade da assistência ao parto demanda uma compreensão da multiplicidade de processos ocorridos durante todo o período do trabalho de parto e a ansiedade da mulher e seu círculo social de ver finalizado um processo⁴. Outro componente importante na definição de qualidade de assistência obstétrica é a busca do melhor resultado, com aplicação racional da tecnologia, baseados na melhor evidência científica disponível^{5,6}.

Estudos demonstraram que o suporte contínuo contribuiu substancialmente com a satisfação das mulheres e sua experiência de parto. Quatro fatores determinaram sua opinião: a quantidade de suporte recebida dos profissionais, a qualidade das relações estabelecidas com estes, o envolvimento na tomada de decisão, e a relação entre a expectativa e as experiências¹. Por outro lado, os fatores de risco para a insatisfação das mulheres incluem problemas médicos inesperados, (como indução, cesárea de emergência, trabalho de parto prolongado e transferência do bebê para a Unidade de Cuidado Neonatal); fatores sociais (como gravidez indesejada, falta de suporte do parceiro); fatores emocionais durante o trabalho de parto, (dor, falta de controle) e fatores ligados aos profissionais de saúde, (como falta de suporte durante o trabalho de parto e administração de analgesia obstétrica)⁷.

No Brasil, onde prevalece a assistência ao parto hospitalar, a qualidade dessa assistência tem sido questionada devido às altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal⁸. A percepção desta distorção histórica nos novos modelos de atenção ao parto gerou intervenções como os projetos Maternidade Segura e Hospital Amigo da Criança⁴. Num esforço para intervir nas condições de assistência ao parto, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), afirmando que a assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo para cada mulher os benefícios dos avanços científicos, resgatando sua autonomia e protagonismo^{9,10}.

Este estudo se propõe a avaliar a opinião de puérperas sobre sua experiência de parto, num hospital universitário que adotou as recomendações de humanização do PHPN.

SUJEITOS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo prospectivo com 292 puérperas entrevistadas entre 12 a 72hs após parto ocorrido no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM da UNICAMP, de outubro de 2003 a fevereiro de 2004. Foram convidadas a participar as mulheres admitidas na fase ativa do trabalho de parto (até sete cm) e excluídas as submetidas à cesárea eletiva ou indução de parto, e as que tiveram óbito fetal. Realizaram-se entrevistas individuais utilizando um instrumento desenvolvido e pré-testado para o estudo, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa¹¹. Utilizou-se uma escala tipo “Likert” para os cinco graus de satisfação com a assistência prestada¹². O tamanho amostral foi calculado supondo que 50% das mulheres considerariam o atendimento inferior às suas expectativas, sendo $\alpha = 5\%$ e $\beta = 20\%$. Entre 679 mulheres abordadas pela pesquisadora, foram excluídas 179 cesáreas eletivas, 141 induções de

parto, 39 admissões com mais de sete centímetros, 20 óbitos fetais, oito mulheres se recusaram a participar. Seis foram admitidas diretamente na sala de parto.

Os dados foram digitados no programa Epi Info 2002 e analisados através do programa SAS versão 8.02. Realizou-se o cálculo de frequências absolutas e relativas. Para as variáveis contínuas calcularam-se as médias, desvios-padrão, medianas, valores de mínimo e de máximo. As variáveis qualitativas foram submetidas à análise temática inicial, identificando-se os elementos significativos em relação aos objetivos propostos, agrupados em unidades de sentido, com posterior re-categorização¹³.

RESULTADOS

A idade média das mulheres foi 23,8 anos (DP = 6,0), variando de 14 a 43 anos, com paridade média de 1,8 filhos (DP = 1,1). Apenas quatro não tinham qualquer escolaridade, e 45,6% atingiram no mínimo o ensino médio. Três quartos delas não tinham atividade profissional fora do lar. Quase 90% tinham companheiro fixo com quem residiam. Aproximadamente 60% realizaram acompanhamento pré-natal em unidades básicas de saúde. Metade foi informada sobre o hospital de referência para o parto, 88,3% destas foram referenciadas para o CAISM, mas apenas 6,6% o visitaram previamente. Entretanto, 92,8% consideraram a visita prévia à maternidade necessária para conhecer o local e os profissionais.

Apenas 11,7% realizaram tricotomia completa na instituição, mas quase um quinto havia realizado em casa. Dois terços tiveram tricotomia em faixa suprapúbica. A maioria absoluta realizaria a tricotomia em outro parto, quase metade por razões de higiene e um quinto para facilitar os procedimentos médicos e a saída do bebê – tabela 1.

A lavagem intestinal foi realizada em uma parturiente. No entanto, um terço realizaria para evitar a evacuação no parto e ajudar na dilatação do colo uterino. Proporção similar faria num parto futuro - tabela 1.

Metade das parturientes foi informada para permanecer em jejum e para três quartos não se ofereceu líquido ou gelo no trabalho de parto, embora quase metade o desejasse. Deu-se liberdade para movimentação segundo a maioria, mas a dor foi o fator impeditivo para dois terços delas.

A ausculta de batimentos cardíaco-fetais foi rotineira e a maioria também realizou monitorização fetal, o que foi considerado uma boa conduta por três quartos das parturientes. Aspectos positivos relacionados ao cuidado com o bebê foram as razões da satisfação com o exame para quatro quintos delas - tabela 1.

A dor durante o trabalho de parto foi referida por quase todas (97,9%). A posição deitada de lado foi considerada a mais confortável durante as contrações para pouco mais da metade delas. Cerca de 80% reconheceram que as medidas utilizadas para alívio da dor foram eficazes, associando-se massagens, banhos, técnicas de respiração, deambulação, acolhimento e analgesia de condução. Mas a medida mais eficiente foi a analgesia para um quarto, seguida do banho para um quinto delas e massagem para um sexto – tabela 2.

Metade das parturientes teve acompanhante no trabalho de parto, o que foi considerada uma boa experiência para quase todas, predominando o marido (56,2%) e a mãe (19,1%). Dentre aquelas que não tiveram, a maioria gostaria de ter tido – tabela 3.

Quase todas consideraram que sua privacidade foi respeitada no trabalho de parto e que receberam apoio emocional dos profissionais, através das conversas e explicações sobre o processo, contato e presença física – tabela 3.

Mais da metade afirmou que os profissionais do Centro Obstétrico forneceram as informações solicitadas. Por outro lado, 42% não solicitaram qualquer esclarecimento. A evolução do trabalho de parto e orientações sobre os procedimentos realizados correspondeu a 70,1% das informações recebidas, seguida da anestesia a 18,9%.—tabela 3.

Quase 90% responderam que estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com a assistência. Esse grau de satisfação esteve relacionado à atenção e ao bom atendimento dos profissionais predominantemente - tabela 3. Alguns exemplos das respostas textuais das mulheres satisfeitas são apresentados abaixo:

“Achei legal o jeito que todo mundo trata, o respeito, o carinho...”.

“Ali sempre fica muita enfermeira e até médico por perto. Precisa ter. Em outros hospitais a gente fica sozinha, ninguém aparece”.

Entre as 12,7% muito insatisfeitas, insatisfeitas ou sem opinião, as razões alegadas incluíram dor, insatisfação com a equipe e outros aspectos como o tipo de parto e a demora no pré-parto. Alguns exemplos das respostas textuais são apresentados abaixo:

“Algumas pessoas falaram grosso com a gente”.

“Não responderam se dava tempo de dá anestesia. Eu fiquei muito insegura, com medo”.

Quase 80% evoluíram para parto vaginal. A episiotomia foi feita em cerca da metade delas, assim como a anestesia epidural. O contato com o bebê na sala de parto foi referido por 94,2%. Mais da metade gostou mais da sala de parto, em relação à de pré-parto, devido ao alívio da dor proporcionado pela anestesia - tabela 4.

Para dois terços, o que mais agradou no parto foi o nascimento de um bebê saudável; entretanto, para 9,9% foi o apoio e a atenção dos profissionais. A dor da contração foi apontada por 52,4% como o que não agradou no parto. A humanização do parto

foi entendida como atenção, paciência, calma, respeito, maneira de cuidar, e “ser tratada como gente” por 30,8%. Entretanto, 55,8 % não souberam explicar o que seria. Ainda assim, cerca de três quartos consideraram que tiveram uma assistência humanizada no parto, baseada na atenção, respeito, bom atendimento e presença constante dos profissionais. Cerca de 90% ficaram muito satisfeitas ou satisfeitas com a assistência recebida, avaliando a assistência como ótimo-boia e 95,5% recomendariam o CAISM para outras gestantes.

DISCUSSÃO

As mulheres entrevistadas mostraram um elevado grau de satisfação com o atendimento recebido, resultando na recomendação final da instituição para partos futuros de parentes ou amigas, considerado um indicador melhor de satisfação¹⁴. Entretanto, a experiência de parto foi muito próxima da entrevista e o resultado da felicidade de ter dado à luz um bebê saudável pode ter mascarado outras reações. Também é necessário lembrar que, sendo a entrevista realizada no mesmo local e horas após o parto, pode ter ocorrido viés de cortesia, isto é, tendência a respostas mais favoráveis para garantir a simpatia da instituição e seus profissionais¹⁵. Entretanto, a consistência das respostas positivas e suas justificativas tornam difícil acreditar que tal viés pudessem ter distorcido a verdadeira percepção das mulheres a ponto de inverter as conclusões do estudo.

O percentual de tricotomia realizado na instituição foi elevado, contrariando as recomendações^{10,16}. Entretanto, praticou-se uma nova rotina assistencial de humanização, com tricotomia suprapúbica, em faixa estreita, e não a completa, apenas para facilitar o procedimento cirúrgico em caso de indicação emergencial de cesárea numa instituição de referência onde o índice de parto cirúrgico é elevado. Mas a maioria referiu que faria tricotomia num próximo parto por razões de higiene. Como se sabe que é inadequada a

tricotomia realizada com muita antecipação ao procedimento cirúrgico, esta é uma prática que deve ser desestimulada desde o pré-natal¹⁷.

A abolição da lavagem intestinal encontrou-se concordante com a literatura^{18,19}. Entretanto, aproximadamente um terço das mulheres gostaria de fazê-la no próximo parto para evitar a evacuação e ajudar na dilatação do colo uterino. Talvez esta manifestação se deva às informações recebidas ou experiências prévias que também precisam ser discutidas durante o preparo pré-natal.

Neste estudo, a monitorização fetal eletrônica intermitente se realizou em 87% dos casos e houve atitude positiva das entrevistadas em relação ao procedimento, coincidindo com outros estudos publicados²⁰. Para a maioria das mulheres a monitorização e o registro da frequência cardíaca fetal são tranquilizadores, demonstrando que o bebê está vivo e fornecendo informações necessárias aos profissionais. Para poucas, gera ansiedade, desconforto e restrição do movimento. O Ministério da Saúde¹⁰ classificou o monitoramento fetal por ausculta intermitente como uma prática útil que deve ser estimulada. A literatura recomenda utilizar esta prática em casos cuidadosamente selecionados, pois pode levar ao aumento da taxa de cesárea e de partos vaginais operatórios²⁰. Embora PATTISON e McCOWAN²¹ não tenham encontrado evidência para sugerir a monitorização fetal contínua, THACKER et al.²² encontraram redução da taxa de convulsões neonatais. Assim, a indicação e interpretação cuidadosas das monitorizações, por profissionais capacitados, parece ser a recomendação adequada, e não a exclusão do monitor cardíaco-fetal das salas de parto.

As opiniões sobre a orientação nutricional no trabalho de parto variam muito^{10,20}. Neste estudo, metade das parturientes foi informada para permanecer em jejum e não foi oferecido líquido para beber ou gelo, embora desejassem. A restrição não representou

problema para a outra metade que não teve vontade de comer durante a fase ativa do trabalho de parto. Entretanto, o jejum e os distúrbios metabólicos consequentes podem causar progressos insatisfatórios no trabalho de parto e uma cascata de intervenções. A crença de que alimentos e bebidas devem ser suspensos ou severamente restritos após o início do trabalho de parto é amplamente aceita pelo risco potencial de síndrome de aspiração em caso de se realizar anestesia geral. Com o uso da anestesia regional, o risco de aspiração do conteúdo gástrico é pequeno²³. A atualização dos profissionais para restringir a dieta em casos específicos se faz necessária.

As parturientes responderam que tinham liberdade de movimentação, mas que a dor era um fator impeditivo para fazê-lo. O controle mais efetivo da dor é necessário para permitir à mulher se movimentar e adotar posições mais verticalizadas na evolução do trabalho de parto. WHO²⁴ e o Ministério da Saúde¹⁰ recomendam que a parturiente não seja obrigada a permanecer no leito e que deambular, sentar e deitar são posições que podem ser adotadas no trabalho de parto. O movimento pode aumentar o senso de controle da mulher em trabalho de parto por prover distração e ter efeito na diminuição da necessidade de analgesia²⁵.

Uma tarefa essencial do profissional de saúde é auxiliar as mulheres a contornar a dor, o que se pode conseguir explorando as opções não farmacológicas e farmacológicas¹⁰. Deve-se iniciar com o fornecimento de informações tranquilizadoras à parturiente e ao seu acompanhante, contribuindo para melhorar a experiência do parto^{1,10,20,26}.

Também o banho de chuveiro ou de imersão no trabalho de parto, incorporados nas novas rotinas, podem ser muito úteis reduzindo o uso de analgesia e dor materna, sem resultados adversos²⁷. Alguns defensores sugerem que a imersão na água pode acelerar o trabalho de parto, reduzir a pressão arterial, aumentar o controle materno sobre

o ambiente do parto, resultar em menor traumatismo do períneo, menor necessidade de intervenções e introduzir o bebê no mundo com suavidade²⁰. Os críticos afirmam que o parto na água pode aumentar o risco de infecção da mãe e do bebê, possíveis inibições de contrações eficazes, aumentar o risco de traumatismo perineal, hemorragia pós-parto e traumatismo no bebê²⁰.

O uso de toque e massagem pode transmitir alívio da dor e relaxamento. Outros métodos auxiliam no suporte da dor por meio de técnicas que concentram a atenção, como uma respiração ritmada e ofegante, os comandos verbais e o relaxamento, que desviam a atenção. A acupuntura e a estimulação elétrica transcutânea também são alternativas²⁸. Esses métodos devem ser recomendados em conjunto^{10,20,26}.

Entretanto, a prática mais comumente empregada no controle farmacológico da dor é a analgesia ou anestesia peridural, proporcionando alívio mais efetivo da dor no primeiro período do parto. A evidência indica que a analgesia aumenta a duração do primeiro e do segundo períodos do parto, a necessidade de ocitocina, com maior probabilidade de má posição fetal e parto vaginal instrumental, porém não de cesárea, com aumento do risco de febre, com poucos dados sobre efeitos fetais²⁹. A técnica mais utilizada em trabalho de parto atualmente é a espinhal combinada, que proporciona uma analgesia mais rápida, mais segura e mais efetiva para trabalho de parto tardio, com progressão rápida e uso de menor dose de medicação, aumentando a capacidade para deambulação da parturiente. Entretanto, este tipo de analgesia pode resultar em maior incidência de bradicardia fetal do que a outra técnica epidural³⁰. Assim sendo, o uso de analgesia peridural combinada, quando necessária pela intensidade da dor, deve vir acompanhada de um bom controle fetal.

Para TORNQUIST ³¹, na instituição hospitalar, diferentes concepções de dor estão em jogo. Quando a parturiente e profissional compartilham da idéia de que a dor é legítima, pode-se estabelecer uma negociação em torno do seu sentido. As mulheres devem ser informadas que o suporte contínuo durante o trabalho de parto e outras medidas paliativas reduzem a necessidade de alívio farmacológico da dor durante o trabalho de parto ¹. Assim, sugere-se a disponibilidade das várias opções de alívio da dor.

Embora não seja praticado de forma regular e sistemática no país, o direito da gestante ao acompanhante é reconhecido pelo Ministério da Saúde ¹⁰ e pela legislação brasileira³². O CAISM se organizou para receber os acompanhantes das parturientes a partir de 2001. Inicialmente a iniciativa foi vista com reservas por parte dos profissionais, mas gradativamente a resistência tem se desfeito. A presença do acompanhante no cotidiano da instituição é hoje incentivada pela equipe, que vê neste indivíduo uma fonte de apoio para alívio da dor e promoção de conforto (massagens, banhos, respiração) durante a fase de pré-parto. Na sala de parto, onde sua atuação é mais restrita, permanece ao lado da parturiente, apoiando-a e compartilhado, com ela, o momento especial do nascimento.

Entretanto, estas novas práticas estão pouco divulgadas para as gestantes. Supõe-se que parte das mulheres que não tiveram acompanhantes veio sozinha à maternidade por não terem alguém disponível no momento da internação com quem quisessem ou pudessem compartilhar essa experiência ou por desinformação desse direito. Também poderiam ter optado por virem sozinhas pelo desejo de preservar a privacidade. Não questionamos as mulheres especificamente sobre isso, mas acreditamos que seja decorrente da desinformação, que a instituição tem tentado corrigir.

A aceitação da presença de homens durante o trabalho de parto é um fenômeno recente, indicando transformações nas relações de gênero, na compreensão de parto, de

paternidade e na implementação de novos direitos reprodutivos relativos ao parto e ao nascimento. Entretanto, o respeito ao desejo da mulher e o direito do pai participar deve ser negociado na relação entre eles. Os acompanhantes se portam como defensores dos direitos das mulheres, reivindicando a atenção dos profissionais. Assim, a equipe de saúde, precisa ser preparada para esta nova relação com a clientela^{31,33,34}.

