



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**



**CONHECIMENTO DE GESTANTES QUANTO AO PARTO
HUMANIZADO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

**MILENE NEVES SOARES
TAIS PEREIRA DA COSTA GOMES**

**BELÉM – PA
2018**

MILENE NEVES SOARES
TAIS PEREIRA DA COSTA GOMES

CONHECIMENTO DE GESTANTES QUANTO AO PARTO HUMANIZADO:
INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação,
apresentado à Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal do Pará – UFPA, como um
dos requisitos necessários para a obtenção do
título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Msc Elisângela da Silva
Ferreira

BELÉM – PA

2018

MILENE NEVES SOARES
TAIS PEREIRA DA COSTA GOMES

**CONHECIMENTO DE GESTANTES QUANTO AO PARTO HUMANIZADO:
INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação,
apresentado à Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal do Pará – UFPA, como um
dos requisitos necessários para a obtenção do
título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem.

Prof^a. MSc Elisângela da Silva Ferreira
Orientadora / UFPA / FAENF

Prof^a. Esp. Débora Talitha Neri
Membro Convidado / UFPA / FAENF

Prof^a Dra. Márcia Simão Carneiro
Membro Indicado / UFPA / FAENF

Belém, 21 de Junho de 2018

AGRADECIMENTOS

À Deus, por nos guiar, abençoar e conceder a força necessária para superar mais uma etapa em nossas vidas.

Aos nossos pais, por dedicarem amor incondicional e representarem o porto seguro nos momentos de inquietação e nunca nos deixarem desistir.

Aos nossos companheiros, pela paciência, incentivo e amor concedidos a nós para a conclusão deste trabalho

Aos nossos amigos que compartilharam todos os momentos, seja de dificuldade ou felicidade. Estes transformaram-se em um dos melhores presentes que ganhamos durante essa jornada.

À nossa orientadora, Elisângela Ferreira, por servir de inspiração enquanto profissional e nos fornecer os subsídios necessários para a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso.

À Gerência e equipe de funcionários da Unidade Municipal de Saúde de Icoaraci, por viabilizarem o espaço e apoio necessário para o desenvolvimento do estudo.

RESUMO

No Brasil, atualmente, o modelo de assistência obstétrica é caracterizado por excesso de intervenção do parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal. Diante disso, há cerca de 25 anos inicia-se um movimento internacional para a melhoria da qualidade na interação entre parturiente e seus cuidadores, além de preocupar-se em suprimir a tecnologia lesiva. O movimento possui diversas denominações em muitos países, no Brasil é chamado de humanização do parto. Em 2016 o Ministério da Saúde desenvolveu a *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* que avalia e atualiza sistematicamente a informação científica já disponível com o intuito de promover, proteger e incentivar o parto vaginal. Em relação a educação em saúde neste processo, em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é de extrema importância, logo, é no pré-natal que a mulher deve ser melhor orientada para que possa vivenciar o parto de forma benéfica, confiante, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Este trabalho descreve o conhecimento das gestantes sobre o parto humanizado e as boas práticas obstétricas, de acordo com a definição descrita pelo Ministério da Saúde para as gestantes atendidas no pré-natal da UMS de Icoaraci-PA. Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, com abordagem quantitativa de caráter descritivo no qual participaram 94 gestantes que responderam a um questionário semiestruturado com perguntas fechadas. Após a coleta de dados foi realizada ação educativa sobre as boas práticas obstétricas. Os resultados demonstraram maior conhecimento das participantes acerca dos direitos da gestante, intervenções e procedimentos no pré-parto, parto e pós-parto. Quanto às respostas sobre o conceito de parto humanizado de acordo com o Ministério da Saúde, constatou-se que nenhuma gestante pôde proporcionar uma resposta completa em conformidade com a concepção fornecida. Entretanto, percebemos que mesmo não sabendo conceituar parto humanizado, elas em sua maioria, sabem e reconhecem as práticas que são benéficas a elas e a seus bebês. No que tange as condutas consideradas inadequadas, constatamos que boa parte das práticas prejudiciais ou utilizadas erroneamente de forma rotineira por parte dos profissionais foram percebidas de forma negativa, a exemplo medidas para acelerar o trabalho de parto, como amniotomia, manobra de Kristeller, ocitocina e episiotomia. No entanto, nos chama a atenção a alta porcentagem dessas repostas que ainda são julgadas adequadas mesmo sendo seus usos considerados inadequados ou restritos pelo Ministérios da Saúde, isso aconteceu em alguns casos, como na realização de episiotomia, lavagem intestinal e Kristeller. Demonstrando que muito precisa ser feito para ocorrer mudança de paradigmas, a fim de obtermos partos verdadeiramente humanizados.

Palavras-Chave: Enfermagem; Parto Humanizado; Educação em Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the model of obstetric care is characterized by excessive labor intervention, which has contributed to the increase in cesarean, maternal and perinatal rates morbidity and mortality. In fact, about 25 years ago an international movement began to improve the quality of the interaction between parturient and their caregivers, in addition to worrying about suppressing harmful technology. The movement has several denominations in many countries; in Brazil it is called the humanization of childbirth. In 2016, the Ministry of Health developed the National Guideline of Assistance to the Normal Birth that systematically evaluates and updates the scientific information already available with the intention of promoting, protecting and encouraging vaginal delivery. Related to health education in this process, in all stages of the pregnancy-puerperal cycle is extremely important, so it is during prenatal care that women should be better oriented so they can experience birth in a beneficial, confident, fewer risks of complications in the puerperium and a most successful breastfeeding. Health professionals must take the position of educators, sharing knowledge, seeking to give back to women their self-confidence to live the gestation. This study aims to describe the knowledge about humanized childbirth and good obstetrical practices, according to the definition described by the Ministry of Health for pregnant women attending prenatal UMS Icoaraci-PA. The methodology we adopted was an action-research type, with quantitative approach of descriptive character in which 94 pregnant women participated. The survey data were collected through a semi-structured questionnaire with closed questions, after the collection was carried out educational action on good obstetrical practices. The results showed a good knowledge of the participants about the Rights of the pregnant woman, interventions in the prepartum, to accelerate the delivery and postpartum. As for the answers about the definition of humanized childbirth by Ministry of Health, found out that no pregnant woman could provide a complete response in accordance with the conception provided. However, we realize that even though they do not know how to conceptualize humanized labor, most of them know and recognize the practices that are beneficial to them and their babies. Concerning the behaviors considered to be inadequate, we found that a large part of the practices that were routinely used or misused by professionals were perceived negatively, for example measures to accelerate labor, such as amniotomy, Kristeller's maneuver, oxytocin and episiotomy. However, we are struck by the high percentage of these responses that are still considered appropriate even though their uses are considered inadequate or restricted by the Ministries of Health, this happened in some cases, such as episiotomy, intestinal lavage and Kristeller. Demonstrating that needs to be done a lot to change paradigms in order to provide a truly humanized deliveries.

Key-words: Nursing; Humanizing Delivery; Health Education.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 – Materiais de apoio.....	44
Imagem 2 – Painel “Parto Humanizado”.....	44
Imagem 3 – Preparação para o início da ação.....	44
Imagem 4 – Discussão sobre as diretrizes e boas práticas do MS.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil social e obstétrico das gestantes matriculadas na UMS Icoaraci, 2017.....	27
Tabela 2 – Descrição de respostas das gestantes sobre as condutas realizadas durante o trabalho de parto e parto, segundo a Política do Parto Humanizado, 2017.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 - Descrição do conhecimento de gestantes cadastradas no pré-natal da UMS de Icoaraci quanto à definição de Parto Humanizado, segundo MS.....	30
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	JUSTIFICATIVA	10
1.2	PROBLEMÁTICA	12
1.3	OBJETIVOS	13
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
2.1	HISTÓRICO	15
2.2	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).....	16
2.3	ASSISTÊNCIA A GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA.....	19
2.4	DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL.....	21
3	METODOLOGIA.....	24
3.1	TIPO DE ESTUDO	24
3.2	LOCAL DO ESTUDO	24
3.3	SUJEITOS DO ESTUDO	25
3.4	COLETA DE DADOS	25
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	25
3.6	QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS	25
3.7	RISCOS E BENEFÍCIOS	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
4.1	PESQUISA	27
4.2	AÇÃO EDUCATIVA.....	42
5	CONCLUSÃO.....	46
6	CRONOGRAMA.....	48
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO56

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS58

1 INTRODUÇÃO

A utilização do conhecimento técnico ou de técnicas hospitalares enraizadas, de forma acrítica podem certamente contribuir para o aumento da morbimortalidade materna e neonatal. A partir dessa percepção, o Ministério da Saúde vem propondo há anos estratégias como Plano de Qualificação da Atenção em Maternidades e Rede Perinatal na Amazônia legal e Nordeste (PQM), proposto em 2009, com o objetivo geral de desenvolver condições institucionais e técnicas para alterar processos de trabalho e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal, baseia-se em um modelo ético-político (em contraposição ao modelo biomédico hegemônico) com seus elementos organizadores e estruturantes que permitam operacionalizar a qualificação da atenção ao parto e ao nascimento, enfatizando, sobretudo, nos modos de cuidado humanizado e integral às mulheres e às crianças (BRASIL, 2014).

No contexto da humanização do parto, as políticas voltadas à saúde da mulher começaram a surgir no Brasil em meados de 1940. (FREITAS et al., 2009) Em junho de 2000, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento PHPN, que visava a reduzir as altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, por meio de uma assistência de qualidade e que preconizava o resgate da dignidade e de práticas naturais para o processo parturitivo. (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017)

No transcorrer deste processo, temos a instituição da Rede Cegonha, através da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que propôs a criação de uma rede de cuidados que visa a assegurar a mulher o direito a atenção humanizada durante todo processo reprodutivo e à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Além de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade, reduzindo a mortalidade materna e infantil.

O parto é um fenômeno integrativo que engloba aspectos emocionais, psicológicos, fisiológicos, sociais e espirituais. O resultado expressa-se na ênfase oferecida aos aspectos relacionais, no resgate do afeto como ferramenta de trabalho e na valorização da conexão com as pacientes como fundamentais para a obtenção de resultados adequados para mãe e para o bebê. A Humanização do Nascimento vem trazer a síntese entre as conquistas recentes da ciência, que nos oferecem segurança, com as forças evolutivas e adaptativas dos milênios que nos antecederam. Esta releitura do nascimento humano se faz necessária para acomodar as necessidades afetivas, psicológicas e espirituais das mulheres e seus filhos com as conquistas que o conhecimento nos trouxe através da aquisição crescente de tecnologia (BRASIL, 2014).

A humanização do nascimento baseia-se no protagonismo restituído à mulher, como premissa fundamental, além disso, deve-se ter uma visão integrativa e interdisciplinar do parto, retirando deste o caráter de “processo biológico” e alçando-o ao patamar de “evento humano”, onde aspectos multidimensionais são igualmente valorizados, e suas específicas necessidades atendidas. Para isso necessita-se de forte vinculação com a Medicina Baseada em Evidências, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos (BRASIL, 2014).

Segundo Leal (2014), as boas práticas obstétricas seriam: ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, mobilidade durante o primeiro estágio do trabalho de parto e monitoramento do progresso do trabalho de parto pelo partograma. E, as intervenções durante o trabalho de parto mais comuns são: uso de cateter venoso, ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia (para mulheres com bolsa íntegra na admissão) analgesia raquidiana ou epidural; e finalmente como intervenções durante o parto: litotomia, manobra de Kristeller e episiotomia para parto vaginal.

Leal (2014), afirma ainda, que menos de um terço das mulheres de sua pesquisa se alimentou durante o trabalho de parto ou utilizaram métodos não farmacológicos de alívio da dor. A sua pesquisa mostrou que em mais 70% das mulheres foi realizada punção periférica, e em 40% delas foi utilizado ocitocina e amniotomia. Durante o parto dessas mulheres a pesquisa referiu que 92%, 37% e 56%, respectivamente sofreram posição litotomia, manobra de kristeller e episiotomia. Do total de partos da pesquisa 48,1% foram parto normal, mas em 5% desses partos não foi realizado nenhum tipo de intervenção.

O projeto nascer, segundo Brasil (2003), propõe uma redefinição de normas de procedimento que qualifiquem as relações humanas que acontecem desde o momento da chegada da parturiente à maternidade até seu retorno para casa, com seu bebê sadio. Quando nos referimos a “relações humanas” em primeiro lugar, é porque temos claro que, se não forem receptivas, certamente poderão comprometer as relações profissionais.

Vinda ou não de um acompanhamento pré-natal, onde teve ou não toda a assistência proporcionada pelo conhecimento científico acumulado pela humanidade, nas áreas da ginecologia, da obstetrícia, e da neonatologia, entre outras, a chegada da parturiente à maternidade é, indiscutivelmente, um momento significativo. Essa relevância transcende as expectativas da própria mulher ou de seus familiares e deve ser um norteador de

ações e atitudes da equipe a cujos cuidados ela e seu bebê estarão nos próximos dias (BRASIL, 2003. P.22).

Conforme mencionado por Brasil (2003), é imprescindível que a parturiente se empodere de conhecimentos e informações acerca do processo parturitivo, para que ela assuma seu papel de protagonista e evite se submeter a procedimentos que não condizem com as boas práticas obstétricas, para que assim, construa-se uma história atraumática e construtiva para ambos os participantes de tal processo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Estudar e investigar sobre a temática proposta é de fundamental importância, pois o enfermeiro como agente humanizador participa ativamente do processo assistencial à gestante, parturiente e puérpera. Pesquisas deste tipo proporcionam aos enfermeiros dados importantes que servem como base para a execução de ações educativas eficazes prestadas com a finalidade de conscientizar este grupo alvo sobre o parto humanizado.

No que tange a produção científica, pode-se contribuir com a ampliação do conhecimento científico visando melhorias na qualidade da assistência, sendo refletida no bom atendimento às usuárias, além de promover um incentivo a maiores reflexões entre a sociedade e os profissionais acerca das boas práticas na assistência ao ciclo gravídico.

Deve-se conscientizar as gestantes sobre a humanização e seus direitos de assistência no momento do parto, contribuindo assim para a melhora na qualidade do atendimento já que a humanização é uma ferramenta de gerenciamento, que contribui para a diminuição da violência institucional na área de saúde e estabelece o respeito ao ser humano. Demonstrando para a população e para os profissionais de saúde, a importância da aplicação de intervenção educativa para o maior conhecimento das gestantes em relação ao parto humanizado.

1.2 PROBLEMÁTICA

Carvalho et al. (2011) em seu estudo realizado em um hospital universitário localizado no sul do país, mostrou que todas as adolescentes participantes da entrevista demonstraram desinformação acerca dos direitos que possuem como parturientes, da mesma forma que um baixo percentual de familiares detém qualquer tipo de conhecimento acerca desse assunto. Este estudo evidencia, também, que pelo fato do desconhecimento das ações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, as parturientes aceitam a assistência prestada e não reclamam os direitos que são assegurados por lei, pela falta do conhecimento. Ela afirma ainda que se as

mulheres estivessem cientes dos seus direitos, talvez cobrassem mais respeito, seriam menos passivas, mais firmes e menos submissas.

Percebe-se que o modelo típico de assistência ao parto no Brasil, tem se configurado como abusivo em intervenções desnecessárias, causando maiores danos à saúde das mulheres. Estas devem ter o direito de escolher quando e onde ter filhos, e devem também ter conhecimento acerca dos procedimentos e decisões que envolvem sua saúde, podendo exercer seu direito de consentimento (ZORZAM, 2013).

Com base nos estudos acima e em consonância com a vivência das práticas hospitalares da Atividade Curricular Enfermagem Obstétrica, Ginecológica e Neonatal, na qual observamos que as gestantes, na maioria das vezes, não têm conhecimento sobre o parto humanizado, possivelmente por falha na atenção pré-natal, viu-se a necessidade em realizar este estudo para avaliar o conhecimento dessas mulheres sobre a humanização do parto e nascimento.

Acredita-se, também, que esse desconhecimento pode influenciar em isolamento físico, social e emocional, além de permitirem intervenções para acelerar o parto, por não conhecerem os riscos de cada intervenção.

Com base nisso, surgiu a seguinte hipóteses:

- As gestantes atendidas na UMS Icoaraci desconhecem o conceito do termo “Parto Humanizado” e as práticas obstétricas adequadas de acordo com a definição descrita pelo Ministério da Saúde, bem como, algumas das intervenções realizadas pelos profissionais de saúde no trabalho de parto e parto consideradas inadequadas pelo Ministério da Saúde, são descritas pelas gestantes como sendo adequadas.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Estimar o conhecimento das gestantes atendidas no pré-natal da UMS de Icoaraci-PA sobre o parto humanizado e as boas práticas obstétricas, de acordo com a definição descrita pelo Ministério da Saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil social e obstétrico das gestantes matriculadas no pré-natal da UMS Icoaraci;

- Pontuar quais as intervenções adequadas e inadequadas no trabalho de parto e parto, de acordo com o Ministério da Saúde, são reconhecidas pelas gestantes, atendidas no pré-natal da UMS de Icoaraci;
- Realizar ação educativa sobre o parto humanizado e as boas práticas obstétricas para as gestantes participantes deste estudo.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO

A atenção voltada à mulher durante o processo de parturição passou por diversas modificações ao longo do tempo. Historicamente o auxílio durante o trabalho de parto era uma atividade quase que exclusivamente feminina (MOURA et al., 2007), acompanhada por mulheres em ambiente domiciliar, geralmente pessoas de confiança da gestante ou de experiência reconhecida na comunidade, que detinham conhecimento acerca dos mecanismos de reprodução e nascimento, eram conhecidas como parteiras ou comadres, estas criavam um clima emocional favorável, através de suas crenças, talismãs, orações e receitas para aliviar a dor das contrações (SEIBERT et al., 2005).

A partir dos séculos XVI e XVII, gradualmente, começa a surgir a figura do cirurgião diante da assistência ao parto, e com ele a posição de decúbito dorsal passa a ser a mais adotada para a comodidade do médico, além da inserção de outros instrumentos assinalando o início da medicalização na assistência ao parto (MATEI et al., 2003). No século XX, o modelo de parto hospitalar passa a ser predominante, onde a gestante começa a passar pelo processo de parturição imobilizada, com as pernas abertas e elevadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, além de serem assistidas por pessoas desconhecidas (DINIZ, 2005), portanto o parto passou de um processo fisiológico, privativo e familiar, para algo a ser vivenciado nas instituições hospitalares sendo não apenas auxiliado, como também conduzido por diversos atores envolvidos, fato esse que favoreceu a perda da autonomia e protagonismo da mulher durante o processo parturitivo (MOURA et al., 2007).

No Brasil, atualmente, o modelo de assistência obstétrica é caracterizado por excesso de intervenção do parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e a morbimortalidade materna e perinatal (MOURA et al., 2007). Nesse contexto, inúmeros procedimentos tecnocráticos são incorporados como rotina na assistência constituindo-se uma prática mecanizada, como são as condutas de tricotomia da região genital, a enteróclise e a episiotomia, segundo Seibert et al. (2005). Para esse autor, o Brasil é um dos países com as maiores taxas de cirurgias cesarianas, isso é reflexo de um processo de medicalização do corpo feminino que ocorre ainda nos dias de hoje.

O uso irracional da tecnologia intervencionista durante a assistência ao parto, ocasionam sofrimento físico e emocional, além do desgaste das relações humanas, segundo DINIZ (2005, 2009), é justamente esse uso indiscriminado que ocasiona o atual paradoxo perinatal, onde isto torna-se um empecilho para redução da morbimortalidade em diversos

países. Este paradoxo mostra o modelo Tecnocrático e hegemônico de atenção obstétrica e neonatal, da atualidade, onde o processo de parturição é percebido como algo patológico (BRASIL, 2014). Segundo Sodré e Lacerda (2007), a contradição que se salienta é a de que as complicações perinatais não diminuem e que em grande parte são causadas justamente pelo avanço científico e tecnológico, por meio da generalização de sua necessidade e pelo uso abusivo de técnicas e procedimentos.