As evidências científicas mostram o impacto positivo do suporte contínuo sobre a redução na duração do trabalho de parto, redução na utilização de medicações para dor e analgesia intraparto, maior grau de controle da mulher sobre o trabalho de parto e um efeito positivo sobre a amamentação com pequena diminuição no uso de monitorização fetal eletrônica¹. Na grande maioria das maternidades públicas este é um momento de grande sofrimento tanto para o pai à espera do parto fora da maternidade, quanto para a parturiente internada^{33,35}.

O suporte contínuo foi associado com maiores benefícios quando o provedor não foi um membro da equipe de profissionais do hospital e quando se iniciou mais precocemente durante o trabalho de parto, no qual a analgesia epidural não era disponível rotineiramente¹. O modelo que tem evoluído na América do Norte inclui a doula uma profissional designada apenas para dar apoio emocional e permanece ao seu lado durante todo o trabalho de parto^{1,36}.

A grande maioria das parturientes neste estudo considerou que recebeu apoio emocional dos profissionais, através de explicações, contato e presença física. Esses resultados divergem dos relatos da literatura que descrevem diversas estratégias empregadas pelas mulheres para reduzir sua exposição, a negligência e violência, que tendem marcar o encontro com os profissionais no processo reprodutivo. No parto as mulheres temem ser vítimas da violência institucional, de serem negligenciadas ou desrespeitadas pelos

profissionais, de não receberem explicações sobre o trabalho de parto e sobre sua saúde e a de seus filhos, ou a perspectiva de ficarem sozinhas. Em decorrência de seu treinamento, os profissionais freqüentemente manifestam insensibilidade ao invés de empatia^{37,38}.

Cerca de 80% evoluíram para parto vaginal. Este percentual elevado de partos vaginais não reflete a realidade da instituição, mas deve-se à amostra estudada, que excluiu cesáreas eletivas e induções de parto. A elevada proporção de parto vaginal ocorreu apesar da elevada proporção de dor intensa referida. Nesses casos, o medo da dor do trabalho de parto e do parto vaginal não resultou em cesárea, conforme se afirma em alguns estudos sobre demanda de cesárea pelas parturientes^{39,40,41}. Entretanto, a escolha do tipo de parto não foi das mulheres e sim obedeceu a um protocolo clínico obstétrico. Por outro lado, utilizou-se a analgesia para pouco mais da metade das mulheres.

A preferência das mulheres pelo tipo de parto tem sido debatida no Brasil. Dois estudos mostraram que a maioria das gestantes prefere o parto vaginal, pois a dor do trabalho de parto foi mais fácil de tolerar e permitiu uma recuperação mais rápida^{40,41}. Em outro, elas preferem a cesárea para escapar do tratamento rude que enfrentam nos hospitais públicos e também dos procedimentos dolorosos e da falta de sedação⁴². A maioria das parturientes aqui estudadas estava satisfeita com a assistência recebida durante o parto e o tipo de parto, mesmo tendo vivenciado dor intensa.

A episiotomia foi realizada em cerca da metade dos casos, proporção maior que o proposto pela literatura. As evidências do uso restritivo da intervenção apontam para menos trauma perineal posterior, menos sutura e poucas complicações, sem diferenças para trauma perineal ou vaginal severo, dispareunia e incontinência urinária⁴³. Tratando-se de uma instituição de ensino, é importante a mudança da prática da intervenção, arraigada nos procedimentos obstétricos mais tradicionais, pois a evidência sugere que a redução para 30%

beneficiária significativamente a saúde das mulheres⁴⁴. Trata-se de praticar o cuidado com a saúde baseado em evidência, o padrão-ouro para as condutas clínicas neste novo século.

Finalmente, atendendo ao recomendado, houve contato pele a pele entre mãe e bebê na sala de parto o que tem efeito positivo para a amamentação⁴⁵. A maioria estava muito satisfeita ou satisfeita com o atendimento dos profissionais de enfermagem e médicos e com a assistência recebida nas salas de pré-parto e parto. A imensa maioria considerou que teve sua privacidade respeitada no trabalho de parto, avaliou a assistência como ótima ou boa e recomendaria a instituição para outras gestantes. Esses resultados refletem o observado por ALEXANDER et al.¹⁴ que encontraram maior satisfação com os serviços de maternidade a depender do comportamento e sensibilidade dos profissionais e sua preocupação em manter a privacidade das usuárias, satisfação com os cuidados de enfermagem e informações recebidas. As mulheres quando confiam nos médicos, raramente questionam os procedimentos rotineiros utilizados, mesmo que causem desconforto e dor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que não ocorra um descompasso entre a evidência e a prática, e que a distância entre o que se recomenda e o que se faz possa ser reduzida através da adoção de um conjunto de medidas estruturais, gerenciais, financeiras e educativas, mantidas sob monitoramento, utilizando-se a melhor evidência disponível.

Examinar aspectos relacionados à satisfação das usuárias com os serviços de maternidade pode auxiliar no desenvolvimento de indicadores de qualidade de cuidado que atendam suas necessidades. Os resultados deste estudo, corroborados pela literatura, mostraram que a satisfação está relacionada à abordagem dos profissionais, ao fornecimento de informações sobre o trabalho de parto e parto, sua saúde e dos bebês e a

segurança na tomada de decisão dos profissionais. São necessárias ações para resolver os problemas identificados. Um programa de qualidade poderá ser implementado para sistematizar a avaliação da satisfação das usuárias e alocar recursos para promover o desenvolvimento do cuidado.

Os achados deste estudo mostraram que é possível a adoção das práticas recomendadas pela literatura nacional e internacional voltadas a qualificar e humanizar a assistência ao trabalho de parto e parto mesmo em instituições universitárias de alta complexidade. Os ajustes necessários devem levar em consideração as recomendações sem desvalorizar a opinião das mulheres. O preparo pré-natal para o exercício dos direitos da parturiente e sua compreensão das intervenções necessárias e desnecessárias é essencial sem prescindir do preparo específico da equipe.

COLABORADORES

F. Christóforo foi a responsável pela coleta dos dados para este estudo e pela primeira versão escrita do artigo. F. Christóforo e E. Amaral escreveram o projeto, revisaram, corrigiram os dados, construíram as tabelas e revisaram o texto. G. Carvasan fez as análises estatísticas. B. J. Pereira, R. Passini Jr e M. A. Parpinelli revisaram e fizeram sugestões no texto final do artigo.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a contribuição financeira do Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (FAEP 352/04 - UNICAMP).

Tabela 1-Procedimentos rotineiros na assistência ao trabalho de parto e opinião das mulheres

	n	%
<i>Raspagem dos pelos pubianos</i>		
Sim, na instituição.	202	69,2
Fez em casa	55	18,8
Não	35	12,0
<i>A raspagem dos pelos pubianos foi</i>		
Parcial	174	88,3
Total	23	11,7
<i>Faria ou não a raspagem dos pelos pubianos no futuro?</i>		
Sim	251	85,9
Não	34	11,7
Não sabe	7	2,4
<i>Motivo para fazer a raspagem dos pelos pubianos</i>		
É higiênico, mais cômodo/melhor.	179	61,3
Facilita o procedimento médico/saída do bebê	63	21,6
Desnecessário/discorda da realização do procedimento	39	13,3
Não sabe	11	3,8
<i>Fez lavagem intestinal</i>	1	0,3
<i>Faria lavagem intestinal no futuro?</i>		
Sim	101	34,6
Não	167	57,2
Não sabe	24	8,2
<i>Foi informada para ficar de jejum</i>	153	52,4
<i>Oferecido líquido ou gelo no trabalho de parto</i>	75	26,2
<i>Gostaria que tivessem oferecido líquido pra beber</i>		
Sim	103	48,8
Não	94	44,6
Não sabe	14	6,6
<i>Escutaram o coração do bebê no pré-parto</i>	267	93,4
<i>Controlaram batimentos do coração do bebê com monitor</i>	247	87,0
<i>Opinião sobre o monitor</i>		
Bom	183	74,1
Ruim	33	13,3
Indiferente	19	7,7
Não sabe	12	4,9
<i>Justificativa da opinião sobre o monitor</i>		
Aspectos positivos relacionados ao bebê, tranquilidade	179	82,9
Incomodo físico e sentimento negativo	34	15,7
Sem opinião	03	1,4
<i>Teve liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto</i>		
Sim	241	84,3
Não	37	12,9
Às vezes	8	2,8
<i>O que impediu a movimentação</i>		
Dor	31	68,9
Equipamentos (monitor/bomba de infusão)	4	8,9
Médico contra indicou	4	8,9
Outros	6	13,3

Tabela 2 - A dor e seu alívio segundo as parturientes

	n	%
<i>Dor que sentiu, em escala 0-10</i>		
2 a 5	16	5,7
6 e 7	27	9,6
8 a 10	237	84,7
<i>Posição mais confortável durante as contrações</i>		
Deitada de lado	160	55,9
No chuveiro	35	12,3
Sentada na cama ou na poltrona	18	6,3
Andando	17	5,9
Deitada de costas	15	5,3
Outro	6	2,1
Nenhuma	35	12,2
<i>Foram utilizadas medidas para alívio da dor</i>	144	50,3
<i>O que foi utilizado para alívio da dor</i>		
Múltiplas ações	69	47,9
Banho	27	18,7
Massagem	20	13,9
Analgesia	14	9,7
Respiração	5	3,5
Outros	9	6,3
<i>As medidas auxiliaram no alívio da dor</i>		
Sim	83	57,2
Em parte	37	25,5
Não	25	17,3

Tabela 3 – Apoio psicofísico no trabalho de parto

	n	%
<i>Familiar ou amiga acompanhou o trabalho de parto</i>	144	50,3
<i>Como foi esta experiência</i>		
Boa	135	94,4
Ruim	1	0,7
Indiferente	7	4,9
<i>Não teve mas, gostaria de ter tido acompanhante.</i>	97	68,3
<i>Privacidade foi respeitada durante o trabalho de parto</i>		
Sim	275	96,2
Não, em parte	11	3,8
<i>Recebeu apoio emocional durante o trabalho de parto</i>		
Sim	253	88,5
Não	29	10,1
Em parte	4	1,4
<i>Como foi esse apoio</i>		
Conversar, explicar o processo	110	43,1
Estar presente, segurar na mão, com massagem/toque e/ou respiração	102	40,0
Respiração	20	7,8
Massagem	19	7,5
Outros	4	1,6
<i>Quais informações e/ou orientações foram fornecidas quando solicitadas</i>		
Evolução do trabalho de parto/ orientações procedimentos	115	70,1
Sobre anestesia	31	18,9
Não lembra/não sabe	8	4,9
Outros/queixas	10	6,1
<i>Satisfação quanto à assistência</i>		
Muito satisfeita	88	31,0
Satisfeita	160	56,3
Insatisfeita	15	5,3
Muito insatisfeita	1	0,4
Não tenho opinião formada	20	7,0

Tabela 4 - Características da assistência ao parto

	n	%
<i>Tipo do parto</i>		
Normal	194	66,4
Fórcipe	38	13,0
Cesárea	60	20,6
<i>Tomou anestesia nas costas</i>	166	56,8
<i>Sentiu dor durante a expulsão</i>	143	49,0
<i>Realizaram um corte por baixo</i>		
Sim	145	49,7
Não	134	45,9
Não sabe	13	4,4
<i>Teve contato com o bebê na sala de parto</i>	275	94,2
<i>Preferiria ficar numa mesma sala</i>		
Sim	122	42,1
Não	134	46,2
Não sabe	34	11,7
<i>O que mais agradou no parto</i>		
Nascimento do filho	199	68,1
Apoio/atenção dos profissionais	29	9,9
Anestesia	16	5,5
Presença do acompanhante	13	4,5
Outros	35	12,0
<i>O que não agradou no parto</i>		
Dor da contração	153	52,4
Não teve o que desagradou	77	26,4
Ambiente físico/atendimento profissional (cuidado)	19	6,5
Demora	16	5,5
Vários aspectos	17	5,8
Dor da anestesia	8	2,7
Tipo de parto	2	0,7
<i>Avaliação do atendimento dos médicos</i>		
Muito satisfeita/satisfeita	256	87,7
Insatisfeita/muito insatisfeita/não tenho opinião	36	12,3
<i>Avaliação do atendimento das enfermeiras</i>		
Muito satisfeita/satisfeita	262	89,7
Insatisfeita/muito insatisfeita/não tenho opinião	30	10,3
<i>O que entende por humanização do parto</i>		
Não sei explicar	163	55,8
Atenção/paciência/respeito/ receber com humanidade/ser tratada como gente	90	30,8
Respeitar privacidade/ preocupação com emocional/ter acompanhante/dar explicação	15	5,2
Não sentir muita dor/dar conforto/ajudar a ser mais rápido	12	4,1
União da equipe/ participação	12	4,1
<i>Opinião quanto à assistência recebida durante o parto</i>		
Ótima/boa	265	91,1
Regular/ruim/péssima	26	8,9
<i>Satisfação quanto à assistência neste parto</i>		
Muito satisfeita/satisfeita	248	85,5
Insatisfeita	13	4,5
Não tenho opinião formada	29	10,0
<i>Recomendaria o CAISM</i>		
Sim	279	95,5
Não	9	3,1
Não sabe	4	1,4

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hodnet ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update. Disponível em <URL: <http://cochrane.bireme.br/cochrane>>. [2005 jan1].
2. Rattner D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. Cad Saúde Públ. 1996; 2: 21-32.
3. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynecol Obstet 2001; 75(1): S5-S23.
4. Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luís: UFMA: Unicef, 2000.
5. Villar J, Carroli g, Gülmezoglu AM. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. Int J Gynecol Obstet 2001; 75(1): S47-S54.
6. Pittrof R, Campbell OMR, Filippi VGA. What is quality in maternity care? An international perspective. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 277-283.
7. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth 2004; 31(1): 17-27.
8. Tanaka ACd'A. Maternidade-Dilema entre nascimento e morte. São Paulo – Rio de Janeiro, Ed. Hucitec/ABRASCO, 1995.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde, FEBRASGO, ABENFO. Parto, aborto e Puerpério – Assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 – sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*, 1996; 4:15-25.
12. Moge N. So you want to use a likert scale? Learning technology dissemination initiative 1999. Disponível em <URL: <http://www.icbl.hw.ac.uk>> [2005 jan 24].
13. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 1ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.p. 445-9.
14. Alexander L, Sandridge J, Moore L. Patient satisfaction: An outcome measure for maternity services. *J Perinat Nurs* 1993; 7(2): 28-39.
15. Mitchell RE. Survey materials collected in the developing countries: sampling, measurement and interviewing obstacles to intra-and-inter-national comparisons. *Int Social Science J* 1965; 17(4): 665-83.
16. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update software. Disponível em <URL:<http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.>> [2005jan5].
17. Razavi SM, Mohammad I, Kashani SA, Jafarian A. Abdominal surgical site infections: incidence and risk factors at an Iranian teaching hospital. *BMC Surgery* 2005; 5:2.
18. Lopes MHBM, Silva MAS, Christóforo FFM, Andrade DCJ, Bellini NR, Cervi RC, Amaral MCE. O uso do enterocisma no preparo do parto: análise de suas vantagens e desvantagens. *Rev. latinoam. enfermagem*, Ribeirão Preto, 2001; 9(6):49-55.
19. Cuervo LG, Rodrigues MN, Delgado MB. Enemas em el trabajo de parto (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update software. Disponível em <URL:<http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.>> [2004 jun21].

20. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Terceira edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
21. Pattison N, McCowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br/cochrane>> [2005 mar 9].
22. Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br/cochrane>> [2005 mar 9].
23. Singata M, Tranmer JE. Restricting oral fluid and food intake during labour (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br/cochrane>> [2005 mar 11].
24. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2(8452):436-7.
25. Lewis L, Webster J, Carter A, McVeigh C, Devenish-Meares P. Maternal positions and mobility during first stage labour (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software. Disponível em <URL:<http://cochrane.bireme.br/cochrane/show>. > [2005 jan 2].
26. Sabatino H, Araújo CA, Foz D, Baciuk EP. Identificação de fatores que facilitam a experiência do parto. J Bras Ginecol 1999; 109(1/4): 57-66
27. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour, and birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br>> [2005 jan 15].

28. Knobel R. Acupuntura para o alívio da dor no trabalho de parto. Campinas; 1997.
[Dissertação de mestrado-FCM/UNICAMP].
29. Howell C. Analgesia epidural versus no-epidural para el alivio del dolor en el trabajo de parto (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
Disponível em <[URL:http://cochrane.bireme.br/cochrane/show](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show). > [2004 jun 21].
30. MCCool WF, Packman J, Zwerling A. Obstetric anesthesia: chances and choices.
Journal of Midwifery & Women's Health 2004; 49(6):505-13.
31. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad. Saúde Pública 2003; 19(2). Disponível em <URL: <http://www.scielo.org.br/scielo> > [2004 jun 9].
32. Brasil. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no. 8.080 de 19 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 – SUS. Diário oficial da União, Brasília, 2005.
33. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. Cad Saúde Pública 2003; 19(2); S389-S98.
34. Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? Estudos Feministas 2002; 10:461-81.
35. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato do Estado de São Paulo 1997-1998. São Paulo; 1998.
36. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth.
Midwifery 2001; 17: 302-313.
37. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública 2002; 18(5): 1303-11.

38. d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet* 2002; 359: 1681-5.
39. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cad Saúde Pública* 1991; 7(2): 150-73.
40. Osis MJD, Pádua KS, Duarte GA, Souza TR, Faúndes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75:S59-S66.
41. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Childbirth types: women's expectations. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002; 10(5). Disponível em [www:<http://www.scielo.br/scielo>](http://www.scielo.br/scielo). [2003 nov 9].
42. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 321. Disponível em <URL: <http://www.bmj.com> > [2004 out 14].
43. Carroli G, Belizán J. Episiotomy for vaginal birth. In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004*. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br>> [2004 jun 2].
44. AETCG Argentine episiotomy trial collaborative group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *The Lancet* 1993; 342: 1517-8.
45. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2004*. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br>> [2005 jan 15].

3.2. Artigo 2

UOL Mail Inteligente

Página 1 de 1

 ASSINE BATE-PAPO BUSCA CENTRAL DO ASSINANTE E-MAIL SHOPPING UOL **INDICE PRINCIPAL**

 **Quinta, 12 de maio de 2005 - 17h26**
fchristoforo@uol.com.br

[Voltar](#) | [Sair](#) | [Aj](#)
[li](#)

Mensagens [Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Apagar](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#)

Escrever **De:** Cadernos de Saúde Pública
Para: elianaa@unicamp.br

AntiSpam **Data:** 12/05/2005 10:36
Assunto: Aviso de Recebimento

Videomail

Pastas Prezada Dra. Eliana Amaral,

Endereços Seu trabalho "A humanização da assistência ao parto segundo os profissionais de uma maternidade de referência" encaminhado para CSP foi recebido e aguarda parecer do Conselho Editorial.
O número do seu artigo é: MS-307/05

Limpar lixeira

Configurar

Buscar Atenciosamente,
Carlos E.A. Coimbra Jr.

Ajuda Editor

Acelerador --

Cartões **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA / REPORTS IN PUBLIC HEALTH**
Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Secretaria - Tel: +55 21 2598-2511 / Fax: +55 21 2598-2737
Assinaturas - Tel: +55 21 2598-2508 / Fax: +55 21 2598-2514
http://www.ensp.fiocruz.br/csp

Sair

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Apagar](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#)

[Fechar](#) [Exportar](#) [Mover para](#) **Entrada** ▾

 ASSINE BATE-PAPO BUSCA CENTRAL DO ASSINANTE E-MAIL SHOPPING UOL **INDICE PRINCIPAL**

Atenção: a senha do assinante do UOL é secreta. Nenhum funcionário do UOL está autorizado a solicitá-la.
© 1996-2005 UOL - O melhor conteúdo. Todos os direitos reservados.

**A humanização da assistência ao parto segundo os profissionais de uma maternidade
de referência**

**Humanization of childbirth according to the health providers at a referral teaching
hospital**

Fátima Christóforo^{1,2}

Eliana Amaral^{1,2}

Gislaine Carvasan¹

Belmiro J. Pereira^{1,2}

Renato Passini Jr.^{1,2}

Mary Ângela Parpinelli^{1,2}

1. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)

Universidade Estadual de Campinas

2. Departamento de Tocoginecologia

Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas

Endereço de contato:

Eliana Amaral

Rua Alexander Fleming 101

Cid. Universitária

Campinas/SP/Brasil

CEP 13083-881

RESUMO

Objetivo: este estudo descreve o conhecimento, opinião e prática dos profissionais de rotinas de humanização do parto recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e implantadas numa maternidade pública universitária. *Sujeitos e métodos:* um questionário anônimo auto-respondido foi entregue aos médicos docentes, contratados, residentes e enfermeiros trabalhando no Centro Obstétrico entre janeiro e fevereiro de 2004. *Resultados:* houve grande concordância com as novas práticas introduzidas e com a classificação baseada em evidências de benefícios proposta pelo Ministério da Saúde. Os profissionais seguem a maioria das recomendações e classificam adequadamente grande parte dos procedimentos benéficos e os que devem ser abolidos. Houve discrepância entre médicos e enfermeiras no reconhecimento de algumas práticas como massagens para alívio de dor e episiotomia seletiva. A impossibilidade de acesso universal a analgesia peridural impactou negativamente a avaliação de qualidade do cuidado pelos médicos. *Conclusão:* foram adotadas as rotinas de humanização do parto nesta maternidade de referência terciária. As diferenças de percepção de uso e crítica a certas práticas deverão ser abordadas com intervenções de atualização do protocolo de atendimento.

Palavras chave: humanização, parto, qualidade do cuidado, profissionais de saúde, mulheres.

Título corrido: Opinião de profissionais sobre a humanização do parto

ABSTRACT

Aim This study describes the knowledge, opinion and practices of health providers on practices towards the humanization of childbirth, recommended by the World Health Organization, implemented at a public teaching hospital. **Methods** A self-administered, anonymous questionnaire was handed to medical faculty, doctors, residents and nurses at the Delivery Room between January and February 2004. **Results** There was general agreement with the introduction of the new practices and the classification originally proposed by the Ministry of Health. Staffs adhered to most of the recommendations and adequately classify most routine beneficial and inadequate procedures. There was some discrepancy between physicians and nurses regarding the proportion of staff adhering to the adoption of practices such as massage for pain relief and selective episiotomy. The inability to provide universal epidural had a negative impact on the staff perception of quality of care offered. **Conclusion** The practices included in the definition of humanization of care were implemented in the tertiary referral hospital. The discrepancies in perception among staff categories should be target by interventions to update clinical guidelines.

Key words: humanization, childbirth, quality of care, health providers, women

Short title: Opinion of health providers regarding the humanization of childbirth

INTRODUÇÃO

Em saúde materna, muitos cuidados rotineiros são baseados na prática consagrada, e não se respaldam nas melhores evidências disponíveis, o que causa forte resistência para a interrupção de alguns procedimentos considerados prejudiciais ou de eficácia duvidosa^{1,2,3}. No início dos anos oitenta, os serviços de maternidade da Europa e América do Norte foram criticados e as rotinas inflexíveis de assistência ao parto foram questionadas. Assim, os ensaios perinatais da base de dados Oxford, e posteriormente a Colaboração Cochrane, revisaram sistematicamente a evidência de benefícios associados à prática obstétrica⁴.

Baseados nas evidências científicas, a Organização Mundial da Saúde¹ e, posteriormente o Ministério da Saúde² recomendaram o que deve ser mantido nas práticas obstétricas porque os benefícios estão assegurados, o que deve ser abolido porque é comprovadamente danoso e recomendaram cautela para indicação ou execução de algumas medidas sobre as quais não se tem certeza se causam benefícios ou danos para a mulher e a criança. Entretanto, há uma percepção de que essas recomendações são pouco utilizadas. A partir daí, o interesse no cuidado centrado na mulher, e o interesse na medicina baseada em evidência cresceram. Há uma diferença reconhecida entre evidência de eficácia e adoção das intervenções na prática clínica³.

Como a proposta de usar evidência é alcançar a melhor qualidade do cuidado, torna-se importante conceituar qualidade. Para DONABEDIAN⁵ qualidade do cuidado depende da atuação dos profissionais, da contribuição das pacientes e do sistema de saúde, do cuidado efetivo que é solicitado e das preferências sociais e individuais. O cuidado com qualidade em saúde materna deve considerar os aspectos de segurança, eficácia e satisfação da usuária e seu filho e dos familiares, o que é um desafio especial⁶.

O hospital que presta assistência ao parto e nascimento é um local privilegiado para a avaliação da assistência⁷, e deveria rever periodicamente as taxas de utilização dos procedimentos utilizados para as mulheres e seus filhos e as práticas segundo as melhores evidências de eficácia e riscos disponíveis na literatura⁸, além de buscar a opinião dos usuários e familiares e dos profissionais.

O CAISM, uma instituição universitária de referência terciária no sistema público de saúde, formadora de recursos humanos em nível de graduação e pós-graduação, assiste mulheres em suas necessidades reprodutivas e seus recém-nascidos. Solidário às recomendações da Organização Mundial da Saúde¹ referendadas pelo Ministério da Saúde², as condutas de assistência à parturiente foram reformuladas, assumindo as recomendações chamadas de humanização do parto⁹. Entre as novas práticas para atenção da parturiente implementadas a partir de 2000/2001 encontram-se: a abolição do enterocлизма; substituição da tricotomia vulvo-perineal completa por tricotomia em faixa estreita suprapúbica; a prática de massagens para alívio da dor em região lombar; o estímulo ao banho morno durante o trabalho de parto; a realização de técnicas respiratórias durante as contrações; o oferecimento de gelo para saciar parcialmente a sede; o oferecimento de dieta quando a cliente está em início do trabalho de parto; o estímulo para a deambulação na área externa; o contato imediato mãe-filho na sala de parto e o início da amamentação na sala de parto, ou na primeira meia hora se isso não for possível; o estímulo à permanência de acompanhante durante todo o trabalho de parto e parto; a disponibilização de sala de estar para parturientes e acompanhantes anexa ao pré-parto e as visitas pré-natais à maternidade e sala de parto.

O presente estudo se propõe a avaliar se as recomendações do Ministério da Saúde sobre a assistência humanizada à mulher durante o parto foram incorporadas na rotina

assistencial do Centro Obstétrico do CAISM/UNICAMP, o conhecimento dos profissionais sobre a classificação de benefícios das práticas e sua opinião sobre as mesmas e a qualidade da assistência oferecida.

SUJEITOS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo prospectivo visando a população de cinquenta e cinco profissionais de nível superior entre médicos (dezessete docentes ou médico-assistentes contratados e trinta residentes) e enfermeiros (oito) que prestavam assistência a parturientes no Centro Obstétrico do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP nos meses de janeiro e fevereiro de 2004. Estes foram selecionados e identificados pelas escalas de trabalho diurno e noturno.

Elaborou-se um instrumento para a coleta dos dados pré-testado pela pesquisadora, auto-respondido, anônimo, que, após preenchimento, foi depositado numa urna lacrada disponível por um mês na recepção do Centro Obstétrico. Obteve-se o termo de consentimento livre e esclarecido juntamente com o questionário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

O instrumento enfocou a utilização e conhecimento da classificação das práticas e opinião sobre a adoção das recomendações do Ministério da Saúde² na rotina da instituição, através de perguntas fechadas e abertas. Foi composto de quatro seções: identificação de categoria profissional; mudanças observadas nas rotinas assistenciais; conhecimento da classificação sobre o benefício das intervenções e percepção sobre a qualidade da assistência prestada.

Os dados foram digitados utilizando o programa Epi Info 2002. Para as respostas abertas, foi realizada a análise temática dos elementos significativos em relação aos objetivos propostos, agrupando-os em unidade de sentido para posterior categorização¹⁰. A

tabulação, consistência e cálculos estatísticos foram realizados utilizando-se o programa SAS 8.02. Analisaram-se os dados através de distribuição percentual. Foram comparadas as respostas dos três grupos profissionais, utilizando-se o Teste Exato de Fisher.

RESULTADOS

A taxa de resposta dos questionários de médicos docentes e contratados foi 76% (13/17), a de residentes 40% (12/30) e a de enfermeiros 87,5% (7/8), compondo a taxa total de resposta de 58% (32/55). Entre os 32 profissionais que responderam, os obstetras docentes e contratados representaram 41,9% dos profissionais estudados, seguidos pelos médicos residentes e enfermeiros. As profissionais do sexo feminino predominaram (71%).

Todos os profissionais observaram a adoção de novas práticas na assistência ao trabalho de parto e parto no CAISM. Os enfermeiros mostram percentual maior de concordância plena com a sua implementação, seguidos por médicos docentes – tabela 1.

Alguns residentes discordaram da adoção das novas práticas, fazendo restrições à abolição da tricotomia e do enteroclisma, presença do acompanhante e à impossibilidade de garantir analgesia de condução para todas as mulheres, conforme se observa em algumas respostas abertas apresentadas abaixo:

“Não concordo com a abolição da tricotomia e do enteroclisma. Deveriam ser oferecidos à paciente, pois muitas se sentem constrangidas em evacuar no parto. Deveriam aparar os pêlos púbicos” (residente).

“Acho que temos falhas na questão da analgesia precoce e universal, independente da paridade” (residente). O conhecimento sobre existência da classificação de práticas utilizadas no parto normal foi mais elevado entre os docentes e menor entre os enfermeiros. Os profissionais não se diferenciaram em relação à concordância com a

classificação das práticas, mas houve um número considerável de profissionais que não respondeu. Quando se solicitou a justificativa para a opinião, apenas 30,8% (4/13) dos docentes, 9% (1/11) dos residentes e 42,9% (3/7) dos enfermeiros responderam. Para os respondentes, a classificação traz benefícios e garante o bem-estar materno e fetal, é cientificamente comprovada, otimiza e normatiza os serviços obstétricos. Os profissionais responderam que entendem humanização como um conceito de parto com bem-estar físico e emocional e menos dor – tabela 1.

Todos os profissionais responderam que se oferece opção de acompanhante sempre ou às vezes. Não houve diferença de percepção na implementação de novas rotinas na admissão para trabalho de parto e parto, incluindo a abolição do enteroclisma, episiotomia seletiva, tricotomia apenas numa estreita faixa suprapúbica, exceto para oferta de gelo, mais reconhecida pelos enfermeiros. Embora a maioria reconheça que são utilizados métodos não invasivos para o alívio da dor, as intervenções específicas como massagem e técnicas respiratórias são mais relatadas por enfermeiros. A maioria dos profissionais também afirma que são utilizados agentes sistêmicos e bloqueio peridural às vezes. A prática de episiotomia seletiva foi menos identificada pelos enfermeiros – tabela 2.

É considerável o número de profissionais das três categorias que não responderam sobre a correta classificação de algumas práticas. O maior acerto de resposta (acima de 80%) foi para a presença de acompanhante, contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação, oferecimento de líquido, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor. As diferenças entre os grupos não atingiram significação estatística – tabela 3.

A classificação das restrições hídrica e alimentar teve o menor percentual de acerto entre os residentes (um quinto). A classificação correta do uso rotineiro do enema e a

cateterização venosa profilática de rotina tiveram os menores percentuais de acerto entre enfermeiros (metade). Ao mesmo tempo, o monitoramento eletrônico fetal e a transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio tiveram os maiores percentuais de acerto para este grupo profissional – tabela 3.

Os profissionais não se diferenciaram em relação ao conhecimento de categorias das práticas de alívio da dor na assistência ao parto. Somente 10% dos docentes/contratados, 16,7% dos residentes e um terço dos enfermeiros acertaram a classificação sobre o uso da analgesia peridural, a menor taxa de respostas corretas. O contato cutâneo precoce entre mãe e filho e o uso de meios não farmacológicos para aliviar a dor foram práticas classificadas adequadamente pela grande maioria – tabela 4.

Não houve diferença significativa na opinião dos grupos profissionais sobre a qualidade da assistência prestada durante o trabalho de parto ou parto, e a opinião foi mais positiva em relação ao trabalho de parto. A maioria dos médicos considerou a atenção regular na sala de parto e nenhum classificou como ótima. Embora 30% dos docentes/contratados, e 45% dos residentes não tenham apresentado os motivos para esta avaliação, para os demais, as justificativas podem ser exemplificadas pelos textos abaixo:

“Falta orientação para o alívio da dor, além do problema da analgesia seletiva”
(docente/contratado).

“Falta privacidade para as pacientes” (residente).

“Creio que falta atenção por parte da equipe médica. Não há preocupação em manter a paciente informada acerca do que está acontecendo e do que vai acontecer”
(enfermeiro).

A grande maioria dos profissionais considerou que a qualidade geral da assistência é parcialmente adequada. Houve uma diferença limítrofe relacionada à recomendação do

CAISM à amiga ou parenta entre os três grupos profissionais, o que seria realizado por apenas um quarto dos residentes - tabela 5.

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a mudança na rotina de assistência ao parto num hospital universitário de referência terciária, com adoção das práticas humanizantes e consideradas mais efetivas ou não danosas para a gestante, foi percebida e aceita pelos profissionais.

Os profissionais parecem observar as mudanças que estão sob sua responsabilidade com maior facilidade, o que ficou evidente no exemplo das massagens, referida em maior proporção pelos enfermeiros e da episiotomia seletiva, mais referida pelos residentes. A diferença de percepção na adoção de certas práticas aponta para a necessidade de um programa de capacitação para todas as categorias profissionais, dando a conhecer todo o processo do cuidado e suas bases científicas. Há que se ressaltar a rotatividade das equipes, que incluem profissionais em formação, como residentes e alunos (não entrevistados), o que contribui para tornar heterogênea a percepção das rotinas e exige esforço continuado para manter a adesão aos protocolos clínicos.

Entretanto, há algumas limitações importantes que podem ter interferido com os resultados observados. A primeira é o tamanho restrito da população de estudo, que pode ter sido insuficiente para mostrar as diferenças entre os grupos profissionais. A baixa taxa de resposta entre os residentes pode ser explicada pelo fato de que alguns estavam por concluir seu programa e se afastariam da instituição, perdendo o interesse pelo tema proposto, além de se tratar de um instrumento extenso. Apesar de múltiplos contatos e oferta facilitada de recolhimento, envolvendo o representante do grupo, não obtivemos o sucesso esperado.

A segunda restrição refere-se aos possíveis vieses de resposta. Como o instrumento foi auto-respondido e anônimo, pode ter havido diferença de compreensão de algumas perguntas, sem esclarecimentos pelo pesquisador. Também pode ter havido viés de cortesia, com os profissionais respondendo aquilo que percebiam como a resposta esperada pelo pesquisador ¹¹. Para evitar estes vieses de resposta, seria ideal realizar um estudo observacional das práticas. Entretanto, a observação não elimina a possibilidade de mudança para o comportamento idealizado (em direção às práticas recomendadas), a menos que se utilize a técnica do cliente misterioso ¹².