Diante disso, há cerca de 25 anos inicia-se um movimento internacional para a melhoria da qualidade na interação entre parturiente e seus cuidadores, além de preocupar-se em suprimir a tecnologia lesiva. O movimento possui diversas denominações, em muitos países, no Brasil é chamado de *humanização do parto* (DINIZ, 2005). A fim de mudar esse paradigma, a Organização Mundial de Saúde, desde a década de 1980, tem contribuído para este debate ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que vão de contrassenso às práticas preconizadas no modelo médico de atenção (DIAS; DOMINGUES, 2005).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Desde 2003, a Política Nacional de Humanização existe com o objetivo de pôr em prática os princípios e diretrizes do SUS em todos os serviços de saúde, de tal forma que possa produzir uma nova forma de gerir e cuidar. O PNH fomenta o diálogo entre gestores, trabalhadores e usuários afim de estabelecer um novo paradigma nas relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes são as causas de atitudes e práticas desumanizadoras que alteram a autonomia e corresponsabilidade não somente do trabalhador da saúde, como também dos usuários, no cuidado de si (BRASIL, 2004). Portanto, o PNH assegura a valorização dos diversos atores envolvidos no processo de saúde-doença – profissionais da saúde, gestores e usuários – potencializando o protagonismo e autonomia destes sujeitos, trabalhando uma proposta coletiva para um SUS mais acolhedor, ágil e resolutivo (BRASIL, 2004).

Humanizar trata-se, portanto, de ofertar um atendimento de qualidade agregando os avanços tecnológicos com acolhimento, trazendo a melhoria aos ambientes de cuidado e às condições de trabalho dos profissionais, adequando os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável. Para isso, a Humanização deve ser entendida como um dos pilares fundamentais da saúde, sendo considerada não apenas como um “programa” a mais, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004).

Uma vez criada, a PNH traz consigo alguns princípios norteadores, dentre eles podemos destacar o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional (BRASIL, 2004). Nesse contexto, ao pensarmos em assistência multiprofissional, estamos abordando o trabalho em equipe, e, nesse enfoque, destacamos a conseqüente melhoria na qualidade da assistência ao usuário, ao ser atendido por especialidades que se complementam e que trabalham em cooperação. Outro aspecto diz respeito à relação entre os profissionais de saúde que compõem a equipe e a reorganização dos processos de trabalho. Nesse sentido, a humanização não teria como foco apenas o usuário, mas incluiria o profissional de saúde, envolvendo-se também com a saúde do próprio trabalhador. Em síntese, tudo trabalha em sinergia para o alcance de um objetivo maior que é a Saúde do usuário, juntamente com a satisfação do trabalhador (REBELO; RODRIGUES, 2012)

Outro princípio importante destacado na PNH, mostra a valia da utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos, o que garantiria às unidades de saúde, informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos dos usuários do SUS.

Dentro das orientações estratégicas adotadas para a implementação da Política Nacional de Humanização, incluem-se integrar e articular programas e projetos do Ministério da Saúde, dentre estes incorpora-se a Humanização no parto, com o objetivo de diminuir a verticalização, implicando corresponsabilidade aos gestores estaduais e municipais.

Segundo a PNH, deve-se garantir maior diálogo entre usuário e profissionais, estimulando práticas resolutivas, racionalizando e adequando o uso de medicamentos, afim de eliminar ações intervencionistas desnecessárias. Deve-se ainda, reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o usuário e seu meio, estimulando diferentes práticas terapêuticas co-responsabilizando gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Mesmo antes do surgimento da Política Nacional de Humanização, haviam diversos movimentos para as práticas de humanização do parto e nascimento, no Brasil, esses movimentos culminaram em um projeto mais amplo de humanização dos serviços coordenados pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) lançado através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, tentando garantir um padrão mínimo na assistência (número de consultas, imunizações, etc.) e seu registro, o programa não atentou aos questionamentos feitos pelo movimento de

humanização à técnica desumanizada e sem base em evidências científicas, sendo considerado basicamente um instrumento de gestão (DINIZ, 2005).

A PNPB buscava reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, adotar medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Objetivando caracterizar uma nova política de atenção ao parto, o Ministério da Saúde propôs em 1999 a criação dos Centros de Parto Normal (CPN), onde proporcionam a assistência aos partos de baixo risco fora dos hospitais, com possibilidade de funcionamento sem médicos, ficando enfermeiros obstetras responsáveis por todos os cuidados prestados às mulheres e bebês. É nesse contexto que se adota a hierarquização da assistência, com a implantação da assistência aos partos de baixo risco por enfermeiro obstetra, seguindo o exemplo bem-sucedido de alguns países europeus, como a Inglaterra, onde a assistência a esses partos é prestada por profissionais não médicos (DIAS; DOMINGUES, 2005). Para corroborar, temos a Resolução do COFEN- 223/1999:

Art. 1º - A realização do Parto Normal sem Distocia é da competência de Enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetrix ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher;
Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior: a) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; b) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; c) execução e assistência obstétrica em situação de emergência.

Em 2001 o Ministério da Saúde editou o manual *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher* (BRASIL, 2001). A publicação define o que considera humanização da assistência e defende uma nova perspectiva em que os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos, as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia materna preservadas (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Dentro da lógica de difusão de informações, a Política Nacional de Humanização, lança diversos livros denominados *cadernos HumanizaSUS*, que constituem uma série de publicações, no formato de ensaios, artigos, relatos de experiência e entrevistas, reunidos em um caderno de textos em torno de temas importantes da saúde pública à luz das diretrizes da PNH. Em 2014, foi lançado o quarto volume, com o tema da humanização do parto e do

nascimento possuindo como finalidade de tornar público as experiências de apoio em humanização em todo Brasil (BRASIL, 2014).

Neste volume, apresentou-se os caminhos utilizados por apoiadores de maternidades que trabalharam no Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste Brasileiros (PQM), entre os anos de 2009 e 2011, este plano serviu de norteador para a concepção do processo de trabalho da Rede Cegonha (RC), que foi lançada em 2011 pelo governo federal, configurando-se como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

2.3 ASSISTÊNCIA A GESTANTE NA ATENÇÃO BÁSICA

A assistência pré-natal, tem como objetivo primordial o de acolhimento a mulher desde o início do processo gravídico. Visto que cada pessoa enfrenta esse momento de forma distinta e única é imprescindível que o vínculo seja mantido e esse acompanhamento perdure para que mãe e filho possam usufruir de todo o suporte necessário ao parto. As transformações geradas nesse período podem ocasionar diversos sentimentos negativos, como medos e dúvidas, ou simplesmente curiosidades que serão sanadas na educação em saúde realizada nas consultas (BRASIL, 2000).

Tal assistência deve ser preparada de forma a atender as reais necessidades das gestantes, levando em consideração o meio em que elas vivem, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos, dos elementos e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. Deve-se haver a pulverização de estratégias, como as de educação em saúde e prevenção (bases da atenção primária), para toda a população-alvo abrangida pela unidade de saúde, garantindo o mínimo de seis consultas de pré-natal, assim como, da continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2012).

Em meio a tantos cenários em saúde, a atenção básica se torna o local mais adequado para o desenvolvimento da educação em saúde, visto que nestas instituições há a característica da maior aproximação entre profissional e comunidade através do vínculo mantido pela continuidade do acompanhamento, com ênfase na promoção e proteção da saúde. (SANTOS et al., 2010) De acordo com Alves (2005), a educação em saúde:

Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo

saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005, p.43)

A educação em saúde está inserida dentro do campo da enfermagem como caminho para uma relação reflexiva entre o enfermeiro e o paciente, no propósito de conscientizar o paciente sobre o processo saúde-doença, e para que esse paciente perceba que ele mesmo pode ser o transformador da sua vida, após obter conhecimentos deste processo (SOUSA et al., 2010).

No pré-natal, em nível operacional, o que se preconiza é a oferta de ações educativas que capacitem à mulher ao evento natural que se aproxima, e ao empoderamento acerca do seu corpo. Tais ações devem, preferencialmente, ser realizadas através de metodologias participativas, garantindo assim, que o conhecimento que as mulheres já possuem possa ser intercambiado e, assim, haja a construção saudável de experiências, vivências e saberes para que esta mulher chegue ao seu objetivo final que é o parto satisfatório (JARDIM, 2016)

Os avanços técnico-científicos ao reduzir os riscos maternos e fetais, tornaram o parto mais seguro. Todavia, a desvalorização do parto natural e as práticas intervencionistas desnecessárias demonstram o perfil de carência de informação e de educação em saúde para a população brasileira (BRASIL, 2014). A relação desproporcional entre profissional e paciente, faz com que as mulheres, sintam-se incapacitadas de escolher e fazer valer seus desejos, além de terem dificuldades em participar da decisão em questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Realizar ações educativas em todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é de extrema importância, entretanto, é no pré-natal que a mulher deve ser melhor orientada para que possa vivenciar o parto de forma benéfica, confiante, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores, compartilhando saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS et al., 2007).

O período pré-natal remete intensa preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade por tratar-se de um momento de aprendizado, torna-se uma oportunidade para que os profissionais da equipe de saúde desenvolvam a educação como vertente do processo de cuidar (RIOS et al., 2007).

Diante disso, a Humanização necessita de troca de saberes, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe, pacientes e familiares. Assim, tomamos a Humanização como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2004).

2. 4 DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde lançou o Guia para a atenção ao Parto Normal, onde dispunha de uma classificação baseada em evidências científicas tomando como base pesquisas realizadas no mundo todo, das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Classificadas de acordo com suas utilidade, eficácia e risco para a orientação da conduta profissional, com o intuito de estabelecer uma assistência obstétrica segura, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura (CARVALHO, 2015).

As classificações das práticas de atenção ao parto normal estruturaram-se em quatro categorias, A, B, C, E e D, respectivamente, as demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; as claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas; aquelas com poucas evidências e que devem ser utilizadas com cautela; as que frequentemente são utilizadas inapropriadamente (OMS, 1996).