A indisponibilidade de analgesia de condução (peridural) para todas as mulheres foi um determinante importante de insatisfação com a qualidade de atenção referida pelos médicos. Apesar disso e vários depoimentos com críticas negativas, os médicos e enfermeiros recomendariam a instituição para parto de parentas ou amigas, mas não os residentes.

No CO, o suporte profissional durante o trabalho de parto é provido pelas equipes de enfermagem (enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem) e médica (docente, residente e estudantes de medicina) e a assistência ao parto é realizada pelo residente e estudantes de medicina, sob a supervisão do docente, o que propicia presença contínua de profissionais. Entretanto, este processo de cuidado, comum a muitos serviços universitários, pode contribuir para a desconexão da equipe e percepção da divergência de condutas. Assim, a revisão do mesmo com designação dos membros da equipe responsáveis sob a coordenação docente pode minimizar os problemas.

Os resultados mostram que a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto foi uma nova rotina percebida por quase todos os profissionais dos três grupos. A presença de acompanhantes de livre escolha também foi adotada na Maternidade do Hospital Universitário em Florianópolis¹³, mas houve dificuldades em maternidade pública no

Rio de Janeiro ¹⁴. No Estado de São Paulo em 1999, o Conselho Regional de Medicina encontrou pouquíssimas maternidades que permitiam a presença do acompanhante ¹⁵.

A OMS¹ e o Ministério da Saúde ^{2,9} reconheceram o direito da gestante de ser acompanhada por pessoa de sua escolha durante o trabalho de parto. No Estado de São Paulo, o direito ao acompanhante está previsto na Lei 10.241 de março de 1999¹⁶ e no Brasil, lei similar (Lei no. 11.108) foi promulgada em abril de 2005¹⁷, obrigando os serviços de saúde do SUS ou conveniados a permitirem a presença, junto à parturiente, de um de acompanhante de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

Embora a presença de acompanhantes seja recomendada, num contexto de humanização é preciso respeitar o direito da parturiente de não querer ninguém do seu círculo de relações, o que pode ocorrer com um grupo menor de mulheres. Foi o que se observou num estudo no Líbano ¹⁸. Assim, não se deve pressupor 100% de parturientes com acompanhante, e, para aquelas que optaram por não ter, a equipe de assistência deve fornecer o necessário apoio emocional contínuo. Neste contexto, surge a opção da doula, uma prestadora de serviços que recebeu treinamento básico sobre o parto e está familiarizada com uma ampla variedade de procedimentos de assistência, promovendo um suporte contínuo para a mulher¹⁹.

O contato pele a pele mãe-bebê na sala de parto também foi identificado pela maioria dos profissionais nos três grupos. Esta prática foi reforçada pelo programa de preparação e de manutenção do título Hospital Amigo da Criança, recebido pela instituição no final de 2003, pois está previsto nos dez passos para o sucesso do aleitamento materno²⁰. Seu reconhecimento pelos profissionais indica que esta mudança já está incorporada. Na evidência disponível, o contato precoce pele a pele parece ter benefício clínico, especialmente sobre os resultados da amamentação e no choro do bebê²¹.

As diferenças encontradas entre os grupos em relação à identificação do uso da massagem na região lombar e as técnicas respiratórias para alívio da dor sugerem que as enfermeiras estão mais envolvidas com o desenvolvimento destas intervenções. No dia-a-dia, elas orientam as parturientes e familiares para colaborarem com a realização das mesmas. Entre os elementos comuns do suporte emocional estão outras medidas de conforto como banho morno e a promoção adequada da ingestão de líquidos²², todos incluídos na rotina de atuação da equipe de enfermagem.

Também o oferecimento de gelo para saciar a sede não tem sido notado pelos médicos, ficando a cargo da equipe de enfermagem. Mas a liberação da dieta, incluindo líquidos, é variável nas práticas de diversos países. No Líbano, 59% dos hospitais não permitem tomar líquido, mas se pode molhar a boca¹⁸. Por outro lado, na Holanda é permitido que as mulheres comam e bebam²³. De fato, não há evidências para suportar a crença que se deve negar comida e bebida durante o trabalho de parto para prevenir o risco de morbidade e mortalidade materna se uma anestesia geral é requerida. Considera-se que, com o uso da anestesia regional, o risco de aspiração do conteúdo gástrico é pequeno²⁴. Assim, ao menos a oferta de líquidos ou gelo deve ser incorporada como rotina por todos os profissionais, à luz das evidências disponíveis.

Parece ter ocorrido uma dificuldade no entendimento sobre o que é abolir a tricotomia tradicional do trabalho de parto, particularmente entre os residentes. Na instituição, houve a abolição da tricotomia vulvo-perineal completa, e sua substituição por tricotomia em faixa estreita suprapúbica (na região da incisão de Pfannenstiel), na admissão de todas as parturientes. Isto ocorreu para atender a requisição da equipe médica de um melhor acesso à área de incisão na pele em caso de cesárea de urgência, numa instituição com grande percentual de gestações de alto risco e elevada taxa de cesárea. Como há evidência

insuficiente sobre o risco de infecção materna ou neonatal com o uso da tricotomia²⁵, recomenda-se apenas aparagem seletiva dos pêlos quando e onde necessário^{1,2}. Enquanto na Inglaterra a tricotomia é praticada em 15% das mulheres, no Canadá ocorre em 25% dos partos e no Líbano em 77% deles¹⁸. Não encontramos qualquer relato do uso da faixa suprapúbica, que responde às necessidades da cesárea e, ao mesmo tempo, abole, em 100% das mulheres, a desnecessária tricotomia completa vulvo-perineal.

O residente, ainda em treinamento e, portanto, menos seguro da sua atuação, foi o profissional que se mostrou mais reticente quanto às novas rotinas. As razões apontadas estão ligadas a algumas resistências à mudança, que passam apenas por percepções, expectativas, preferências e conveniências dos profissionais quanto à assistência ao parto. DINIZ e CHACHAM²⁶ destacam que a mudança tem que incorporar processos mais amplos da cultura institucional, que possam ir além da mera informação.

Quanto à insatisfação dos profissionais devida à restrição de acesso universal à analgesia de condução para abolir a dor do parto, é importante discutir os achados de HODNETT²⁷ e ALEXANDER et al.²⁸. Muitas mulheres estão dispostas a sentir alguma dor no parto, desde que não seja insuportável. Para elas, a satisfação no parto está fortemente associada a um ambiente acolhedor e à presença de companhia durante todo o trabalho. Assim, o que mais influi na satisfação com o parto é o comportamento dos profissionais.

Os médicos criticam o não oferecimento universal da analgesia, mas as revisões sistemáticas sugerem que esta intervenção aumenta a duração do primeiro e do segundo período do parto, a necessidade de ocitocina, há maior probabilidade de má posição fetal e parto vaginal instrumental (não de cesárea) e também aumenta o risco de febre²⁹. Assim, seu uso deve ser expandido para todas as situações em que a dor intensa não puder ser suportada de outras formas, mas não deveria ser entendido como prática

rotineira. Seu uso deve depender única e exclusivamente, da necessidade de métodos mais potentes de analgesia, requeridos pela própria paciente.

As práticas classificadas como úteis e que devem ser encorajadas (categoria 1), como o monitoramento do bem-estar físico e emocional, a opção de acompanhante, a prática de métodos não invasivos para alívio da dor, a liberdade de posição e movimento e o estímulo a posições não supinas foram praticadas segundo os profissionais. Ao mesmo tempo, as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (categoria 2), como o uso rotineiro da tricotomia e do enterocisma, não tem sido praticadas, indicando que as evidências científicas foram reconhecidas e provocaram mudanças reais na assistência.

A existência de uma prática rotineira da episiotomia foi negada por todos os docentes/contratados (100%) e pela maioria dos residentes (85%), mas não foi reconhecida por 57% dos enfermeiros. A evidência disponível recomenda seu uso restritivo porque este procedimento não cumpre os objetivos que justificariam sua realização^{30,31}. Assim, a episiotomia de rotina não é justificada: não tem benefício para a mãe ou bebê, aumenta a necessidade de sutura perineal e o risco de complicações no processo de cicatrização, produz desnecessária dor e desconforto sete dias após o parto e tem potencialmente efeito prejudicial em longo prazo³². Estudos mostram que, numa política de uso restritivo, espera-se realizar episiotomia em 30% dos partos³², menos dos que os 49,7% de episiotomia referido por mulheres na instituição neste período, dado não apresentado (enviado para publicação).

O resultado da avaliação de satisfação com a assistência prestada nas salas de Pré-parto e de Parto parece refletir fortemente as dificuldades da equipe para lidar com a dor. Segundo TORNQUIST¹³, a dor não se relaciona apenas com a subjetividade de cada mulher, mas pela forma como a dor foi construída pela cultura. No CAISM, como em outras maternidades do sistema público, o enfrentamento adequado da dor, diante de

uma política de restrição ao uso de analgésicos potentes para preservar as condições do recém-nascido, contraposta a uma restrição numérica de acesso a analgesia de condução, é um grande desafio e fonte de estresse para os profissionais. A reação da equipe, que sofre com a dor da parturiente e se sente responsável ou culpada por ela, gera forte tensão entre os profissionais, o que pode interferir com a melhor decisão clínica ou com a qualidade de sua intervenção e relação interpessoal. Isso pode levar a mudança no andamento clínico do parto. Os profissionais precisam se capacitar técnica e emocionalmente para lidar com a dor, utilizando todas as formas disponíveis e comprovadamente úteis para amenizá-la, ao mesmo tempo em se busca uma reorganização das práticas anestésicas nas maternidades SUS, onde se concentram os partos vaginais, para que a analgesia possa ser oferecida se isso for da escolha das mulheres.

É muito interessante observar que a falta de quartos privativos não impediu a mudança das práticas na instituição. Permite-se a presença dos acompanhantes mesmo com leitos separados apenas por cortinas, o que parecia inaceitável, mas se revelou aceitável para a equipe e para as parturientes e acompanhantes quando se tornou um fato consumado. Desta forma, não foi necessário postergar a introdução de uma prática essencial para humanizar o parto, enquanto se aguarda a reforma da área do Centro Obstétrico com criação de múltiplas salas de pré-parto/parto/puerpério individuais, com banheiro privativo. CARVALHO¹⁴ identificou situação semelhante em seu estudo, onde os leitos do Pré-parto são separados por cortinas, o que foi um fator impeditivo para a presença constante dos pais.

Identificou-se maior necessidade de capacitação relacionada à classificação das práticas para o grupo de enfermeiros, que demonstrou o menor percentual de conhecimento. As diferenças encontradas entre os grupos podem ser resultantes de diferenças do nível de informação. As maiores taxas de acerto estiveram nas categorias 1 (úteis) e 2 (devem ser

abolidos). As práticas das categorias 3 (práticas que não existem evidências para apoiar a recomendação e devem ser utilizadas com cautela) e 4 (práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado) tiveram os menores percentuais de acerto. Este fato sugere que foi mais fácil identificar o que deve e o que não deve ser feito, mas não as nuances ou dúvidas.

Para solucionar as divergências de percepção das condutas entre profissionais, as rotinas precisam ser revistas através de ampla discussão. Neste processo, a opinião das mulheres sobre as mudanças implantadas deve ser trazida para compor o quadro. A melhora da relação profissional de saúde – paciente implica uma revisão dos valores que norteiam a prática. Segundo d'OLIVEIRA et al.³³, o profissional de saúde para ser efetivo precisa da cooperação das usuárias e isto é obtido através da informação, da participação e da relação de confiança. O currículo precisa priorizar o ensino de habilidades de comunicação, ética, antropologia, direitos humanos, incluindo direitos sexuais e reprodutivos, o que já vem sendo contemplado pelas mudanças curriculares em andamento nos cursos de Medicina e de Enfermagem.

A avaliação do profissional sobre a qualidade do cuidado que é oferecido influencia a intenção de recomendar ou não a instituição para amigas e parentes. Provavelmente os profissionais que não recomendariam ou não sabem se recomendariam à instituição perceberam que há necessidade de aprimoramento, o que é fundamental para que mudanças ocorram. Em maternidade, o cuidado centrado na família contribui para aumentar a satisfação com a experiência de parto, e a maioria dos profissionais manifestou concordância com este cuidado. A garantia do direito da mulher na escolha dos acompanhantes, o contato com o bebê nos primeiros trinta minutos de vida, o Alojamento Conjunto implantado desde a criação da instituição em 1986 e a visita aberta facilitaram este processo.

Esta é uma pesquisa, que visou avaliar as práticas institucionais e melhorar a qualidade da assistência prestada, utilizando a opinião dos profissionais. Pode refletir o

que ocorre em serviços com condições similares, encorajando-os a adotar as rotinas recomendadas se isso ainda não ocorre, e também apresenta dados que sevem de base para avaliar posteriormente o resultado de intervenções implementadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os esforços para implantar intervenções que caracterizam o processo de humanização do parto, baseadas em evidências científicas disponíveis, alcançaram seus objetivos. Os profissionais têm seguido e concordam com várias recomendações do Ministério da Saúde relativas à humanização do parto. Entretanto, algumas práticas necessitam de aprimoramento. É necessário manter a atualização da melhor prática e avaliar sistematicamente sua utilização. Deve ser proposto um plano institucional que examine e intervenha nas necessidades expressas pelos profissionais, seguido de nova avaliação e propostas de intervenções. A percepção das usuárias, para balizar a percepção dos profissionais deve compor este processo de avaliação que retro alimenta as intervenções.

COLABORADORES

F. Christóforo foi a responsável pela coleta dos dados para este estudo e pela primeira versão escrita do artigo. F. Christóforo e E. Amaral escreveram o projeto, revisaram, corrigiram os dados, construíram as tabelas e revisaram o texto. G. Carvasan fez as análises estatísticas. B. J. Pereira, R. Passini Jr e M. A. Parpinelli revisaram e fizeram sugestões no texto final do artigo.

AGRADECIMENTO

Os autores agradecem a contribuição financeira do Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (FAEP 352/04 - UNICAMP).

Tabela 1 – Percepção e concordância com modificações das rotinas de assistência ao parto por médicos e enfermeiros atuando no Centro Obstétrico

	docente/contratado		residente		enfermeiro(a)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
<i>Notou prática nova</i>							-
Sim	13	100,0	11	100,0	7	100,0	
<i>Opinião em relação à implantação de novas práticas</i>							0,03
Concordo plenamente	6	46,2	2	20,0	6	85,7	
Concordo	7	53,8	5	50,0	1	14,3	
Discordo	0	0,0	3	30,0	0	0,0	
Sem resposta	0		1		0		
<i>Conhece a classificação das práticas no parto normal segundo o MS</i>							0,06
Sim	12	92,3	7	63,6	3	42,9	
Não	1	7,7	4	36,4	4	57,1	
<i>Opinião em relação à classificação das práticas segundo MS</i>							0,68
Concordo	9	81,8	5	83,3	2	66,7	
Concordo plenamente	1	9,1	0	0,0	1	33,3	
Discordo	1	9,1	1	16,7	0	0,0	
Sem resposta	2		5		4		
<i>O que você entende por humanização de parto</i>							0,35
Conjunto de medidas visando bem-estar físico e emocional do binômio	5	41,7	6	66,7	5	83,3	
Práticas que tornam a parturição mais confortável e menos dolorosa.	4	33,3	3	33,3	1	16,7	
Ambos	3	25,0	0	0,0	0	0,0	
Sem resposta	1		2		1		

* Teste Exato de Fisher.

Tabela 2: Adoção de rotinas na assistência ao trabalho de parto e parto segundo percepção dos profissionais do CAISM

	docente/contratado		residente		enfermeiro(a)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
<i>É oferecida a opção de acompanhante?</i>							0,79
Sim	9	69,2	8	72,7	4	57,1	
Às vezes	4	30,8	3	27,3	3	42,9	
<i>É realizada a tricotomia pubiana completa?</i>							0,20
Sim	0	0,0	3	27,3	0	0,0	
Às vezes	1	8,3	1	9,1	0	0,0	
Não	11	91,7	7	63,6	7	100,0	
<i>O enteroclisma é praticado na internação?</i>							1,00
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Às vezes	1	8,3	0	0,0	0	0,0	
Não	11	91,7	11	100,0	7	100,0	
<i>Há orientação sobre liberdade de posição e movimento?</i>							0,36
Sim	8	61,5	5	45,5	5	71,4	
Às vezes	4	30,8	4	36,4	0	0,0	
Não	1	7,7	2	18,2	2	28,6	
<i>É mantida em restrição hídrica ou alimentar?</i>							0,45
Sim	8	61,5	4	36,4	2	28,6	
Às vezes	4	30,8	6	54,5	5	71,4	
Não	1	7,7	1	9,1	0	0,0	
Oferecido gelo para saciar a sede	6	46,2	7	63,6	7	100,0	0,05
<i>Usam-se métodos não invasivos para dor?</i>							0,38
Sim	3	23,1	6	54,5	3	42,9	
Às vezes	9	69,2	5	45,5	3	42,9	
Não	1	7,7	0	0,0	1	14,3	
Estímulo ao banho morno/quente	11	84,6	8	72,7	7	100,0	0,32
Massagem na região lombar	6	46,2	4	36,4	7	100,0	0,02
Técnicas respiratórias	1	7,7	2	18,2	7	100,0	< 0,01
<i>É controlada a dor por agentes sistêmicos</i>							0,83
Sim	3	23,1	1	9,1	0	0,0	
Às vezes	8	61,5	8	72,7	6	85,7	
Não	2	15,4	2	18,2	1	14,3	
<i>É realizada a analgesia peridural</i>							0,19
Sim	1	7,7	3	27,3	0	0,0	
Às vezes	12	92,3	8	72,7	6	85,7	
Não	0	0,0	0	0,0	1	14,3	
<i>A episiotomia é praticada rotineiramente?</i>							0,01
Sim	2	15,4	0	0,0	4	57,1	
Não	11	84,6	11	100,0	3	42,9	
<i>Há contato mãe-filho na sala de parto?</i>							0,35
Sim	11	84,6	7	63,6	5	57,1	
às vezes	2	15,4	4	36,4	3	42,9	

*Teste Exato de Fisher

Obs: orientação de boa prática em negrito

Tabela 3: Conhecimento dos profissionais acerca da correta a categorização das práticas de assistência ao trabalho de parto segundo Ministério da Saúde 2002

	docente/contratado		residente		enfermeiro(a)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
<i>Respeito à escolha de acompanhantes no trabalho de parto</i>							-
categoria 1	10	100,0	6	100,0	3	100,0	
<i>sem resposta</i>	3		5		4		
<i>Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto</i>							0,48
Categoria 2	6	60,0	3	60,0	0	0,0	
Categoria 3	1	10,0	1	20,0	0	0,0	
categoria 4	3	30,0	1	20,0	2	100,0	
<i>sem resposta</i>	3		6		5		
<i>Cateterização venosa profilática de rotina</i>							0,74
Categoria 1	0	0,0	1	16,7	0	0,0	
categoria 2	7	70,0	3	50,0	1	50,0	
Categoria 3	2	20,0	1	16,7	0	0,0	
Categoria 4	1	10,0	1	16,7	1	50,0	
<i>sem resposta</i>	3		5		5		
<i>Uso rotineiro do enema</i>							0,34
categoria 1	1	10,0	0	0,0	0	0,0	
categoria 2	8	80,0	6	100,0	1	50,0	
categoria 3	0	0,0	0	0,0	1	50,0	
categoria 4	1	10,0	0	0,0	0		
<i>sem resposta</i>	3		5		5		
<i>Uso rotineiro da tricotomia</i>							0,86
categoria 2	8	80,0	5	83,3	2	50,0	
categoria 3	1	10,0	1	16,7	1	50,0	
categoria 4	1	10,0	0	0,0	0	0,0	
<i>sem resposta</i>	3		5		4		
<i>Monitoramento eletrônico fetal</i>							0,43
categoria 1	1	10,0	2	33,3	0	0,0	
categoria 3	4	40,0	2	33,3	0	0,0	
categoria 4	5	50,0	2	33,3	3	100,0	
<i>sem resposta</i>	3		5		4		
<i>Monitoramento intermitente da ausculta fetal e contrações uterinas</i>							0,39
categoria 1	9	90,0	6	100,0	2	66,7	
categoria 2	0	0,0	0	0,0	1	33,3	
categoria 4	1	10,0	0	0,0	0	0,0	
<i>sem resposta</i>	3		5		4		

* Teste Exato de Fisher

Categoria 1: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

Categoria 2: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser desestimuladas

Categoria 3: práticas que não existem evidências para apoiar sua recomendação, utilizar com cautela

Categoria 4: práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado

Tabela 4: Conhecimento dos profissionais acerca da correta a categorização das práticas de alívio de dor e assistência ao período expulsivo segundo Ministério da Saúde 2002

	docente/contratado		residente		enfermeiro(a)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
<i>Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor</i>							0,74
categoria 1	9	90,0	5	83,3	3	100,0	
Categoria 3	1	10,0	0	0,0	0	0,0	
Categoria 4	0	0,0	1	16,7	0	0,0	
<i>sem resposta</i>	3		5		4		
<i>Controle da dor por analgesia peridural</i>							0,50
Categoria 1	6	60,0	5	83,3	2	66,7	
Categoria 3	3	30,0	0	0,0	0	0,0	
categoria 4	1	10,0	1	16,7	1	33,3	
<i>sem resposta</i>	3		5		4		
<i>Manipulação ativa do feto no momento do parto</i>							0,18
Categoria 1	0	0,0	2	40,0	0	0,0	
Categoria 2	3	33,3	0	0,0	1	33,3	
categoria 3	3	33,3	3	60,0	2	66,7	
Categoria 4	3	33,3	0	0,0	0	0,0	
<i>sem resposta</i>	4		6		4		
<i>Contato cutâneo precoce entre mãe e filho e apoio à amamentação</i>							-
categoria 1	10	100,0	6	100,0	3	100,0	
<i>sem resposta</i>	3		5		4		
<i>Transferência para outra sala no início do segundo estágio</i>							0,55
Categoria 1	1	11,1	0	0,0	0	0,0	
Categoria 2	1	11,1	3	50,0	0	0,0	
Categoria 3	3	33,3	1	16,7	0	0,0	
categoria 4	4	44,4	2	33,3	2	100,0	
<i>sem resposta</i>	4		5		5		

* Teste Exato de Fisher.

Tabela 5: Opinião global dos profissionais sobre a qualidade da assistência ao parto

	docente/contratado		residente		enfermeiro(a)		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
<i>Opinião sobre qualidade da assistência no pré-parto</i>							0,59
Bom	5	38,5	7	63,6	5	71,4	
Regular	7	53,8	3	27,3	2	28,6	
Ruim	1	7,7	1	9,1	0	0,0	
<i>Porque</i>							0,62
falta preparo da equipe para lidar com a dor	2	25,0	3	50,0	2	28,6	
falta de privacidade	2	25,0	2	33,3	0	0,0	
equipe em constante alteração/ divergências em condutas	3	37,5	1	16,7	3	42,9	
Outras	1	12,5	0	0,0	2	28,6	
sem resposta	5		5		0		
<i>Opinião sobre qualidade da assistência prestada na sala de parto</i>							0,65
Ótima	0	0,0	0	0,0	1	14,3	
Bom	5	38,5	5	45,5	3	42,9	
Regular	8	61,5	6	54,5	3	42,9	
<i>Você considera que a assistência ao parto é de boa qualidade</i>							0,37
Sim	0	0,0	1	9,1	2	28,6	
em parte	11	91,7	9	81,8	5	71,4	
Não	1	8,3	1	9,1	0	0,0	
sem resposta	1		0		0		
<i>Recomendaria o CAISM à alguma amiga/parente que fosse ter um parto</i>							0,06
Sim	9	69,2	3	27,3	6	85,7	
Não	1	7,7	2	18,2	1	14,3	
não sabe	3	23,1	6	54,5	0	0,0	

* Teste Exato de Fisher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.
2. Brasil. Ministério da Saúde, FEBRASGO, ABENFO. Parto, aborto e Puerpério – Assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
3. Villar J, Carroli G, Gülmezoglu AM. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75:S47-S54.
4. The Cochrane Collaboration. Chronology of the Cochrane Collaboration 2004. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.org>> [2005 abr 16].
5. Donabedian A. The Quality of care: how can it be assessed. *Jama* 1988; 260: 1743-1748.
6. Pittrof R, Campbell OMR, Filipi VGA. What is quality in maternity care? An international perspective. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 277-283.
7. Rattner D. A epidemiologia na avaliação da qualidade: uma proposta. *Cad. Saúde Públ.* 1996; 12 Supl. 2: 21-32.
8. Coalition for Improving Maternity Services [CIMS]. The mother-friendly childbirth initiative, United States, 1996. Disponível em <URL: <http://www.motherfriendly.org>> [2004 ago 27].
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
10. Minayo de Souza MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª edição. São Paulo: Hucitec; 1999. [Coleção saúde em debate, 46].

11. Mitchell RE. Survey materials collected in the developing countries: sampling, measurement and interviewing obstacles to intra-and-inter-national comparisons. *Int Social Science J* 1965; 17(4): 665-83.
12. Campbell O, Cleland J, Collumbien M, Southwick K. Social science methods for research on reproductive health. Geneve. WHO 1999; 49.
13. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(2). Disponível em <URL: <http://www.scielo.org/ve/scielo> > [2004 jun 9].
14. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Cad Saúde Públ* 2003; 19(2); S389-S398.
15. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato do Estado de São Paulo 1997-1998. São Paulo; 1998.
16. São Paulo (Estado). Lei 10.241 de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. *Diário oficial do Estado, São Paulo*, v.109, n.51, 1999.
17. Brasil. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no. 8.080 de 19 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 – SUS. *Diário oficial da União, Brasília*, 2005.
18. Khayat R, Campbell O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. *Health Policy and Planning*, 2000; 15(3): 270-278

19. Campero L, Garcia C, Diaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. “Alone, I wouldn’t have known what to do”: a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med* 1998; 47 (3): 395-403.
20. Organización Mundial de la Salud. Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Ginebra; 1998. (WHO/CHD/98.9): 31-33.
21. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br>> [2005 jan 15].
22. Hodnet ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software.
23. Scheepers HC, Thans MC, Jong PA, Essed GG, Le Cessie S, Kanh HH. Eating and drinking in labor: the influence of caregiver advice women’s behavior. *Birth* 2001; 28(2): 119-23.
24. Singata M, Tranmer JE. Restricting oral fluid and food intake during labour (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br/cochrane>> [2005 mar 11].
25. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update software. Disponível em <URL:<http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.>> [2005jan5].
26. Diniz SG, Chacham A. Dossiê Humanização do Parto. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2002.

27. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: S160-72.
28. Alexander L, Sandridge J, Moore L. Patient satisfaction: An outcome measure for maternity services. *J Perinat Nurs* 1993; 7(2): 28-39.
29. Howell C. Analgesia epidural versus no-epidural para el alivio del dolor en el trabajo de parto (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. Disponível em <URL:<http://cochrane.bireme.br/cochrane/show>. > [2004 jun 21].
30. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E et.al .Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3^a.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
31. Carroli G, Belizán J. Episiotomy for vaginal birth. In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br>> [2004 jun 2].em <URL:
32. Alhabe F, Belizán JM, Begel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002; 324 (73430): 945-6.
33. d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet* 2002; 359:1681-5.

4. Discussão

Nesta dissertação, a utilização das rotinas de humanização da assistência ao parto baseadas na evidência científica, implantadas a partir de 2000/2001, foram avaliadas através das opiniões de puérperas e de profissionais de saúde. Foi demonstrado que a mudança nas rotinas do parto institucionalizado foi possível nesta maternidade pública terciária e universitária (CAISM/Unicamp). Neste estudo, as opiniões das puérperas e dos profissionais, e a assistência embasada na evidência científica disponível utilizaram como referencial a classificação das práticas recomendadas para a humanização do parto, propostas pela OMS em 1996 e Ministério da Saúde em 2001 (Brasil, 2001).

As mulheres relataram a utilização das novas práticas humanizantes e consideraram a atenção recebida bastante satisfatória, sendo que quase todas (95,5%) recomendariam a instituição. Identificaram-se algumas rotinas que ainda devem ser aprimoradas, como diminuir a realização de episiotomia (inferior a 50%), aumentar os 50% de oferta de analgesia de condução e a mulher ter um acompanhante de sua escolha no trabalho de parto e parto.

Chama a atenção o fato que um contingente importante de mulheres referiu que faria tricotomia e enteroclisma em um parto futuro.

Os profissionais têm seguido as recomendações e foram capazes de relacionar grande parte dos procedimentos rotineiros - considerados benéficos pela classificação do Ministério da Saúde - com alguma discordância e maior reticência sobre a adoção de certas rotinas pelos médicos residentes, e um grupo maior respondeu que a atenção oferecida é parcialmente humanizada.

É interessante observar a diferença da valorização de certos aspectos entre as mulheres e os profissionais. Para os últimos, a incapacidade de dar resposta abolindo a dor de todas as parturientes é um dos fatores relevantes na perda de qualidade da assistência oferecida, assim como as divergências de conduta. A percepção dos profissionais está fortemente influenciada e idealizada, pelo seu papel profissional como curador e de suas experiências pessoais e profissionais que firmaram a imagem do parto sem dor, incluindo a operação cesariana, como a forma contemporânea e urbana de nascer. Embora tenham referido dor intensa, em nenhum momento as mulheres manifestaram a mesma percepção negativa da dor ou divergência de condutas. Para elas, a delicadeza, gentileza, apoio com palavras de conforto e explicações foram muito mais relevantes na percepção de uma boa qualidade da atenção, resultando no alto percentual de recomendação.

Os achados deste estudo são importantes porque as opiniões das mulheres a respeito do processo de parturição que acabaram de experimentar e dos profissionais de saúde que atenderam o parto, sobre as intervenções realizadas,

podem e devem aprimorar as diretrizes institucionais. Em um país com variação de 81,9% a 97,4% de nascimentos hospitalares, o parto torna-se excelente sentinela da qualidade de assistência à mulher (Brasil, 2001).

Ouvir os usuários, ou clientes, e os profissionais é uma recomendação dos estudos de avaliação da qualidade de cuidado (Hodnett, 2002). Mais do que ouvir, é necessário entender as diferenças de percepção entre os dois grupos sobre o cuidado provido e observar a real implementação das rotinas constantes no protocolo assistencial para poder direcionar intervenções, visando ao aprimoramento dos serviços de saúde. Estas intervenções devem ser balizadas pela evidência científica, eliminando as práticas consideradas prejudiciais e promovendo aquelas consideradas benéficas. Assim, as opiniões das pacientes e dos trabalhadores devem ser periodicamente revistas pelos gerentes e responsáveis pela organização e provisão dos serviços de saúde.

Os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor - como massagens e técnicas de relaxamento - durante o trabalho de parto, classificados como demonstradamente úteis, foram percebidos de forma diferente pelas mulheres e entre as diversas categorias profissionais. As primeiras referem que se beneficiaram do acolhimento, massagens, banhos, técnicas de respiração e apoio contínuo. Os enfermeiros reconheceram que estas práticas foram rotineiras, mas não os médicos. Esta diferença entre usuárias e enfermeiros versus médicos mostra que a percepção da realidade pode ser parcial quando se busca opinião de apenas um grupo, e reforça a necessidade de incorporar o máximo de facetas com triangulação das informações, sob pena de serem parciais, desfocadas ou

claramente tendenciosas. Esta crítica deve estar presente na avaliação de programas ou serviços, e este cuidado deve ser incorporado pelos serviços (Hartz, 2002).

O aumento do uso da tecnologia e o tratamento impessoal dos profissionais têm conduzido para mudanças do atendimento do hospital para a casa e do atendimento médico para o atendimento de enfermeiras obstétricas (Kabakian-Khasholian et al., 2000). Na Europa e Estados Unidos há considerável conhecimento científico e literatura popular documentando o desconforto das mulheres com algumas rotinas e procedimentos obstétricos (Davis-Floyd, 1994). Mas em países em desenvolvimento, como o Brasil, há menos informação sobre a percepção das mulheres sobre o parto e o meio hospitalar.

Apesar de a tricotomia ser classificada, pela OMS (1996) e Ministério da Saúde (Brasil, 2001), como uma prática claramente prejudicial ou ineficaz que deve ser eliminada, a maioria das mulheres gostaria de fazê-la em partos posteriores. Isso pode representar a falta de conhecimento das mulheres sobre a ausência de benefícios. Também pode significar que o desconforto de sua realização, nos dias que se seguem ao parto, não é um fato relevante para as envolvidas. Fato semelhante ocorreu com a lavagem intestinal ou enema. Esta prática foi realizada em apenas uma entrevistada, mas um terço delas faria em parto futuro essencialmente por razões higiênicas. Estes achados sobre o descompasso entre o recomendado como humanizante e o que as mulheres gostariam que fosse feito deve ser utilizado para discussão durante as visitas de preparação pré-natal. A discussão das recomendações atualizadas sobre rotinas assistenciais ao parto deve ser componente relevante.

Algo parecido ocorre com a rotina das restrições hídrica e alimentar durante o trabalho de parto. Se não há evidências para suportar a crença de que se deve negar comida e bebida durante o trabalho de parto para prevenir o risco de morbidade e mortalidade materna (Singata e Tranmer, 2005), as parturientes deveriam ser questionadas sobre seu desejo de ingerir líquidos ou alimentos durante o início do trabalho de parto.

O monitoramento eletrônico fetal está classificado como prática freqüentemente utilizada de modo inadequado e diz-se que seria uma prática que restringiria a mulher ao leito, o que não é necessário e recomendável no trabalho de parto. Entretanto, a maioria das mulheres sentiu-se mais segura quanto às condições do bebê, o que repetiu achado da literatura (Enkin et al., 2000). Evidência científica recente, através de revisão sistemática, demonstrou benefício clínico do uso da monitorização contínua rotineira na redução das convulsões neonatais (Thacker et al., 2005). Finalmente, as mulheres referiram que o maior fator restritivo à sua movimentação no trabalho de parto foi a dor e a maioria considerou que a dor foi melhor suportada estando na cama, e não andando. Para os profissionais, embora não se tenha questionado, é sabida sua percepção de maior segurança com a utilização do recurso tecnológico. Havendo um cuidado especial na interpretação do traçado, é possível e recomendável rediscutir a prática de monitorização fetal eletrônica no trabalho de parto.