Segundo Diniz (2013), embora tenha havido uma ampla divulgação desse documento, o excesso de medicalização e as intervenções desnecessárias são consideradas os maiores problemas da saúde materna no Brasil. Os partos institucionalizados e realizados por profissionais capacitados chegam a 98%; e em 90% dos casos, são realizados por um profissional médico (BRASIL, 2008) facilitando o acesso ao uso descontrolado de intervenções, na maior parte das vezes para acelerar o trabalho e o próprio parto, maximizando assim a “produtividade” e a “eficácia” do setor obstétrico, como por exemplo o uso da ocitocina, que têm sido usado na maioria dos partos vaginais, enquanto a cesariana se tornou a via mais comum de nascimento. (MAIA, 2010)

A operação cesariana quando necessária é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil e deve ser realizada mesmo estabelecendo riscos comuns a qualquer cirurgia, entretanto, quando realizada sem uma justificativa, pode agregar riscos desnecessários sem que haja benefício claro. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma taxa entre 25% e 30% de cesariana que poderia ser considerada de referência para a população brasileira. Porém, a prevalência de cesárea no Brasil chegou a 56,7%, sendo 40% no setor público e 85% nos serviços privados. (BRASIL, 2015, p.4)

As taxas de mortalidade materna obtiveram uma queda ao longo dos anos, 36/100.000 entre os anos 1990-2015, porém esse número ainda continua alto se comparado com os países desenvolvidos. Desde 2001, a taxa atual de mortalidade materna estagnou em aproximadamente 54/100.000, reflexo da deficiência na qualidade da assistência à saúde (RODRIGUES et al., 2016).

Baseando-se nesses índices, em 2016 o Ministério da Saúde desenvolveu a *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* que avalia e atualiza sistematicamente a informação científica já disponível com o intuito de promover, proteger e incentivar o parto vaginal.

Este documento, em conjunto com Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. (BRASIL, 2016, p.5).

A Diretriz traz, ainda, o fato da obstetrícia moderna ter proporcionado o advento de tecnologias e avanços que resultam em partos mais seguros na visão biomédica, porém ter concretizado um modelo que considera a gravidez como uma doença e um processo hospitalocêntrico, submetendo o binômio mãe-feto a situações desnecessárias, como o uso de medicações e intervenções sem a devida indicação. Não levando em consideração os aspectos emocionais, humanos e socioculturais envolvidos, fatores interligados e que afetam este processo.

Discorrendo acerca das ações preconizadas, as mulheres devem receber informações sobre o local de parto, lá elas devem ter acesso à equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria), serem cuidadas no trabalho de parto e parto por enfermeiras obstétricas ou obstetizes, ter acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (como banheira, chuveiro, massagens, etc.), analgesia se necessário. E a probabilidade de ser transferida para uma maternidade, sempre explicando o motivo e o tempo esperado de chegada (BRASIL, 2016).

O acolhimento é importante para que haja o vínculo entre o profissional e os envolvidos no processo, dessa forma, deve haver o respeito com a mulher e sua família que está se formando, isso inclui o fornecimento de informações sobre todo e qualquer procedimento realizado e o acatamento de suas vontades. Ressaltando que ela é a protagonista desse momento e suas decisões devem ser respeitadas.

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendam deverão estabelecer uma relação de intimidade com estas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados. (BRASIL, 2016, p.114).

Ainda em relação a Diretriz em relação a dieta, as mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir alimentos leves, assim como ingerir líquidos, de preferência solução isotônica ao invés de apenas água. Sendo que os antagonistas H₂ e antiácidos não

devem ser administrados como de rotina para mulheres que apresentam baixo risco para anestesia geral.

Deve-se realizar a ausculta intermitente nas parturientes de baixo risco para avaliação do bem-estar fetal, em todos os locais de parto. Utilizando o estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler, realizar a ausculta imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única. É importante registrar acelerações e desacelerações se ouvidas e palpar o pulso materno se alguma anormalidade for suspeitada para haver a diferenciação dos batimentos fetais e da mãe (BRASIL, 2016).

Nesse momento é fundamental o controle emocional, visto que os hormônios fazem a diferença. Quando os níveis de adrenalina estão altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos do hormônio liberador de corticotrofinas, do hormônio adenocorticotrófico e do cortisol. A contrapartida disso, as ações não farmacológicas de alívio da dor, vem diminuir o nível de estresse e ansiedade da mulher durante o trabalho de parto, pois até mesmo os analgésicos sozinhos não podem gerir esse fenômeno multidimensional que é a dor (GAYESKI, 2010).

Visto isso, a Diretriz preconiza que é direito da parturiente, também, o acesso a esses métodos não farmacológicos de alívio da dor, como a imersão em água morna; massagem realizada pelo profissional ou pelo acompanhante previamente instruído; utilização de músicas da escolha da mulher; aromaterapia. Assim como, os gestores devem estar atentos para que os hospitais em sua gerência tenham capacidade de fornecer esses métodos para todas as parturientes em trabalho de parto no local (BRASIL, 2016).

Algumas intervenções e medidas de rotina não devem ser adotadas no período inicial do parto como o enema, a tricotomia pubiana e perineal, inclusive a amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, desde que o trabalho de parto esteja progredindo bem. As mulheres não devem ser obrigadas a se colocar em uma posição específica porque é mais conveniente ao profissional que lhe assiste, e sim encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto. Já no segundo período do trabalho de parto sem analgesia, é recomendado apoiar a realização de puxos espontâneos evitando-se os puxos dirigidos, e a manobra de Kristeller não deve ser realizada (BRASIL, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa do tipo pesquisa-ação, com abordagem quantitativa de caráter descritivo.

A pesquisa-ação possibilita que o pesquisador intervenha dentro de uma problemática social, analisando-a e anunciando seu objetivo de forma a mobilizar os participantes, construindo novos saberes. É através da pesquisa-ação que o docente tem condições de refletir criticamente sobre suas ações. A pesquisa-ação supõe uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico entre outros. A sua utilização como forma metodológica possibilita às participantes condições de investigar sua própria prática de uma forma crítica e reflexiva. Nela estão envolvidos pesquisadores e pesquisados e todos estão envolvidos na solução de problemas e na busca de estratégias que visam encontrar soluções para os problemas (PIMENTA et al., 2008).

Tanaka e Melo (2001) afirmam que a abordagem quantitativa procura mostrar os significados que inerentes aos objetos e atos, e é conceituada como objetiva. A principal característica deste tipo de abordagem é que esta possui um foco e é estruturada, pois utiliza-se dados quantitativos, esta abordagem se utiliza de perguntas estruturadas para obtenção de respostas estruturadas como forma de coleta de dados.

De acordo com Gil (2008), as pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Por exemplo, quais as características de um determinado grupo em relação a sexo, faixa etária, renda familiar, nível de escolaridade etc.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade Municipal de Saúde do distrito de Icoaraci que fica localizado no município de Belem/Pa, na Rua Manoel Barata, 840 - Cruzeiro (Icoaraci), Belém – PA. Esta unidade possui atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicóloga, nutricionista, odontólogo e assistente social. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, hiperDia, Tabagismo, Planejamento Familiar, Saúde Mental e Aleitamento materno (Pró-Ame), DST/AIDS, Programa do Idoso, criança em desenvolvimento. Fornece a solicitação de exames de tuberculose e hanseníase, além de contar com uma sala de vacinação. O motivo da escolha deve-se à grande demanda de gestantes matriculadas no pré-natal, possibilitando um importante campo de estudo.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com gestantes cadastradas no Pré-natal da unidade de saúde do município de Belém do Pará no distrito de Icoaraci. Como critérios de inclusão, utilizou-se: gestantes maiores de 18 anos de idade, que se encontravam no terceiro trimestre de gestação, em risco obstétrico habitual, que apresentaram bom estado clínico. Já os critérios de exclusão foram: gestantes que se encontravam no primeiro e segundo trimestre de gravidez, gestação classificada como risco obstétrico e as que se negaram a participar da pesquisa.

3.4 COLETA DE DADOS

Os dados da pesquisa foram coletados durante o período de setembro a novembro de 2017, por meio de um questionário semiestruturado com perguntas fechadas (APÊNDICE B). Levando em consideração a aceitação dos sujeitos da pesquisa em participar do estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

1º Momento – Foi entregue às gestantes um questionário semiestruturado com questões de múltipla escolha, na qual foi avaliado o conhecimento que ela possui sobre o parto humanizado e as boas práticas obstétricas.

2º Momento – Foi realizada uma ação educativa com auxílio de Flip-chart (tipo de quadro, no qual fica preso um bloco de papéis) e explicação oral acerca do parto humanizado e as boas práticas obstétricas, além de dinâmicas para a maior interação das gestantes durante a intervenção educativa.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram registrados na forma de banco de dados, do Programa da informática SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows, versão 15.0 e analisados através de estatística descritiva, com base nos números absolutos e relativos.

Huot (2002) define estatística descritiva como o conjunto das técnicas e das regras que resumem a informação recolhida sobre uma amostra ou uma população, e isso sem distorção nem perda de informação.

3.6 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS

Este trabalho respeitou o previsto na Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e

das coletividades, os referenciais da bioética, que incluem a macroética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, a comunidade científica e ao Estado.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde – SESMA (ANEXO I), sendo submetida a apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Federal do Pará (UFPA) sob o parecer de número 1.966.931 (ANEXO II). O projeto foi ressubmetido ao CEP/ICS solicitando a troca dos membros da equipe, sendo aprovado com parecer de nº 2.407.957 (ANEXO III).

3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS

Entre os riscos e danos associados ou decorrentes desta pesquisa, inclui-se: constrangimento, desconforto, estresse e quebra de sigilo. A fim de minimizar esses riscos, as participantes foram orientadas que podiam desistir a qualquer momento, e não teriam sua identidade revelada e que os dados coletados seriam utilizados apenas para o estudo, ficando sob responsabilidade das pesquisadoras e não seriam repassados para terceiros.