A não disponibilização universal da analgesia de condução foi uma crítica à qualidade de assistência bastante presente entre os profissionais, a ponto de fazê-los responder (85,7% dos docentes/contratados e metade dos enfermeiros)

que não consideraram a assistência humanizada. Na literatura encontrou-se que as relações entre satisfação no parto, dor no trabalho de parto e analgesia são complexas. Alívio da dor e satisfação com o alívio da dor não são a mesma coisa. O uso de medicações para alívio da dor não foi o fator mais importante para a satisfação das mulheres com o parto e o suporte dos profissionais foi mais relevante (Hodnett, 2002).

A influência da intervenção parece ser menor do que a influência das atitudes e comportamentos dos profissionais. Há evidência que a qualidade do suporte vindo dos profissionais afeta a habilidade das mulheres arcarem com o estresse do trabalho de parto e, conseqüentemente, afeta a auto-estima e depressão pós-parto (Hodnett, 2002). Deve-se oferecer o leque completo de intervenções para alívio da dor, esgotando as menos intervencionistas. Embora o suporte contínuo no trabalho de parto reduza o uso de medidas farmacológicas para o alívio da dor, muitas mulheres ainda desejarão os benefícios da analgesia peridural e devem participar desta decisão. Entretanto, vivenciamos na instituição uma incompatibilidade entre o número de anestesistas e a necessidade de intervenção anestésica, considerando a orientação da Sociedade de Anestesia de um profissional para cada paciente (Freire, 2003), situação que deve refletir o observado em outras maternidades públicas.

Metade das mulheres foi acompanhada por parentes ou amigas durante o trabalho de parto e esta foi considerada uma boa experiência para a maioria. Os profissionais reconheceram a incorporação da prática e aceitam a mudança da mesma. Deve ser encorajada a participação ativa dos acompanhantes

durante o trabalho de parto, auxiliando nas massagens, na deambulação. Todavia, as mulheres não foram orientadas durante o pré-natal sobre este direito e esta desinformação deve ter contribuído para que muitas não tivessem alguém disponível, no momento da internação, para acompanhá-las. A implementação da recomendação de visita à maternidade de referência no pré-natal permitirá esclarecer melhor estas novas rotinas e contribuir para melhorar o percentual que delas se beneficia.

A episiotomia foi praticada em metade das mulheres deste estudo. Para a maioria dos residentes e dos docentes/contratados - mas apenas parte dos enfermeiros - a episiotomia não é praticada rotineiramente. As taxas observadas estão acima da recomendação, mas demonstram que há um uso restritivo, embora com percepção diferenciada entre os profissionais. Para diminuir a diferença entre a prática e a recomendação da evidência científica é necessário propor um programa de educação continuada, que deve ser interdisciplinar. Dentro do processo gerencial da maternidade, a discussão e publicação de protocolos de assistência consensuados podem contribuir imensamente na redução da distância entre teoria e prática e na visão mais concordante entre profissionais. A educação continuada dos profissionais, com a divulgação de estudos ou revisões da literatura através de mensagens curtas e diretas, deve contribuir para este processo (Villar et al., 2001).

Houve uma elevada satisfação das usuárias com o cuidado oferecido, embora os profissionais não tivessem uma percepção tão positiva. Mas satisfação é um conceito complexo. Envolve uma atitude positiva ou uma resposta afetiva para uma experiência, assim como uma avaliação cognitiva da resposta emocional. Satisfação é multidimensional; as pessoas podem estar satisfeitas com alguns

aspectos de uma experiência e insatisfeita com outros. Estudos mostraram que os níveis de satisfação dos pacientes são muito maiores se mensurados em relação ao cuidado de saúde em geral, mas muito menores e mais variáveis se um aspecto da experiência do cuidado de saúde em particular é medido (Hodnett, 2002).

Não há evidência suficiente para concluir sobre o impacto do tempo na avaliação da satisfação com o parto. A avaliação realizada no hospital, enquanto a mulher está internada, pode ser conveniente, economizando tempo e dinheiro e aumentando a taxa de resposta. Entretanto, pode ser falseada pelo efeito halo, resultado do alívio das mulheres de ter vivenciado uma experiência segura, com um bebê saudável, minimizando o valor das avaliações, com altos índices de satisfação (Hodnett, 2002). Ao mesmo tempo, as pacientes podem hesitar em expressar insatisfação se houver a preocupação que a informação torne-se conhecida pelos profissionais do hospital (Alexander et al., 1993).

Também não se pode esquecer que as mulheres que procuram um hospital terciário têm diferentes expectativas em relação àquelas que escolhem uma casa de parto ou parir em casa. No Brasil, uma pequena parcela das mulheres dispõe de convênios de saúde - e procura os profissionais e hospitais vinculados aos mesmos - e outras recorrem aos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora sejam relatadas dificuldades de acesso a leitos hospitalares, principalmente quando há necessidade de atendimento de maior complexidade, isso não é freqüente nesta região. Esta situação regional favorável pode ter contribuído para a satisfação das mulheres, visto que tiveram acesso fácil a uma instituição terciária e de referência regional.

A relação estabelecida entre os profissionais e as parturientes é um forte determinante da satisfação e a maioria das mulheres sentiu-se apoiada durante o trabalho de parto, referindo que os profissionais estavam presentes, conversavam, seguravam a mão e explicavam o processo que ela vivenciava, respeitando sua privacidade. Por fim, o resultado foi o nascimento de um bebê saudável, sob cuidados mínimos na unidade de Alojamento Conjunto, onde a maioria delas foi entrevistada.

A participação no processo de tomada de decisão foi o fator mais importante para a satisfação com o cuidado de saúde, seguido pelas informações recebidas (Alexander et al., 1993). O senso de controle sobre o processo é visto como um determinante da satisfação das mulheres com o evento (Kabakian-Khasholian et al., 2000). Aqui observamos que um pouco mais da metade solicitou informações, a maior parte delas sobre a evolução do trabalho de parto, orientações sobre os procedimentos realizados e a anestesia.

De fato, as mulheres usuárias do sistema SUS geralmente não questionam as condutas e não participam do processo de tomada de decisão; muito raramente questionam a utilidade de muitos procedimentos rotineiros aplicados e confiam na primazia da decisão técnica dos médicos, assumindo um comportamento de passividade. A literatura sugere que as mulheres da classe média mais comumente demandam escolhas pessoais, permitindo menos dominância profissional sobre o processo de parto quando comparadas com mulheres de nível social mais baixo, que têm mais preocupações com a continuidade do cuidado (Kabakian-Khasholian et al., 2000).

Recomenda-se que o cuidado de qualidade deva dar oportunidade de questionar e ter respostas claras, ter o direito respeitado de participar na tomada de decisão e ter chances de expressar suas preocupações (Kabakian-Khasholian et al., 2000). Neste estudo, as mulheres não expressaram insatisfação com os procedimentos durante o trabalho de parto e parto, exceção feita ao controle parcial da dor. Entretanto, o serviço, as mulheres e famílias também não estão orientados e adequadamente instrumentalizados para questionar e demandar algumas opções aceitáveis à luz da evidência científica, discutindo com a equipe os prós e os contra. Do mesmo modo, os profissionais precisam compreender esta perspectiva da qualidade do cuidado e desenvolver habilidades emocionais e de comunicação para lidar com esta demanda.

Para Donabedian (1988), a qualidade do cuidado depende também de dois elementos importantes da atuação dos profissionais, um técnico e outro interpessoal. O primeiro é determinado pela habilidade para alcançar o desenvolvimento da saúde que a ciência atual e a tecnologia tornaram possível e depende da implementação de práticas baseadas em evidências, das estratégias adotadas para a mudança das práticas e da seleção de prioridades (Villar et al., 2001). Ao mesmo tempo, através das trocas interpessoais, recebe do paciente as informações necessárias para chegar ao diagnóstico, e realiza a seleção mais apropriada do cuidado. Os profissionais desta instituição têm procurado desempenhar um cuidado baseado na evidência científica, mas não estão satisfeitos com o cuidado, pois acreditam que a relação profissional-cliente precisa ser melhorada. Para o desenvolvimento desta relação é importante investir na capacitação em comunicação,

relações humanas e grupais, e no envolvimento das mulheres nas decisões sobre o cuidado.

O conceito de privacidade diferiu entre mulheres e profissionais. As mulheres não declararam que sua privacidade foi desrespeitada, mas os profissionais apontaram este aspecto como problemático. Talvez porque este conceito tenha interpretação diferente, baseada em vivência prévia, chamado em antropologia médica de modelo explanatório (Kleinman, 1978). De qualquer forma, a reforma da planta física do Centro Obstétrico, em futuro próximo, para unidades individuais de pré-parto, parto e puerpério proporcionará um ambiente mais acolhedor para as mulheres e suas famílias. Trata-se de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde visando a apoiar iniciativas de humanização da assistência ao parto.

Pittrof et al. (2002) propõem que a alta qualidade do cuidado em serviços de maternidade deve prover um nível mínimo de cuidado para todas as gestantes e seus recém-nascidos e um nível mais alto de cuidado para aquelas que dele necessitam, obtendo o melhor resultado possível para ambos. O cuidado mínimo é o que alcança o melhor resultado na população, se provido para todas as mulheres e seus bebês. O cuidado provido deve satisfazer as mulheres, suas famílias e os profissionais e ser embasado na evidência e no seu custo efetivo, tendo o acesso e a equidade como aspectos particularmente importantes.

Se a satisfação com os profissionais e com o resultado (ter um bebê saudável) influenciaram positivamente a intenção de recomendar a instituição para parentes e amigas, certamente a presença do acompanhante durante o

trabalho de parto e parto e o contato precoce mãe-bebê também tiveram seu papel. Sabe-se que o cuidado de maternidade centrado na família contribui para aumentar a satisfação pessoal com a experiência de parto, aumenta a confiança para cuidar do bebê e aproxima a relação mãe e filho (Alexander et al., 1993; Kabakian-Khasholian et al., 2000). A compreensão destes fatos pelos profissionais - promovendo a ativa participação da família e resgatando o foco do nascimento para a mulher - como um evento social, poderá redefinir o papel do parto hospitalar, tornando-o humanizado e, ao mesmo tempo, dotado da segurança para procedimentos de emergência como se recomenda. Esta é uma meta que já foi considerada inatingível. Entretanto, este estudo mostra que muito se pode fazer nesta direção, desde que haja comprometimento da instituição com um conceito abrangente de qualidade de atenção.

As recomendações da OMS (1996) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2001) foram comparadas à prática institucional, mostrando uma grande consonância. A atenção oferecida, embora não ideal, foi reconhecida como de boa qualidade pelas usuárias e parte dos profissionais. Em se tratando de uma instituição universitária que é referência para atenção terciária de uma população de 3 milhões de habitantes, pode-se concluir que este seja um marco e sua divulgação pode contribuir para estimular outras instituições similares a se desapegarem de antigos dogmas que ainda imperam no atendimento ao parto

5. Conclusões

- As mulheres observaram a utilização das novas rotinas de humanização do parto, embora haja necessidade de melhoria no percentual de acompanhantes, maior acesso à anestesia de condução para alívio da dor, quando necessário, e redução no uso de episiotomia. Elas consideraram ter recebido uma atenção humanizada e 95,5% recomendariam a instituição.
- Os profissionais têm seguido a maioria das recomendações e foram capazes de classificar adequadamente a maioria dos procedimentos rotineiros, considerados benéficos pela classificação do Ministério da Saúde.
- Houve alguma discrepância entre médicos e enfermeiros na proporção que observou a adoção de práticas para alívio da dor, como massagens e uso de episiotomia seletiva, possivelmente pela diferença de responsabilidade sobre as referidas intervenções. O grupo de residentes é o que parece ter maiores críticas e menor conhecimento da classificação.

- Há discrepâncias entre as opiniões das parturientes e profissionais, havendo menor satisfação dos profissionais com a qualidade da atenção oferecida, o que é decorrente de percepções como despreparo em lidar com a dor e desarticulação da equipe nas condutas, itens que não chamaram a atenção das clientes.
- A adoção das recomendações do Ministério da Saúde sobre a assistência humanizada à mulher durante o parto foi possível e está sendo observada nesta maternidade pública de referência terciária.

6. Referências Bibliográficas

Alexander L, Sandridge J, Moore L. Patient satisfaction: An outcome measure for maternity services. *J Perinat Nurs* 1993; 7:28-39.

Althabe F, Belizán JM, Begel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002; 324:945-6.

Alves MTSSB. O parto na maternidade. Qualidade da assistência, o dia-a-dia do trabalho e o olhar das mulheres. In: Barbosa RM et al., orgs. **Interfaces - Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva**. Campinas: Editora da UNICAMP; 2002. p.279-307.

AETCG. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342:1517-8.

Baessler K, Schuessler B. Childbirth-induced trauma to the urethral continence mechanism: review and recommendations. *Urology* 2003, 62:39-43.

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database Syst Rev** 2001; (1): CD001236. Disponível em <URL: <http://www.ncbi.nlm.gov:80/entrez>> [2002 nov5].

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2004. Oxford: Update software. Disponível em <URL:<http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.>> [2005jan5].

Bhardwaj N, Kukade JA, Patil S, Bhardwaj S. Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery. *Indian J Matern Child Health* 1995; 6:33-9.

Bodner-Adler B, Bodner K, Kaider A, Wagenbichler P, Leodolter S, Husslein P. et al. Risk factors for third-degree perineal tears in vaginal delivery, with an analysis of episiotomy types. *J Reprod Med* 2001; 46:752-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde, FEBRASGO, ABENFO. **Parto, aborto e puerpério – Assistência humanizada à mulher**. Brasília; 2001.

Brasil. Lei 11.108 de 07 de abril de 2005. Altera a Lei no. 8.080 de 19 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 – SUS. Diário oficial da União, Brasília, 2005.

Calça AA. **O parto humanizado na visão da mulher-parturiente**. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica 2001. V. 28 [(iah) LILACS id: 315358].

Campero L, Garcia C, Diaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. “Alone, I wouldn’t have known what to do”: a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med* 1998; 47:395-403.

Carroli G, Belizán J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD 000081. Disponível em <URL:<http://www.ncbi.nlm.gov:80/entrez>> [2002 nov5].

Carroli G, Belizán J. Episiotomy for vaginal birth. In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br>> [2004 jun 2].

Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. **Cad Saúde Pública** 2003; 19: S389-S98.

Chiarelli P, Murphy B, Cockburn J. Fecal incontinence after high-risk delivery. **Obstet Gynecol**, 2003; 102:1299-305.

Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour, and birth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br>> [2005 jan 15].

Cluett ER, Pickering RM, Getliffe K, Saunders NJSG. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of distócia in first stage of labour. **BMJ** 2004; 328; 314. . Disponível em < [URL:http://www.bmj.com](http://www.bmj.com) >. [2005 fev 5].

Colomar M, Belizan M, Cafferata ML, Labandera A, Tomasso G, Althabe F. et al. Grupo de estudo de Practicas Perinatales. **Ginecol Obstet Mex** 2004; 72:455-65.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato do Estado de São Paulo 1997-1998**. São Paulo; 1998.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução no. 111/04. **J CREMESP**, 2004; 207:11.

Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil, In: Giffin K, Costa Sh, organizadores. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p.319-35.

Cuervo LG, Rodrigues MN, Delgado MB. Enemas during labor. **Cochrane Database Syst Rev** 2000; (2): CD 000330. Disponível em <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)> [2002 nov1].

Cuervo LG, Rodrigues MN, Delgado MB. Enemas em el trabajo de parto (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2004. Oxford: Update software. Disponível em <[URL:http://cochrane.bireme.br/cochrane/show](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show). > [2004 jun21].

David M, Schwarzenfeld HK, Dimer JAS, Kentenich H. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. **Int J Gynecol Obstet** 1999; 65:149-56.

Davis-Floyd RE. The Rituals of American Hospital Birth. In McCurdy D editor. *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*. 8th ed. New York: HarperCollins; 1994. p.323-40.

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynecol Obstet**; 2001; 75:S5-S23.

Diniz CSG. **Assistência ao parto e relações de gênero – elementos para uma releitura médico-social**. São Paulo, 1997. [Dissertação - Mestrado – Faculdade de Medicina – USP].

Diniz SG, Chacham A. **Dossiê humanização do parto**. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2002.

Donabedian A. The quality of care. How can It be Assessed? **JAMA** 1988; 260:1743-8.

Downe S, Gerret D, Renfrew MJ. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. **Midwifery** 2004; 20:157-68.

Eason E, Feldman P. Much ado about a little cut: is episiotomy worthwhile? **Obstet Gynecol** 2000; 95:616-8.

Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. **CMAJ** 2002; 166:326-30.

Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E. et.al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3^a.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JOL. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in na obstetrics unit in the United States. **Am J Obstet Gynecol** 2003; 189:1543-50.

Freire RBS. Analgesia de parto. **Anest Rev** 2003; 10.

Fritel X, Fauconnier A, Levet C, Bénifla JL. Stress urinary incontinence 4 years after the first delivery: a retrospective cohort survey. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2004; 83:941-5.

Gareberg B, Magnusson B, Sultan B, Wennerholm UB, Wennergren M, Hagberg H. Birth in standing position: a high frequency of third degree tears. **Acta Obstet Gynecol Scand** 1994; 73:630-3.

Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. **Midwifery** 2001; 17:302-13.

Goodburn EA, Gazi R, Chowdhury M. Beliefs and practices regarding delivery and postpartum maternal morbidity in rural Bangladesh. **Stud Fam Plann** 1995; 26:22-32.

Gordon NP, Walton D, McAdam E, Derman J, Gallitero G, Garrett L. Effects of providing hospital- based doulas in health maintenance organization hospitals. **Obstet Gynecol** 1999; 93:422-6.

Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. **Cochrane Database Syst Ver** 2004; (1): CD 002006. Disponível em <[URL:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez)> [2004 out 4].

Hartz ZMA. **Avaliação em saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 2a. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Hildingsson I, Waldenström U, Radestad I. Swedish women's Interest in home birth and in-hospital birth center care. *Birth* 2003; 30:11-22.

Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S160-72.

Hodnet ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software.

Holt J, Vold IN, Backe B, Johansen MV, Oian P. Child birth in a modified midwife managed unit: selection and transfer according to intended place of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:206-12.

Hotimsky SN, Alvarenga AT. A definição do acompanhante no parto: uma questão ideológica? *Estudos Feministas* 2002; 10:461- 81.

Howell C. Analgesia epidural versus no-epidural para el alivio del dolor en el trabajo de parto (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software. Disponível em <[URL:http://cochrane.bireme.br/cochrane/show](http://cochrane.bireme.br/cochrane/show). > [2004 jun 21].

Itina S. Characteristics of traditional birth attendants and their beliefs and practices in the Offot Clan, Nigéria. *Bull World Health Organ* 1997; 75:563-7.

Jander C, Lyrenãs S. Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:229-34.

Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediach-Rizkallah M, Ghorayeb F. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Soc Sci Med* 2000; 51:103-13.

Kennel J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. **Jama** 1991; 265:2197-201.

Khayat R, Campbell O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. **Health Policy Plann**, 2000; 15:270-8.

Kitzinger S. **Um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Editora Presença; 1978.

Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc Sci Med** 1978; 12:85-93.

Knobel R. **Acupuntura para o alívio da dor no trabalho de parto**. Campinas,1997. [Dissertação - Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

Koninck MD, Blais R, Joubert P, Gagnon C. Comparing women's assessment of midwifery and medical care in Québec, Canadá. **J Midwifery Women's Health** 2001; 46:60-7.

Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychological support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomized clinical trial. **Br J Obstet Gynaecol** 1998; 105:1056-63.

Lee H, Ernst E. Acupuncture for labor pain management: a systematic review. **A J Obstet Gynecol** 2004; 191:1573-9.

Lopes MHBM, Silva MAS, Christóforo FFM, Andrade DCJ, Bellini NR, Cervi RC. et al. O uso do enteroclistma no preparo do parto: analisa de suas vantagens e desvantagens. **Rev Latinoam Enferm** 2001; 9:49-55.

McCool WF, Packman J, Zwerling A. Obstetric anesthesia: chances and choices. **J Midwifery Women's Health** 2004; 49:505-13.

Michel SC, Rake A, Treiber K, Seifert B, Chaoui R, Huch R et al. MR obstetric pelvimetry: effect of birthing position on pelvic bony dimensions. **AJR Am J Roentgenol** 2002; 179:1063-7.

Mirsky J. **Birth rights: new approaches to safe motherhood**. Londres: Panos; 2001.

Ochiai AM. **O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto**. São Paulo; 2000. [Dissertação - Mestrado – Universidade de São Paulo].

Ohlsson G, Buchhave P, Leandersson U, Nordstrom L, Rydhstrom H, Sjolin I. Warm tub bathing during labor : maternal and neonatal effects. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2001; 80:311-4.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra; 1996.

Otoide VO, Ogbonmwan SM, Okonofua FE. Episiotomy in Nigeria. **Int J Gynecol Obstet** 2000; 68:13-7.

Paech MJ. Convulsions in a healthy parturient due to intrapartum water intoxication. **Int J Obstet Anesth** 1998; 7:59-61.

Parsons M. Policy or tradition: oral intake in labour. **Aust J Midwifery** 2001; 14:6-12.

Pittrof R, Campbell OMR, Filippi VGA. What is quality in maternity care? An international perspective. **Acta Obstet Gynecol Scand** 2002; 81:277-83.

Rana TG, Rajopadhyaya R, Bajracharya B, Karmacharya M, Osrin D. Comparison of midwifery-led and consultant-led maternity care for low risk deliveries in Nepal. **Health Policy Plann** 2003; 18:330-7.

Richmond H. Women's experience of waterbirth. **Pract Midwife** 2003; 6:26-31.

Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. **NEJM** 2003; 348:900-7.

Rutgers S. Hot, high and horrible. Should routine enemas still be given to women in labor? **Cent Afr J Med** 1993; 39(6): 117-20

Sabatino H, Dunn PH, Caldeyro-Barcia R. Prólogo. In: Sabatino H, Dunn PH, Caldeyro-Barcia R. **Parto Humanizado: formas alternativas**. 2ª ed., Campinas: Editora da UNICAMP; 2000. p.17-25.

Salvessen KA, Morkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. **BMJ** 2004; 329:378-80.

Santos NCPS. **Conhecimento técnico-científico associado à humanização na assistência ao parto: percepção das mulheres**. Belo Horizonte, 2000. [Dissertação - Mestrado-Universidade Federal de Minas Gerais].

São Paulo (Estado). Lei 10.241 de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário oficial do Estado, São Paulo, v.109, n.51, 1999.

Scheepers HC, Thans MC, Jong PA, Essed GG, Le Cessie S, Kanh HH. Eating and drinking in labor: the influence of caregiver advice women's behavior. **Birth** 2001; 28:119-23.

Scrutton MJ, Metcalfe GA, Lowy C, Seed PT, O'Sullivan G. Eating in labour. A randomised controlled trial assessing the and benefits. **Anaesthesia** 1999; 54:329-34.

Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública** 2004; 20:1281-9.

Sheiner E, Levy A, Walfisch A, Hallak M, Mazor M. Third degree perineal tears in a university medical center where midline episiotomies are not performed. **Arch Gynecol Obstet** 2005; 271:307-10.

Shorten A, Shorten B. Women's choice? The impact of private health insurance on episiotomy rates in Australian hospitals. **Midwifery** 2000; 16:204-12.

Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. **Birth** 2002; 29:18-27.

Signorello LB, Bernard LH, Chekos AK, Repke J. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. **BMJ** 2000; 320:86-90.

Singata M, Tranmer JE. Restricting oral fluid and food intake during labour (Protocol for a Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br/cochrane>> [2005 mar 11].

Tanaka ACd'A. Saúde da mulher brasileira. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM (Org.). **C & Q Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone; 1998. p.15-31.

Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2005. Oxford: Update Software. Disponível em <URL: <http://www.cochrane.bireme.br/cochrane>> [2005 mar 9].

Tomasso G, Althabe F, Cafferata ML, Alemán A, Sosa C, Belizán JM. Debemos seguir haciendo la episiotomia em forma rutinaria? **Rev Obstet Ginecol Venez** 2002; 62.

Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. **Am J Obstet Gynecol** 2001; 185:82-7.

Villar J, Carroli G, Gülmezoglu AM. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75:S47-S54.

Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet* 2001; 75(Suppl.):S25-S37.

Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. *Birth* 2004; 31:222-9.

Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth* 2001; 28:152-60.

West VR, Harding JE. Maternal water intoxication as a cause of neonatal seizures. *J Pediatr Child Health* 2004; 40:709-10.

Wieggers TA, Van Der Zee J, Keirse MJNC. Maternity care in the Netherlands: the changing home birth rate. *Birth* 1998; 3:190-7.

Wieggers TA, Van Der Zee J, Kerssens JJ, Keirse MJNC. Home birth or short-stay hospital birth in a low risk population in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1998; 46:1505-11.

Wiklund I, Matthiesen AS, Klang B, Ransjö-Arvidson AB. A comparative study in Stockholm, Sweden of labour outcome and women's perceptions of being referred in labour. *Midwifery* 2002; 18:193-9.

7. Bibliografia de Normatizações

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4^a ed.,
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98
(alterada 2005).

8. Anexos

8.1. Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DOIS OLHARES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO: VIVÊNCIA DE MULHERES E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nº do Prontuário: _____ Nº na Pesquisa: _____
Nome: _____ Idade: _____
RG: _____
Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: _____
Nome do responsável: _____ Idade: _____
RG: _____ Grau de parentesco: _____

Eu, _____, fui convidada a participar da pesquisa que está sendo realizada para conhecer a opinião das mulheres sobre sua experiência no parto. A pesquisadora responsável é Fátima Filomena Mafra Christóforo, enfermeira, que trabalha na Divisão de Enfermagem/CAISM, das 8:30 às 17:30 horas (telefone (19) 3788-9308). Fui informada que essa pesquisa contribuirá para que os profissionais de saúde, conhecendo estas opiniões possam oferecer um atendimento mais adequado às necessidades das mulheres.

Se aceitar participar, serei entrevistada uma vez durante o período de internação após o parto, respondendo perguntas relacionadas ao mesmo. Fui informada que a duração da entrevista será de 50-60 minutos. Sei que meu nome será mantido em sigilo e todas as informações que darei nunca serão associadas a minha pessoa. Fui esclarecida que tenho o direito de não responder a qualquer pergunta e que isso não prejudicará ou interferirá em meu atendimento neste hospital no momento da entrevista ou posteriormente.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, após ler ou terem lido para mim as informações acima. Tudo que perguntei me foi respondido satisfatoriamente e se tiver qualquer dúvida ou reclamação, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, pelo telefone (19) 3788-8936.

Aceito voluntariamente colaborar com essa pesquisa.

Campinas, _____ de _____ de 200_.

Assinatura da mulher _____

Assinatura do responsável _____

Assinatura da pesquisadora _____

8.2. Anexo 2 – Questionário da Puérpera

DOIS OLHARES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO: VIVÊNCIA DE MULHERES E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data: ___/___/___

Nº na pesquisa _____

Nome: _____

HC [] [] [] [] [] [] [] - []

Seção 1: Características gerais da mulher.

I.1.1 – Entrevistadora, diga: Agora vou fazer perguntas sobre algumas características suas.

1.1) Qual é a data de seu nascimento? ___/___/___ [8] Não sabe idade [] [] anos

1.2) A sra foi à escola? [1] Sim [2] Não. Passe para 1.4

1.3) Qual a última série e grau que a sra. completou na escola?
[1] _____ série do _____ [0] Nenhuma série cursada [8] Não sabe/não lembra

1.4) A sra. tem um trabalho remunerado?
[1] Sim [2] Não. Passe para 1.6

1.5) Em que a sra. trabalha?
(textual) _____

1.6) Atualmente a sra. tem um companheiro fixo? [1] Sim [2] Não. Passe p/ seção 2

1.7) A sra. mora na mesma casa que ele? [1] Sim [2] Não

Seção 2: Antecedentes Obstétricos.

I.2.1 – Entrevistadora, diga: Agora vou fazer perguntas sobre seu(s) parto(s).

2.1) Quantos partos a sra já teve, incluindo o atual? [][] Nº de partos

2.2) Quantos destes partos foram normais, incluindo o atual? [][] Nº de partos normais

2.3) Quantos destes partos foram fórceps, incluindo o atual? [][] Nº de partos fórceps

2.4) Quantos destes partos foram cesárea, incluindo o atual? [][] Nº de partos cesárea

2.5) Quantos destes partos foram cócoras, incluindo o atual? [][] Nº de partos cócoras

2.6) Quantos filhos nasceram vivos? [][] Nº de filhos vivos

2.7) Quantos filhos nasceram mortos? [][] Nº de filhos mortos

2.8) Quantos abortos a sra teve? [][] Nº de abortos

2.9) Quantos filhos vivos a sra. tem, incluindo o atual? [][] Nº atual de filhos vivos

Seção 3: Dados referentes à admissão para o parto atual.

I.3.1 – Entrevistadora, diga: Agora vou fazer perguntas referentes à preparação para este parto.

- 3.1) Em que local a sra. fez o pré-natal?
[1] Centro de Saúde [3] HC [5] consultório particular [7] Não fez. Passe p/ 3.6
[2] outro Hospital [4] CAISM [6] outros
- 3.2) A sra foi informada durante o pré-natal sobre qual hospital deveria ter seu parto?
[1] Sim [2] Não. Passe para 3.4 [8] Não sabe
- 3.3) O hospital determinado para ter seu parto era o CAISM?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe
- 3.4) A sra. visitou o hospital onde teria o parto, durante o pré-natal para conhecê-lo?
[1] Sim [2] Não. Passe para 3.6
- 3.5) Quem a acompanhou durante a visita pelo hospital?
[1] enfermeira [3] psicóloga [5] outro profissional. Qual? _____
[2] assistente social [4] médico [8] não sabe
- 3.6) O que sra. acha de visitar o hospital antes do parto?
(textual) _____

- 3.7) A sra. sabe informar se realizaram a raspagem dos pelos pubianos, durante a internação para o parto?
[1] Sim.(Parcial ou total? _____) [2] Não [8] Não sabe
- 3.8) Se a sra. pudesse escolher, fazer ou não fazer a raspagem dos pêlos pubianos, sra. faria?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe
- 3.9) Por quê? (textual) _____

- 3.10) A sra. sabe informar se realizaram a lavagem intestinal durante a internação para o parto?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe
- 3.11) Se a sra. pudesse escolher, fazer ou não fazer a lavagem intestinal, a sra. faria?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe
- 3.12) Por quê?(textual) _____

- 3.13) Quantas horas de jejum a sra teve antes de chegar ao hospital?
[] [] [] [] N° de horas de jejum [8] Não sabe
- 3.14) A sra. se lembra se durante a internação alguém a informou que deveria permanecer em jejum até a hora do parto?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe
- 3.15) Quantas horas a sra. permaneceu em jejum desde a internação, até o momento que se alimentou novamente?
[] [] [] [] N° de horas em jejum [8] Não sabe informar
- 3.16) A sra. sabe informar se ouviram o coração do bebê no Pronto Atendimento, durante a internação?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe
- 3.17) Realizaram exame por baixo, o toque pela vagina, durante a internação?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe

Seção 4: Dados referentes ao período de pré-parto, ocorrido no Centro Obstétrico.

I-4.1 – Entrevistadora, diga: Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao período de trabalho de parto, quando ficou no Pré-Parto do Centro Obstétrico.

4.1) Enquanto a sra. estava no Pré-Parto, os batimentos do coração do bebê foram medidos?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe

4.2) Os batimentos do coração do bebê foram verificados com o monitor cárdio-fetal, aquele aparelho que registra o exame num papel?
[1] Sim [2] Não. Passe para 4.4 [8] Não sabe. Passe para 4.4

4.3) Qual a sua opinião sobre ter o monitor instalado na sra.?
[1] Bom. Por quê? _____
[2] Ruim. Por quê? _____
[3] Indiferente.
[8] Não sei.

4.4) Ofereceram líquido para beber ou gelo, durante o trabalho de parto?
[1] Sim. Qual? _____ Passe para 4.6 [2] Não.

4.5) A sra. gostaria que tivessem oferecido líquido para beber?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe

4.6) Como estava a temperatura da sala de Pré-Parto?
[1] Muito fria [2] Fria [3] Agradável
[4] Quente [5] Muito quente [6] Não notou

4.7) Sua privacidade foi respeitada durante o trabalho de parto?
[1] Sim. Passe para 4.10 [2] Não [3] Em parte

4.8) Como a sra. sentiu que sua privacidade não foi respeitada?
(textual) _____

4.9) A sra. tem alguma sugestão a fazer para que a privacidade das mulheres seja respeitada?
(textual) _____

4.10) A sra recebeu apoio emocional de algum profissional durante o trabalho de parto?
[1] Sim [2] Não. Passe para 4.12 [3] Em parte

4.11) Como foi esse apoio para a sra.?
(textual) _____

4.12) A sra. gostaria de sugerir alguma ação para melhorar o apoio oferecido às mulheres em trabalho de parto?
[1] Sim [2] Não. Passe para 4.14

4.13) Qual a sugestão?
(textual) _____

4.14) A sra. teve algum parente ou amigo que a acompanhou durante o trabalho de parto e parto?
[1] Sim. Quem? _____ Passe para 4.16 [2] Não

- 4.15) A sra. gostaria de ter tido acompanhante?
 [1] Sim. Quem? _____ Passe para 4.17
 [2] Não. Passe para 4.17 [8] Não sabe. Passe para 4.17
- 4.16) Como foi esta experiência?
 [1] Boa [2] Ruim [3] Indiferente [4] Não sabe
- 4.17) Os profissionais de saúde do Centro Obstétrico lhe forneceram as informações e explicações quando a sra. solicitou?
 [1] Sim [2] Não. Passe para 4.19
 [3] Algumas [4] Não solicitou informação/ explicação. Passe para 4.20
- 4.18) Quais informações e orientações lhe foram fornecidas?
 (textual) _____

 Passe para 4.20.
- 4.19) Quais informações que solicitou não lhe foram fornecidas ou gostaria de ter recebido?
 (textual) _____

- 4.20) A sra. teve liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto?
 [1] Sim. Passe para 4.22 [2] Não [3] Às vezes
- 4.21) O que a impediu de se movimentar?
 (textual) _____

- 4.22) Qual posição a sra. considerou mais confortável durante as contrações?
 [1] deitada de costas [4] andando [7] outro. Qual? _____
 [2] deitada de lado [5] sentada na poltrona [8] nenhuma
 [3] sentada na cama [6] no chuveiro
- 4.23) A sra. sentiu dor durante o trabalho de parto?
 [1] Sim [2] Não. Passe para 4.25.
- 4.24) Identifique na escala de zero a dez, qual a pontuação da dor que a sra. sentiu? [] []
- 4.25) Foram utilizadas medidas para alívio da dor durante o trabalho de parto?
 [1] Sim [2] Não. Passe para 4.29 [8] Não sabe. Passe para 4.29
- 4.26) O que foi utilizado?
 (textual) _____

- 4.27) As medidas utilizadas auxiliaram no alívio da dor durante o trabalho de parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Em parte
- 4.28) Qual foi a medida mais eficiente para reduzir a dor?
 (textual) _____

- 4.29) De modo geral, como a sra. avalia sua satisfação quanto a assistência, durante o trabalho de parto?
 [1] Muito insatisfeita [3] Não tenho opinião formada [5] Muito satisfeita
 [2] Insatisfeita [4] Satisfeita
- 4.30) Por quê? _____

Secção 5: Dados referentes ao parto.

1.5.1 – Entrevistadora, diga: Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao parto.

5.1) Como estava a temperatura da sala de parto?

[1] Muito Fria

[2] Fria

[3] Agradável

[4] Quente

[5] Muito quente

[6] Não notou

5.2) O que a sra. achou do som ou barulho na sala de parto?

(textual)_____

5.3) Qual o nº de pessoas que havia na sala de parto? [] [] nº de pessoas [8] Não sabe.

5.4) Qual foi o tipo de parto que a sra. teve?

[1] Parto normal

[2] Parto fórcepe

[3] Parto de cócoras

[4] Parto cesárea

5.5) A sra. tomou anestesia nas costas?

[1] Sim. Qual? _____

[2] Não. Passe para 5.7

[8] Não sabe. Passe para 5.7

5.6) O que a sra. achou desta anestesia?

(textual)_____

5.7) Realizaram um corte por baixo, na vulva, na hora de expulsar o bebê?

[1] Sim.

[2] Não. Passe para 5.9

[8] Não sabe. Passe para 5.9

5.8) A sra. tomou anestesia no local do corte?

[1] Sim.

[2] Não.

[8] Não sabe.

5.9) A sra. sentiu dor durante a expulsão do bebê?

[1] Sim. [2] Não. Passe para 5.11.

5.10) Identifique na escala de zero a dez, qual a pontuação da dor que a sra. sentiu? [] []

5.11) A sra. teve contato com o bebê na sala de parto? [1] Sim.

[2] Não.

5.12) E na primeira hora após o parto?

[1] Sim. Passe para 5.14

[2] Não.

5.13) A sra sabe por quê não teve contato com o bebê na primeira hora após o parto?

(textual)_____

5.14) O que a sra. sentiu tendo o trabalho de parto numa sala e o parto em outra sala?

(textual)_____

5.15) Qual sala a sra. mais gostou, da sala de pré-parto, da sala de parto ou foi indiferente?

[1] Sala de pré-parto

[2] Sala de parto

[3] Indiferente

[4] Nenhuma

5.16) Por quê? _____

5.17) A sra. preferiria ter ficado numa mesma sala?

[1] Sim

[2] Não

[8] Não sabe

5.18) O que a sra. acha de ter um quarto para o trabalho de parto que se transforma em sala de parto, onde algum acompanhante possa estar com a sra. todo o tempo?

(textual)_____

5.19) Como a sra. avalia o atendimento dos médicos?

[1] Muito insatisfeita

[3] Não tenho opinião formada

[5] Muito satisfeita

[2] Insatisfeita

[4] Satisfeita

- 5.20) Por quê? _____
- 5.21) Como a sra. avalia o atendimento das enfermeiras?
[1] Muito insatisfeita [3] Não tenho opinião formada [5] Muito satisfeita
[2] Insatisfeita [4] Satisfeita
- 5.22) Por quê? _____
- 5.23) O que mais lhe agradou no seu parto?
(textual) _____

- 5.24) O que não lhe agradou no seu parto?
(textual) _____

- 5.25) A sra. gostaria de fazer alguma sugestão para melhorar o atendimento no Pronto Atendimento (local que a sra. fez a internação)?
(textual) _____

- 5.26) A sra. gostaria de fazer alguma sugestão para melhorar o atendimento no Pré-parto, (local onde a sra. ficou em trabalho de parto)?
(textual) _____

- 5.27) A sra. gostaria de fazer alguma sugestão para melhorar o atendimento na sala de Parto?
(textual) _____

- 5.28) De modo geral, a sra. considera que recebeu uma assistência humanizada no seu parto?
[1] Sim [2] Não [3] Em parte [8] Não sabe
- 5.29) Justifique. _____

- 5.30) O que a sra. entende por humanização do parto?
(textual) _____

- 5.31) De modo geral, como a sra. avalia sua satisfação quanto à assistência recebida neste parto?
[1] Muito insatisfeita [3] Não tenho opinião formada [5] Muito satisfeita
[2] Insatisfeita [4] Satisfeita
- 5.32) Por quê? _____
- 5.33) Qual a sua opinião quanto à assistência recebida durante o parto?
[1] Péssima [3] Regular [5] Ótima
[2] Ruim [4] Boa
- 5.34) A sra. recomendaria o CAISM à alguma amiga/parente que fosse ter um bebê?
[1] Sim [2] Não [8] Não sabe.

Fim da entrevista.

8.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DOIS OLHARES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO: VIVÊNCIA DE MULHERES E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nº na Pesquisa: _____ RG: _____
Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____ Nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa que está sendo realizada para conhecer a opinião de profissionais que trabalham no Centro Obstétrico a respeito das mudanças das rotinas de atendimento ao parto que estão em fase de implantação. A pesquisadora responsável é Fátima Filomena Mafra Christóforo, enfermeira, que trabalha na Divisão de Enfermagem/CAISM, das 8:30 às 17:30 horas (telefone (19) 3788-9308). Fui informado(a) que essa pesquisa tem o objetivo de verificar a opinião dos profissionais a respeito das Recomendações da OMS (1996) e do Ministério da Saúde (2001) sobre a assistência ao parto normal. Fui esclarecido(a) que minha participação poderá contribuir para a elaboração de um diagnóstico sobre a opinião dos profissionais relacionada as Recomendações anteriormente citadas.

Aceito participar, para isso responderei um questionário “auto-respondido” não havendo necessidade de identificação, exceto a profissão (médico ou enfermeiro). Fui esclarecido(a) que será assegurada minha liberdade de aceitar ou não e que minha recusa não terá nenhuma implicação na minha atividade profissional. Também fui informado(a) que minha identidade nesse estudo será mantida em sigilo e que o questionário preenchido será depositado em uma urna localizada na recepção do Centro Obstétrico.

Tive a oportunidade de fazer perguntas, após ler as informações acima. Tudo que perguntei, me foi respondido satisfatoriamente e se tiver qualquer dúvida ou reclamação, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas, pelo telefone (19) 3788-8936.

Aceito voluntariamente colaborar com esta pesquisa.

Campinas, ____ de _____ de 200 ____.

Assinatura do profissional _____

Assinatura da pesquisadora _____

8.4. Anexo 4 – Questionário para Enfermeiros (as) e Médicos (as) do Centro Obstétrico

DOIS OLHARES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO: VIVÊNCIA DE MULHERES E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Data: ____/____/____

Nº na pesquisa _____

Seção 1: Categoria profissional

I.1.1 – Assinale uma alternativa para cada pergunta.

1.1) Qual a sua categoria profissional?

[1] Obstetra docente ou contratado [2] Obstetra residente [3] enfermeiro (a)

1.2) Há quanto tempo você trabalha em Centro Obstétrico como profissional?

[] [] Anos e [] [] Meses

1.3) Sexo.

[1] Feminino

[2] Masculino

Seção 2: Mudanças nas rotinas

2.1) Você notou alguma prática nova na assistência ao trabalho de parto e parto realizado no CAISM, nos dois últimos anos?

[1] Sim

[2] Não. Passe para seção 3

2.2) Assinale com um “X” as alternativas correspondentes às mudanças que você notou?

[1] Presença de acompanhante durante o trabalho de parto.

[2] Massagem na região lombar da parturiente para alívio da dor.

[3] Estímulo ao banho morno/quente para alívio da dor.

[4] Realização de técnicas respiratórias para alívio da dor.

[5] Oferecimento de gelo para saciar a sede.

[6] Estímulo à deambulação na área externa do C.O.

[7] Contato pele a pele entre mãe e bebê na sala de parto.

[8] Amamentação iniciada em sala de parto.

[9] Abolição da tricotomia ou quando existente, apenas em região de baixo ventre.

[10] Abolição do enteroclisma

[11] Episiotomia seletiva

[12] Outros? Qual? _____

2.3) Qual a sua opinião em relação às novas práticas que estão ocorrendo no C.O.?

[1] Discordo plenamente.

[3] Não tenho opinião formada. [5] Concordo.

[2] Discordo.

[4] Concordo plenamente.

2.4) Por quê?

(textual) _____

Seção 3: Referente à classificação do Ministério da Saúde (2001) sobre a assistência ao parto normal

3.1) Você acha que no C.O. é realizado o monitoramento do bem-estar físico e emocional da parturiente? [1] Sim [2] Não [3] Às vezes

3.2) É oferecida a mulher a opção de manter um acompanhante ao seu lado durante todo o trabalho de parto e parto?

[1] Sim

[2] Não

[3] Às vezes

- 3.3) São praticados métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.4) No C.O. a parturiente é orientada quanto à liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.5) A parturiente é estimulada a permanecer em posições não supinas (deitada de costas)?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.6) Ocorre o oferecimento de líquido para a parturiente, durante o trabalho de parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.7) Existe contato cutâneo entre mãe e filho, e apoio para o início da amamentação na 1ª hora após o parto? [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.8) São adotadas práticas para prevenir a hipotermia do recém-nascido na sala de parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.9) A tricotomia completa dos pêlos pubianos tem sido praticada, quando ocorre a internação para o parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.10) O enteroclistma é praticado, quando ocorre a internação para o parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.11) É praticada a cateterização venosa profilática de rotina, durante o trabalho de parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.12) A posição supina (deitada) é recomendada, durante o trabalho de parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.13) No C.O., a parturiente é mantida em restrição hídrica ou alimentar durante o trabalho de parto?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.14) É praticado o controle da dor por agentes sistêmicos?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.15) É praticado o controle da dor por analgesia peridural?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.16) Qual a freqüência dos exames vaginais realizados na parturiente?
 [1] uma/hora [2] uma cada 2hs [3] uma cada 3hs [4] uma a cada 4hs [5] depende
- 3.17) A episiotomia é praticada rotineiramente, em mulheres submetidas a parto vaginal?
 [1] Sim [2] Não [3] Às vezes
- 3.18) Você conhece a classificação das práticas no parto normal, segundo o Ministério da Saúde (2001)? [1] Sim [2] Não. Passe para seção 4
- 3.19) Complete a coluna alfabética com o número adequado da opção segundo a classificação do Ministério da Saúde (2001):
- [1] Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas.
 - [2] Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.
 - [3] Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão.
 - [4] Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado.
- | | |
|--|-----|
| [a] Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto | [] |
| [b] Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto | [] |
| [c] Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto | [] |
| [d] Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto | [] |

- [e] Manobras relacionadas à proteção do períneo e do pólo cefálico no momento do parto []
- [f] Clampeamento precoce do cordão umbilical []
- [g] Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto []
- [h] Manipulação ativa do feto no momento do parto []
- [i] Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto []
- [j] Controle da dor por analgesia peridural []
- [k] Monitoramento eletrônico fetal []
- [l] Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto []
- [m] Cateterização venosa profilática de rotina []
- [n] Uso rotineiro do enema []
- [o] Uso rotineiro da tricotomia []
- [p] Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal []

3.20) Qual a sua opinião em relação à classificação das práticas no parto normal segundo o Ministério da Saúde (2001)?

- [1] Discordo plenamente. [3] Não tenho opinião formada. [5] Concordo.
- [2] Discordo. [4] Concordo plenamente.

3.21) Por quê?

(textual) _____

Seção 4: Assistência prestada nas salas de pré-parto e parto

4.1) Qual a sua opinião a respeito da assistência prestada as parturientes na internação?

- [5] Péssima [4] Ruim [3] Regular [2] Bom [1] Ótima

4.2) Qual a sua opinião a respeito da assistência prestada as parturientes no Pré-parto?

- [5] Péssima [4] Ruim [3] Regular [2] Bom [1] Ótima

4.3) Por quê?

(textual) _____

4.4) Qual a sua opinião a respeito da assistência prestada as parturientes na sala de Parto?

- [5] Péssima [4] Ruim [3] Regular [2] Bom [1] Ótima

4.5) Por quê?

(textual) _____

4.6) O que você entende por “humanização de parto”?

(textual) _____

4.7) Na sua opinião, você considera que a assistência ao parto como um todo pode ser considerada humanizada?

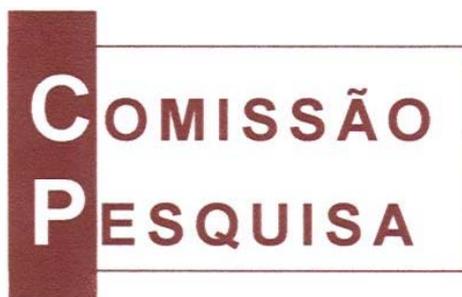
- [1] Sim [2] Não [3] Em parte

4.8) Justifique: _____

4.9) Você recomendaria o CAISM à alguma amiga/parente que fosse ter um parto?

- [1] Sim [2] Não [3] Não sei. Obrigada. Fim.

8.5. Anexo 5 – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa



Campinas, 27 de maio de 2003

O protocolo de pesquisa “DOIS OLHARES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO: VIVÊNCIA DE MULHERES E OPINIÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE” da pesquisadora Fátima F Mafra Christóforo foi *aprovado* pela Comissão de Pesquisa do DTG/FCM/UNICAMP e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa-FCM-UNICAMP.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lúcia Helena Costa Paiva

*Presidente da Comissão de Pesquisa
Departamento de Tocoginecologia - DTG/FCM/UNICAMP*

Comissão de Pesquisa-FCM-DTG-UNICAMP
Rua Alexander Flemming, 101 - Cidade Universitária Zeferino Vaz – Campinas/SP
Fones: (019) 3788-9402/3788-9403

8.6. Anexo 6 – Carta de Aprovação do Projeto no CEP



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

✉ Caixa Postal 6111
13083-970 Campinas, SP
☎ (0__19) 3788-8936
fax (0__19) 3788-8925
✉ cep@head.fcm.unicamp.br

CEP, 15/07/03
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 247/2003

I-IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “DOIS OLHARES NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO:
VIVÊNCIA DE MULHERES E OPINIÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE”**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fátima Filomena Mafra Christóforo

INSTITUIÇÃO: CAISM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 05/06/2003

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 15/07/04

II - OBJETIVOS

Avaliar a opinião de puérperas sobre a sua experiência de parto , assim como a opinião dos profissionais que trabalham nas salas de Pré-Parto e Parto quanto 'as novas rotinas de atendimento, em implantação.

III - SUMÁRIO

Serão entrevistadas 292 mulheres que tiveram partos no CAISM e todos os enfermeiros e obstretas (docentes e residentes) que trabalham no Centro Obstétrico no período da coleta de dados. Os questionários utilizados para entrevistar os dois grupos foram desenvolvidos para este projeto e pré-testados. As puérperas serão entrevistadas na sala de internação e os profissionais do CAISM receberão um questionário anônimo a ser depositado em urna específica. Junto com o questionário será entregue o TCLE.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Os termos de consentimento, para as puérperas e para os profissionais do CAISM estão claros e adequados. Os profissionais não serão identificados no questionário, preservando-se o anonimato. Do ponto de vista ético não há qualquer irregularidade.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de julho de 2003.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

8.7. Anexo 7 – Classificação das Práticas Utilizadas no Parto Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001)

1. Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

- 1.1- Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
- 1.2- Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
- 1.3- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
- 1.4- Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
- 1.5- Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
- 1.6- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
- 1.7- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- 1.8- Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- 1.9- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
- 1.10- Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
- 1.11- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
- 1.12- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
- 1.13- Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
- 1.14- Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
- 1.15- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
- 1.16- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
- 1.17- Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
- 1.18- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
- 1.19- Condições estéreis ao cortar o cordão.
- 1.20- Prevenção da hipotermia do bebê.
- 1.21- Prevenção da hemorragia neonatal com o uso da vitamina K.
- 1.22- Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
- 1.23- Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
- 1.24- Alojamento conjunto.
- 1.25- Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
- 1.26- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
- 1.27- Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

- 2.1- Uso rotineiro do enema.
- 2.2- Uso rotineiro da tricotomia.
- 2.3- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
- 2.4- Cateterização venosa profilática de rotina.
- 2.5- Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
- 2.6- Exame retal.
- 2.7- Uso de pelvimetria por raios X.
- 2.8- Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
- 2.9- Uso rotineiro da posição de litotomia.
- 2.10- Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- 2.11- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- 2.12- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
- 2.13- Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
- 2.14- Lavagem uterina rotineira após o parto.
- 2.15- Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
- 2.16- Uso liberal ou rotineiro da episiotomia. "D" (OMS)
- 2.17- Toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador.
- 2.18- Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
- 2.19- Prática liberal de cesariana.
- 2.20- Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais
- 2.21- Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

3. Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão

- 3.1- Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
- 3.2- Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
- 3.3- Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.
- 3.4- Manipulação ativa do feto no momento do parto.
- 3.5- Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- 3.6- Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

4. Práticas no parto normal freqüentemente utilizadas de modo inadequado

- 4.1- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
- 4.2- Controle da dor por agentes sistêmicos.
- 4.3- Controle da dor por analgesia peridural.
- 4.4- Monitoramento eletrônico fetal.
- 4.5- Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
- 4.6- Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
- 4.7- Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
- 4.8- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.
- 4.9- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
- 4.10- Cateterização da bexiga.
- 4.11- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
- 4.12- Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
- 4.13- Parto operatório.
- 4.14- Exploração manual do útero após o parto.