Como benefício, com proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante, comunidade acadêmica, gestores e outros profissionais estão: contribuir com a melhoria da assistência, visto que foi realizada uma ação educativa sobre o tema desse estudo; além disso, a serem repassados à gestão da Unidade de Saúde, os profissionais de saúde juntamente com a diretoria poderão realizar atividades e assistência focadas nas necessidades e anseios de suas usuárias, culminando na melhoria do atendimento prestada às gestantes cadastradas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PESQUISA

Participaram deste estudo 94 gestantes cadastradas no pré-natal da Unidade Municipal de Saúde de Icoaraci em Belém – PA, que atenderam aos critérios de inclusão. A partir da análise do perfil social das gestantes participantes, observamos que se trata, na maioria, de mulheres jovens entre 20 e 29 anos (58,5%), com ensino médio completo (45,7%), sendo cuidadoras do seu lar (31,9%) e em um relacionamento conjugal, seja por união estável (41,5%) ou casamento (26,6), conforme demonstrado na tabela 1.

No que diz respeito ao perfil obstétrico, ainda na tabela 1, verificamos que houve o predomínio de gestantes nulíparas (38,3%), que realizaram quatro consultas no pré-natal (25,5%) e assinalaram terem recebido orientações sobre o trabalho de parto e parto, durante essas consultas (42,6%).

Tabela 1 – Perfil social e obstétrico das gestantes matriculadas na UMS Icoaraci, 2017.

Variável	Descrição	N	F (%)
Idade	Até 19 anos	15	16
	De 20 a 29 anos	55	58,5
	De 30 a 39 anos	20	21,3
	Maior que 40 anos	4	4,3
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	15	16
	Ensino fundamental completo	6	6,4
	Ensino médio incompleto	19	20,2
	Ensino médio completo	43	45,7
	Ensino superior incompleto	6	6,4
	Ensino superior completo	5	5,3
Profissão	“Do Lar”	30	31,9
	Vendedora	11	11,7
	Estudante	9	9,6
	Doméstica	8	8,5
	Auxiliar Administrativo	5	5,3
	Outros	24	25,5
	Sem registro	7	7,4
	Estado civil	Casada	25
Solteira		26	27,7
Separada		1	1,1
União estável		39	41,5
Sem registro		3	3,2

Continua

Tabela 1 – Perfil social e obstétrico das gestantes matriculadas na UMS Icoaraci, 2017.

Variável	Descrição	N	F (%)
Nº de partos	Nenhum	36	38,3
	Apenas um	27	28,7
	Dois	20	21,3
	Três	9	9,6
	Quatro	2	2,1
Nº de consultas no Pré-Natal	Apenas uma	8	8,5
	Dois	19	20,2
	Três	12	12,8
	Quatro	24	25,5
	Cinco	16	17
	Seis ou mais	15	16
Orientação no pré-natal	Sim	40	42,6
	Não	33	35,1
	Mais ou menos	19	20,2
	Não soube responder	2	2,1
Total		94	100,0

Fonte: instrumento de coleta de dados, 2017.

Em relação à idade, a faixa etária considerada ideal para a gestação é aquela entre 20 e 35 anos (SANTOS, 2016). Sobre isso, Santana et al. (2010) observaram em seu estudo, a relação entre a idade materna e o número de consultas pré-natal, foi possível identificar que as adolescentes e jovens realizaram maior número de consultas quando comparadas com a mulheres com mais de 35 anos. Segundo o Ministério da Saúde, através da portaria nº570 de junho de 2000, devem ser realizadas no mínimo seis consultas de acompanhamento pré-natal, com a recomendação de uma no 1º trimestre, duas no 2º e três no terceiro.

Segundo Rios e Vieira (2007) a assistência pré-natal deve ser voltada não somente para o aspecto físico, mas, também, para o emocional, dando ênfase na educação em saúde. Principalmente no caso de mães mais jovens, devido a um risco perinatal mais elevado e menor experiência, podendo a gravidez representar uma grande pressão psicológica.

No que diz respeito ao estado civil, a estabilidade da situação conjugal – o que é evidenciado no presente estudo – é um fator relevante no desenvolvimento da gravidez, tanto pela possibilidade de proporcionar apoio financeiro, como pelo apoio emocional, contribuindo, portanto, para obtenção de uma assistência ao pré-natal adequada (SANTOS, 2016).

Assim como a situação conjugal insegura, a ocasião da baixa escolaridade em gestantes é considerada pelo Ministério da Saúde como um fator de risco para a gravidez (OMS, 2014), nesse estudo, o período de estudos maior que 8 anos foi observado em mais da

metade das entrevistadas, fator que é importante na redução da mortalidade perinatal, neonatal e infantil, ligados à escolaridade materna maior. Quando aliada a baixos rendimentos e cor preta ou parda, mulheres com baixa escolaridade, acabam tendo seu direito de acompanhante cerceado, segundo constatou-se em estudo realizado nas cinco macrorregiões do Brasil, no ano de 2014 (DINIZ et al., 2014).

Assim como a possibilidade de estabelecer o perfil das gestantes, a coleta dos dados viabilizou identificar qual a percepção das gestantes acerca do conceito de parto humanizado, e para avaliar essas concepções, utilizamos as compreensões que estão de acordo com o Ministério da Saúde e em conformidade com o Programa de Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2002), instituído pela portaria nº 569, de 01 de junho de 2000, temos as seguintes questões que conceituam a humanização no parto:

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p.5).

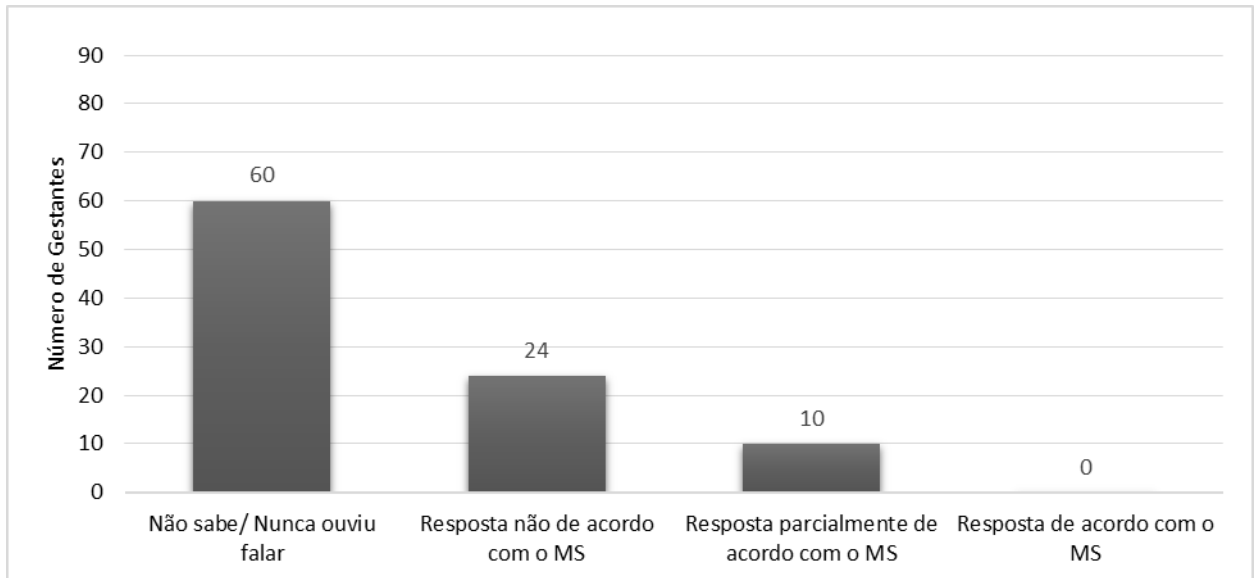
Consoante a esse conceito, estabelecemos dois aspectos que devem ser considerados para constituirmos o conceito completo de parto humanizado, são eles: 1. *Dignidade à mulher, acolhimento, atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde*, e para tal, entendemos que se deve atribuir, respeito às decisões, direitos e autonomia da parturiente, fornecendo orientações sempre que houver necessidade; e 2. *Respeito à fisiologia do parto*, onde deve-se minimizar as intervenções e preocupar-se em basear as condutas de acordo com as evidências científicas atuais.

Ao analisarmos os dados extraídos do instrumento de coleta de dados consideramos como “resposta de acordo com o Ministério da Saúde”, aquelas que atendam esses dois aspectos. As que atenderam em apenas um, julgamos como “parcialmente de acordo com o Ministério da Saúde”, portanto, às que não atenderam nenhum aspecto, avaliamos como “resposta não de acordo com o Ministério da Saúde”.

Com base nisso, o Gráfico 01 aponta que não houve participante que fornecesse um conceito completo de parto humanizado de acordo com a definição do Ministério da Saúde. O mesmo gráfico demonstra que mais da metade das entrevistadas (60) afirma não ter

conhecimento e/ou nunca ter ouvido falar sobre esse conceito. Do total de participantes, menos da metade (24/94) definiram parto humanizado de modo incoerente com a definição do Ministério da saúde.

Gráfico 01 – Descrição do conhecimento de gestantes cadastradas no pré-natal da UMS de Icoaraci quanto à definição de Parto Humanizado, segundo MS.



Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2017

O termo humanização do parto vem sendo incorporado nas políticas de saúde e sua definição varia de acordo com o ator social que a utiliza. Seu significado refere-se a uma multiplicidade de interpretações com abordagens que se baseiam em evidências científicas. Há, ainda, uma apropriação deste termo, por exemplo alguns profissionais acreditam que o parto humanizado seja realizado na vertical, outros onde os direitos são respeitados e alguns acham que é quando não há dor (BRASIL, 2014).

Jones (2009), afirma que a função dos profissionais da saúde envolvidos neste processo é observar e, somente, intervir nos casos em que exista alteração da fisiologia que siga na direção de uma patologia. Destaca, ainda, que as intervenções são realizadas indiscriminadamente, tomando como base uma crença preconceituosa e falsa em relação à mulher, de que as tecnologias são mais seguras do que a autonomia das mulheres no processo parturitivo.

Em um estudo com temática similar, todavia de cunho qualitativo, observou-se dados que vão contra aos obtidos nessa pesquisa. Após análise, os autores obtiveram como resultado “que as gestantes trazem pressupostos semelhantes aos defendidos pelo Ministério da Saúde sobre a humanização da assistência ao parto e nascimento” (VERSIANI et al, 2015, p.3).

Entretanto, tal estudo considerou como correta qualquer resposta que obedecesse ao menos um dos critérios estabelecidos em nossa análise.

Lima e Castro (2017) desenvolveram uma pesquisa quantitativa, com 47 gestantes vinculadas ao pré-natal de baixo risco nas Unidades de Saúde da Família da Bela Vista e do Maranhão, situadas no município de Vitória de Santo Antão, no Estado de Pernambuco. Após análise, os autores perceberam que as gestantes que eram vinculadas à USF de Bela Vista receberam mais orientações acerca das práticas humanizadas, em detrimento às da USF Maranhão, tal resultado foi explicado pelas autoras através do fato da unidade da Bela Vista desenvolver suas atividades com as gestantes através de rodas de conversas que ministram orientações sobre a assistência ao parto vaginal humanizado, incentivando, orientando e empoderando, para um possível parto vaginal consciente e respeitoso.

Outro estudo, com abordagem qualitativa, desenvolvido por Quadros, Reis e Colomé (2016), realizado com parturientes da maternidade de um hospital em Santa Maria, evidenciou que as mulheres que conheciam certas práticas humanizadoras, haviam recebido orientações no pré-natal realizado com enfermeiros e/ou enfermeiros obstétricos residentes. Tais estratégias reforçam o incentivo ao abandono de práticas desnecessárias, muitas vezes utilizadas em muitos serviços, além de estabelecer limites para algumas tecnologias e intervenções obstétricas como parto cesáreo sem indicação adequada, indução do parto por ocitócicos, amniotomia e monitoramento eletrônico contínuo.

Ainda no instrumento, pôde-se coletar dados referentes às possíveis práticas obstétricas e direitos, que devem ou não ser realizados durante o pré-parto, parto e pós-parto, para tal, as mulheres julgaram os itens de um questionário marcando “A” para as condutas consideradas adequadas e corretas durante o trabalho de parto e parto e “I” para as condutas compreendidas como inadequadas e incorretas. A aplicação deste questionário possibilitou vislumbrar o entendimento das gestantes no que concerne a humanização da assistência como algo além de um simples conceito.

Tais dados foram compilados e convertidos na tabela 2, descrita abaixo, para uma melhor didática e discussão. As condutas e intervenções foram separadas em grupos, conforme seus graus de similaridades ou por seu tempo de execução durante o processo de parturição. Da análise, pode-se observar que em percentual, grande parte das condutas foi marcada acertadamente pela maioria das grávidas.

Tabela 02 – Descrição de respostas das gestantes sobre as condutas realizadas durante o trabalho de parto e parto, segundo a Política do Parto Humanizado, 2017.

CONDUTAS		A (%)	I (%)
Direitos da gestante	A gestante escolhe o local do parto	84	16
	O acompanhante será o pai da criança ou quem acompanhou durante as consultas	77,7	22,3
	A gestante só terá acompanhante após autorização do médico que for fazer o parto	21,3	78,7
	A gestante escolhe seu acompanhante durante o parto, seja quem for	86,2	13,8
Dieta	Ingerir líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto	25,5	74,5
	Não ingerir líquidos devido de risco de ir para cirurgia	57,4	42,6
Autonomia na movimentação da gestante	Caminhar pelos corredores do hospital	67	33
	Manter a gestante em repouso no leito	68,1	31,9
	Utilizar várias posições, de escolha da gestante	74,5	25,5
	Ficar na posição que for orientada pelos profissionais (médico e enfermeiro)	73,4	26,6
	Escolher a posição que vai parir, seja qual for	54,3	45,7
	Ser estimulada a usar a posição vertical (cócoras, semi-sentada, ...)	58,5	41,5
	Parir na posição ginecológica porque facilita o parto	73,4	26,6
Procedimentos no Pré- parto	Ser orientada quanto ao momento certo de fazer a força	94,7	5,3
	Escutar os batimentos do feto de 30 em 30 minutos	89,4	10,6
	Usar um aparelho o tempo todo para escutar os batimentos do coração do bebê	86,2	13,8
	Realizar toques vaginais de 30 em 30 minutos	41,5	58,5
	Fazer lavagem intestinal para evitar defecar na hora do parto e infectar o bebê	43,6	56,4
	Ser puncionada (acesso venoso) logo que entrar no hospital	39,4	60,6
Procedimentos para acelerar o parto	Realizar o corte no períneo (episiotomia) para facilitar a saída do bebê	48,9	51,1
	Romper a bolsa para acelerar o parto	31,9	68,1
	Usar o “sorinho” para acelerar o parto	30,9	69,1
	Não realizar o rompimento da bolsa, deixar romper sozinha	75,5	24,5
	Empurrar a barriga da mãe para ajudar o bebê sair	35,1	64,9
Vínculo mãe-bebê	Colocar o bebê no colo da mãe logo depois do nascimento	93,6	6,4
	Não colocar o bebê no colo da mãe logo depois do nascimento por risco de infecção	18,1	81,9
	Iniciar a amamentação logo depois do parto	77,7	22,3
	Não iniciar a amamentação logo depois do parto, primeiro os profissionais devem cuidar do bebê e liberar só depois de 1h	35,1	64,9
Procedimentos no pós-parto	Usar injeção no pós parto (ocitocina) pra não ter hemorragia pós-parto	71,3	28,7
	Cortar o cordão umbilical logo após o nascimento sob o risco de sufocar o bebê	77,7	22,3

Fonte: Instrumento de coleta de dados, 2017.

Os direitos da gestante mostraram-se uma questão significativa dentro deste estudo. A presença do acompanhante foi assinalada pela maioria das gestantes como uma prática adequada, a ser estimulada durante o trabalho de parto e parto, especialmente se essa pessoa for o pai ou quem acompanhou nas consultas, ou simplesmente, qualquer um de sua escolha (tabela 02). Esse dado denota o conhecimento – direta ou indiretamente – das gestantes acerca da Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, que prevê o direito ao acompanhante de livre escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Somando-se a isso, um maior número das participantes (84%) marcou que a gestante deve escolher qual o local do seu parto, onde, de acordo com a lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, esta tem direito de conhecer e se vincular a ele, como apresentado na tabela 02.

Dentro da temática da dieta das gestantes no trabalho de parto, mais especificamente, sobre a ingestão de líquidos, a tabela 2 expõe a insciência acerca da importância da hidratação nesse momento, uma vez que as duas variáveis que manifestam essa conduta, foram apontadas de forma indevida. As gestantes da pesquisa acreditam não ser adequado ingerir qualquer tipo de líquido, por considerarem haver alto risco de ir para cesariana (tabela 02).

Acreditamos ser de grande valia conferir autonomia à gestante em todos os estágios parturitivos, dentro do estudo, essa autonomia foi pesquisada através das condutas sobre a liberdade de movimentação e posicionamento nesse período. Observou-se, conforme descrito na tabela 02, que houve contradição nas respostas, pois ao passo que a maioria marcou adequado condutas que prezam a livre escolha de posição ao parir, consideraram também apropriado, a manutenção da movimentação restritiva ao leito. Pouco mais da metade das participantes (54,3%) acreditam ser apropriado parir na posição desejada, entretanto, apesar disso, presumem ser ainda mais pertinente, seguir a orientação do profissional (73,4%). Pressupomos que isso seja reflexo do modelo médico hegemônico, onde mesmo acreditando na autonomia dos seus corpos, as parturientes acreditam que a opinião do profissional de saúde é a mais correta.

Ainda nesse contexto, outra questão importante está relacionada ao conhecimento das gestantes acerca do momento de fazer força no segundo estágio do trabalho de parto. As mulheres foram questionadas sobre a adequabilidades de puxos direcionados, como resultado, percebeu-se que, quase todas responderam ser importante a orientação a respeito do tempo oportuno de realizá-los. Isso evidencia certo desconhecimento em relação à fisiologia do parto, orientação essa que deve ser realizada durante o pré-natal, principalmente porque o estudo tratou de mulheres, em sua maioria, nulíparas ou primíparas (66,3%), conforme dados demonstrados na tabela 02.

De acordo com resultados apresentados nessa tabela, a maior parte das participantes respondeu corretamente aos itens acerca das condutas realizadas no pré-parto, exceto sobre a frequência em que a ausculta do BCF deve ser realizado, onde mais uma vez houve contradição nas respostas. Cerca de 80 a 90% julgaram as condutas "escutar os batimentos do feto de 15 em 15 minutos" e "usar um aparelho o tempo todo para escutar os batimentos do coração do bebê" adequadas (Tabela 02).

O resultado positivo das questões sobre este grupo de condutas no pré-parto demonstra um significativo conhecimento acerca do assunto pelas gestantes, podendo ser em decorrência do fornecimento de informações no pré-natal, visto que a maioria relatou ter recebido orientações nas consultas. Ainda neste grupo, apresentado na tabela 02, chamou a atenção para o alto percentual de mulheres que consideram correta a realização do enteroclistima (43,6%).

Existem algumas ações que podem ser realizadas com a justificativa de aceleração e/ou facilitação do trabalho de parto e parto, e boa parte dessas, têm seu uso de forma rotineira e em desacordo com o Ministério da saúde. Tais práticas, descritas na tabela 2, são apontadas pela maioria, como desnecessárias. Cerca de 70% das gestantes julgaram inadequada a realização de amniotomia, manobra de kristeller e ocitocina com objetivo de abreviar o parto.

Todavia, no que diz respeito ao exercício da episiotomia, observou-se pouco mais da metade das participantes julgou o corte do períneo uma técnica imprópria durante o parto. Entretanto, considera-se importante que uma parcela significativa (48,9%) expressou desconhecer os impactos dessa conduta, o que acreditamos refletir a sua alta taxa de incidência, como descrito na tabela 02.

Relacionado ao momento imediatamente após o parto, onde se estabelece o primeiro contato entre mãe e bebê, a maioria das participantes do estudo consideram corretas as condutas de colocar o bebê no colo da mãe logo após o nascimento (93,6%) e iniciar a amamentação neste mesmo período (77,7 %) (Tabela 02).

A tabela 02 aponta que, quanto aos procedimentos realizados no pós-parto, o clampeamento precoce do cordão umbilical foi considerado como uma conduta correta pela maior parte das gestantes (77,7%), assim como o uso de ocitocina como prevenção de hemorragia pós-parto (71,3%).

Um estudo retrospectivo de análise documental, realizado em três maternidades do Rio de Janeiro, mostrou que a presença do acompanhante de livre escolha tem a potencialidade de aumentar o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, além de maiores taxas de partos vaginais espontâneos e com menores intervenções. A presença de alguém da escolha da

mulher influenciou especificamente sobre a atitude dos profissionais, atribuindo a esses uma atitude mais humana e menos rotineira (MONTE; RODRIGUES, 2013) diminuindo a prescrição de ocitocina e a ocorrência da manobra de Kristeller (DULFE et al., 2016).

O acompanhamento pelo marido, parceiro, mãe, parente próximo ou amigo ajuda proporcionando suporte psíquico-emocional-físico que estimula positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis, sendo capaz de transmitir conforto, encorajamento, escuta e segurança. Permite reduzir a necessidade de medicamentos para alívio da dor durante o parto e redução operativa na duração do trabalho de parto e parto, bem como diminuir os casos de depressão pós-parto (VERSIANI et al., 2015).

Mesmo o presente estudo trazer dados que demonstrem o conhecimento acerca dos direitos que amparam as gestantes, sabe-se que muitas vezes as mulheres são cerceadas de seus direitos, principalmente, no que diz respeito à presença do acompanhante de sua livre escolha. Nesse contexto, dados da pesquisa Nascido no Brasil insinuam que mulheres brasileiras estão expostas aos riscos de erros profissionais durante o parto e que, mesmo sendo considerado um indicador de segurança e qualidade do atendimento, a presença contínua de um acompanhante ainda não acontece na maioria das vezes (81,2%) (DINIZ et al. apud MONGUILHOTT et al., 2018).

No que diz respeito à dieta durante o trabalho de parto, ainda é uma prática comum nas maternidades brasileiras, a proibição da ingestão de alimentos e líquidos, devido ao medo de aspiração do conteúdo gástrico caso seja necessário a utilização de anestesia geral, tal fato justifica, provavelmente, o resultado evidenciado. Deve-se instituir, portanto, uma política de ingestão de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto analisando as evidências científicas atuais, avaliando os riscos e benefícios (BRASIL, 2017).

Apesar do instrumento de dados fornecer-nos apenas informações sobre a ingestão de líquidos, vale salientar a importância de viabilizar alimentos de fácil digestão às mulheres de baixo risco, que solicitarem ou aceitarem. Em estudo randomizado, realizado no centro de parto no hospital de ensino de Londres, com 2426 mulheres, nulíparas, não-diabéticas, a termo e em trabalho de parto com uma dilatação cervical de menos de 6 cm, concluiu-se que o consumo de uma dieta leve durante o trabalho de parto não influenciou os resultados obstétricos ou neonatais nas participantes, nem aumentou a incidência de vômitos (O'SULLIVAN et al., 2009).

A autonomia da mulher na escolha da posição e da movimentação que sejam mais confortáveis a ela durante o trabalho de parto é uma atividade recomendada nas diretrizes

nacionais de assistência ao parto normal (2017), assim como pela OMS, devendo ser incentivadas por profissionais capacitados (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Segundo Mamede (2004) deve-se estimular a parturiente a movimentar-se até que ela encontre um lugar e uma posição que melhor lhe convenha e conforto. Não se deve insistir em prescrições de determinadas posições possivelmente confortáveis às parturientes, isso porque, uma vez que suas endorfinas estejam fluindo bem, elas se encontrarão mais receptivas a responder às mensagens interiores de seu corpo. Segundo a autora, ao se oferecer conselhos repetitivos e constantes, pode haver interrupção desse processo de autodescoberta. Quando a parturiente descobre o que funciona para ela, encontra seu próprio ritmo e seus próprios mecanismos de enfrentamento. A autora completa que, quando isso acontece, a equipe de suporte pode também relaxar e estar atenta para manter esse estado de conforto.

Fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero contrai-se muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a dor é menos intensa (LUCAS, 2015).

As vantagens das posições verticalizadas estão nas evidências de menor desconforto e dificuldade dos puxos, diminuição das lacerações vaginais ou perineais, diminuição das dores e do período expulsivo que reduzem a asfixia neonatal. Tais convicções estão de acordo com a OMS que ainda acrescenta a observação de que em alguns estudos houve menos escores de Apgar abaixo de sete. Cada vez mais, a mulher vem adquirindo liberdade de expressão corporal, tal fato evidencia o reconhecimento deste conjunto de vantagens divulgado sobre a posição vertical. Assim, uma vez oferecida a oportunidade, as mulheres escolhem a posição que desejam além do decúbito dorsal (WHO, 2018).

Em um estudo observacional, realizado em um hospital no Rio de Janeiro, com 1715 parturientes. Verificou-se que as posições verticais foram adotadas em 50,6% partos e as horizontais, em 29,3%. Ao se analisar somente os partos ocorridos na posição vertical, verificou-se que em 44,9% não foi feita a episiotomia, em contrapartida aos que aconteceram na posição horizontal, onde 26,0% foram sem episiotomia. Ainda considerando o percentual dos partos ocorridos na posição vertical apenas 24,3% apresentaram lacerações de 1º grau, e 2,4 % de 2º grau. Ao avaliar o recém-nascido, o índice de Apgar superior a sete no primeiro e quinto minuto foi muito mais frequente nos partos em posição vertical se comparados com os em posição horizontal (MOUTA, 2008).

O Ministério da Saúde recomenda que ao longo do segundo estágio, não se deve incentivar os puxos, exceto se tardiamente, ou quando a cabeça se tornar visível. Essa prática

é prejudicial e ineficaz, pois aumentam a frequência de trauma e dor perineal após o parto, portanto, deve-se encorajar a realização de puxos espontâneos se a mulher estiver sem analgesia. Na situação em que o puxo seja ineficiente ou que a mulher requisite tal prática, o MS recomenda tentar outras abordagens, como, mudança de posição, esvaziamento de bexiga e encorajamento (BRASIL, 2017).

Em uma revisão, que incluiu 20 estudos randomizados e quasi-randomizados, com total de 815 mulheres, conclui-se que não há evidências suficientes para justificar o uso rotineiro de qualquer momento específico de estímulo, uma vez que os benefícios maternos e neonatais e os efeitos adversos do estímulo tardio e imediato não estão bem estabelecidos (LIMA et al., 2015), além de que tem um efeito negativo sobre a autonomia das mulheres (COOPER, 2016).

As mais recentes diretrizes do *The National Institute for Clinical Excellence*, que tem objetivo de oferecer aos profissionais de saúde do Reino Unido orientações que lhes permitam proporcionar os melhores cuidados e as tecnologias mais avançadas (NICE, 2014 apud HAMILTON, 2016) recomendam que até que mais pesquisas sejam feitas, as mulheres devem ser guiadas por seu próprio impulso instintivo de puxos durante a segunda etapa do trabalho de parto e o direcionamento não deve ser usado como parte da rotina no cuidado intraparto.

Sendo assim, consideramos necessário orientação acerca dos mecanismos fisiológicos do parto, não somente durante o trabalho de parto, mas especialmente durante as consultas de pré-natal, de forma que a gestante esteja empoderada diante desse momento e esteja ciente que seu corpo agirá naturalmente, para que o parto aconteça da melhor forma possível, que ela fique a par de que a melhor posição é aquela mais confortável, mas que também saiba, que posições verticalizadas e deambulação são benéficas, em detrimento à posição litotômica, que segundo Cortês et al. (2018) é a mais reconhecida pela maioria.

A forte medicalização sobre o corpo feminino e a perda da autonomia da mulher sobre seu próprio corpo e sua fisiologia nas últimas décadas são reflexo do poder que os profissionais de saúde exercem na transfiguração de eventos fisiológicos em processos intervencionistas e patológicos (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

As intervenções obstétricas realizadas pelos profissionais que acompanham o processo parturitivo sem uma concreta indicação e embasamento científico, como enema, tricotomia, punção venosa de rotina, podem resultar malefícios tanto para mãe como para o bebê, assim como desconforto e estresse. A frequência em que essas condutas são prescritas é muito elevada e usadas indiscriminadamente, retirando a mulher como a real protagonista deste. (DESBESSEL, 2013).

Em uma meta-análise onde avaliaram três ensaios clínicos, participando um total de 1.765 mulheres, não foi demonstrado diferenças nas taxas de infecção puerperal ou neonatal bem como na duração do trabalho de parto e contratilidade uterina. Ao final, os autores concluem não haver evidências suficientes para recomendar indicação rotineira de enema. Reiterando a posição da OMS que considera o enema uma prática prejudicial ou não-efetiva que deve ser evitada (REVEIZ, 2010).

Já o que diz respeito a punção venosa periférica na chegada a maternidade, Nunes et al. (2014), em seu ensaio clínico randomizado, comparou a infusão de soro glicosado ou não infusão durante o trabalho de parto, evidenciando que não há diferença entre os dois, não reduzindo a acidemia materna nem o balanço ácido-base fetal, de forma que sua utilização de rotina não é recomendada. Venóclise e infusão de líquidos só devem ser realizadas com indicações específicas, como tratamento da hipotensão, manejo de emergências hemorrágicas e uso de analgesia.

Relacionado a avaliação do bem-estar fetal o Ministério da Saúde (2017) recomenda a ausculta dos batimentos cardíofetais intermitente em todos os locais de parto, sendo ainda mais específico realizar a ausculta antes, durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única. Além de registrar acelerações e desacelerações se ouvidas e palpar o pulso materno caso a suspeita de alguma anormalidade para que diferencie os batimentos fetais e da mãe.

No primeiro período do parto uma das atribuições do enfermeiro é a realização do exame de toque vaginal, preferencialmente durante as contrações, a cada 4h ou em caso de suspeita de algum problema do decurso do trabalho de parto ou se solicitação materna, registrando os achados e suas conclusões. Faz-se este exame com o objetivo de esclarecer quanto à identificação e progressão da dilatação cervical, bem como presença de sangue ou outros líquidos e secreções na vagina. Destacando que o toque vaginal deve ser realizado somente durante as contrações, nunca no intervalo entre elas (CONITEC, 2016).

Na revisão bibliográfica de Ferreira (2016) foi possível observar nos estudos inclusos a frequência com que as condutas no primeiro período do processo parturitivo são realizadas nos partos humanizado e nos “partos frio” que seria o parto antagonista ao humanizado. Condutas como enema, tricotomia no parto frio são rotineiras e frequentes e no humanizado aplica-se somente sob solicitação da gestante. Acesso venoso periférico preventivo é realizado frequentemente no frio e é ausente no humanizado. O toque vaginal é realizado rotineiramente no parto frio, independente da real necessidade, enquanto que no humanizado é realizado somente durante as contrações e com autorização prévia da parturiente.

No contexto de abreviamento do trabalho de parto, verificamos que os resultados dessa pesquisa corroboram com o estudo qualitativo de Frigo et al. (2014), onde as mulheres ao serem questionadas sobre o conhecimento prévio do procedimento de episiotomia, identificou-se que 50% desconhecem o procedimento, e os outros 50% conhecem e já realizaram o procedimento. No que diz respeito a informações fornecidas no pré-natal sobre a episiotomia, obtiveram como resposta, 28,6% foram orientadas sobre o procedimento e os cuidados após o parto e 71,4% não receberam qualquer informação sobre essa prática.

No panorama brasileiro, acredita-se que quase todas as nulípara sejam submetidas a episiotomia, para tal prática, alega-se que há redução da probabilidade de lacerações perineais do terceiro grau, preservação da musculatura perineal e função sexual, além da redução de incontinência fecal e urinária (BRASIL, 2014). Nesse viés, de acordo com uma revisão sistemática Cochrane, citada por Sabatino (2014), incluindo 12 estudos (6177 mulheres), acreditar que a episiotomia de rotina reduz o trauma perineal / vaginal não é justificada pelas evidências científicas atuais, há carência de indícios que comprovem qualquer benefício do uso rotineiro desta cirurgia, tanto para as gestantes quanto para seus bebês.

Várias pesquisas abordam o nível de contentamento das mulheres diante às diversas intervenções durante o trabalho de parto e parto. Nesse contexto, a episiotomia tem sido considerada um dos fatores que contribuem para uma avaliação negativa da assistência nesse momento (SABATINO, 2014). Essa prática é percebida pelas mulheres como um procedimento invasivo e doloroso, que ocasiona medo na parturiente. As mulheres demonstram medo pelo corte que é realizado, mesmo que desconheçam as repercussões advindas deste, associam este medo tanto à dor física quanto a alterações em sua genitália (MONTE; RODRIGUES, 2013).

A manobra de Kristeller, apresentada em 1867, consiste na aplicação de uma força externa com as mãos e/ou braços pelo profissional no fundo do útero, tal pressão é empregue concomitantemente com as contrações uterinas, objetivando empurrar a apresentação fetal no canal de parto quando os esforços maternos parecem ser insuficientes (DÍAZ, 2011).

Acreditamos que essa prática não é inofensiva e verifica-se que ainda é comum sua utilização pelos profissionais que assistem a mulher em trabalho de parto. O principal fator apontado a sua utilização seria o de encurtamento do segundo período de trabalho de parto, no entanto, as evidências consultadas apresentam que não existem diferenças significativas no tempo do segundo período de trabalho de parto com a manobra de Kristeller (SARTORE et al., 2012).

Um estudo realizado no Maharishi Markendeshwar Institute of Medical Sciences and Research, Mullana, (Ambala, Índia) com 209 primíparas dispostas em 2 grupos (grupo I, submetidas a pressão no fundo uterino; grupo II, não submetidas a pressão) revelou que o tempo do segundo período de trabalho de parto não distinguiu expressivamente entre os grupos, tendo como resultado 49 minutos no grupo I e 48 minutos no grupo II. Além de revelar intercorrências no primeiro grupo, como prolapso uterino e retenção urinária no pós-parto. (MAHENDRU, 2010)

O Ministério da Saúde por meio da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal publicada em 2017, recomenda a não utilização da Manobra de Kristeller, visto que não existem provas do seu benefício, mas sim de que tal manobra constitui um fator de risco de morbidade materna e fetal, considerando ainda que sua realização durante a segunda etapa do parto deve ser limitada a protocolos de investigação desenhados para avaliar sua eficácia e segurança para a mãe e o feto (BRASIL, 2016). Mesmo diante dessas recomendações, no estudo de intervenção quase experimental de Cortes et al. (2018) com 280 puérperas, verificou-se que em 20,7% das entrevistadas ainda se utilizou essa prática.

A gestante deve ser informada a respeito dos riscos e benefícios das práticas e intervenções durante trabalho de parto e parto, como por exemplo, o uso da ocitocina. A correção da dinâmica uterina com ocitocina somente deve ser aplicada quando houver uma indicação precisa (FRIGO et al., 2013). Entretanto, reconhece-se que essa droga é utilizada para acelerar o parto de forma rotineira e associada a diversas outras intervenções (ZORZAM, 2013). Sob uma perspectiva negativa do trabalho de parto, o uso da ocitocina é um instrumento de encurtamento do “sofrimento” proporcionado pela dor (DINIZ, 2009). Essa ação indiscriminada além de aumentar a incidência de cesarianas, piora a dor e está vinculada à graves riscos para a mulher e seu bebê (ZORZAM, 2013).

Geralmente associada ao uso da ocitocina, tem-se a realização da amniotomia, que por vezes é feita antes da dilatação cervical completa e, frequentemente, utilizada para acelerar o trabalho de parto, mas a eficácia dessa intervenção não foi comprovada e ainda é questão de debate e investigação (CORTES et al., 2018). Uma revisão sistemática com 5.390 mulheres, objetivou mostrar se tal procedimento reduz o número de cesáreas em gestação de risco habitual e se melhora a satisfação da mulher. As práticas incluíram a amniotomia de rotina, infusão de ocitocina e apoio individual no trabalho de parto. Os autores concluíram que o manejo ativo está associado à pouca redução na taxa de cesariana, todavia é altamente prescritivo e intervencionista, sendo necessários mais estudos para avaliar aceitabilidade desse manejo pelas parturientes (BROWN et al, 2013 apud. CORTES et al., 2018).

Desta forma, a amniotomia antecipada, estando associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de rotina em mulheres que estejam em boa progressão no trabalho de parto. Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considera-se a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras (BRASIL, 2016).

No contexto da formação vínculo mãe e bebê, Rosa et al. (2010) em seu estudo com puérperas, evidenciou que o recebimento da criança é um momento importante e crucial porque propicia o reconhecimento entre mãe e filho e estimula os sistemas sensórios do bebê. Ao verem o filho pela primeira vez, as mães sentem vontade de tocá-lo, e, ao se sentirem acariciados, os bebês se acalmam e começam a perceber com tranquilidade o novo mundo. Marciano e Amaral (2015) afirma que essas manifestações corporais, visuais, vocais e faciais são fundamentais no processo interativo mãe-filho. É por meio dessas modalidades de contato que o bebê e sua mãe estabelecem os vínculos afetivos, apontando ainda mais a importância do contato físico entre estes.

A Organização Mundial da Saúde (2009), recomenda o contato pele a pele dos recém-nascidos com as mães na primeira hora de vida, imediatamente após o parto, assim como o encorajamento à amamentação. Boccolini et al. (2013) afirma que esta prática pode reduzir em 22% a mortalidade neonatal, sendo que quanto mais se prorroga o início do aleitamento materno, maiores as chances de mortalidade neonatal causadas por infecções.

Rosa (2011), em seu estudo qualitativo com 15 profissionais de saúde da obstetrícia realizado em um Centro Obstétrico de uma Maternidade pública de Santa Catarina, conclui que os profissionais da saúde, na sua maioria, estão sensibilizados sobre a importância do estabelecimento do primeiro contato mãe e filho e que o enfermeiro é o principal mediador de tal.

De acordo com os estudos analisados, o clampeamento tardio do cordão umbilical pelo menos um minuto após o nascimento em recém-nascidos resulta em uma quantidade significativa de sangue que passa da placenta para o bebê, a chamada transfusão placentária, além de aumentar o peso dos bebês uma média de 101 g devido a transferência de 96 ml de sangue. Conseqüentemente, após 48 horas do nascimento os níveis de hemoglobina apresentam-se altos e durante a infância a deficiência de ferro é menos frequente. (MCDONALD et al., 2013; STEFFEN, 2012)

As Diretrizes do parto normal, preconiza realizar o clampeamento do cordão umbilical entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contraindicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal. Este

manual foi construído baseado nas evidências científicas mais atuais acerca da temática. (BRASIL, 2017)

A Aliança Internacional dos Comitês de Reanimação (Ilcor) assim como outras associações médicas também preconizam tal prática, visto que o clampeamento tardio pode contribuir para um melhor êxito das manobras de reanimação. Dessa forma, conclui-se que na maioria dos casos, o cordão não deve ser clampeado antes do 1º minuto de vida da criança. (PERLMAN et al., 2010)

Se o bebê for mantido sobre o abdome ou tórax da mãe, o clampeamento tardio resulta em uma transfusão placentária equivalente à dos bebês mantidos no nível do introito vaginal promovendo, ao mesmo tempo, o contato materno-infantil imediato, uma vez que não há necessidade de manipulação do recém-nascido pelo profissional nos primeiros minutos da sua vida, o que potencialmente aumenta a ligação entre mãe e bebê e o sucesso da amamentação. Ressaltando que, ainda assim, a monitoração da posição e respiração dos bebês durante esses primeiros minutos é essencial (DAVANZO et al., 2014).

Segundo recomendações da OMS (2014) todas as parturientes devem receber uterotônicos durante a terceira fase do parto para a prevenção da hemorragia pós-parto, a ocitocina, 10 UI intramuscular, é recomendada como o fármaco uterotônico preferencial, pois está associada com menos efeitos colaterais, devendo ser administrado após o desprendimento da criança e antes do clampeamento e corte do cordão.

4.2 AÇÃO EDUCATIVA

Para que as participantes pudessem tirar dúvidas quanto ao conceito do parto humanizado e boas práticas obstétricas, segundo informações e recomendações do Ministério da Saúde, realizou-se, logo após a coleta de dados ações educativas a respeito do tema. Tais ações aconteceram na sala de espera da UMS e sempre antes das consultas de pré-natal realizadas pelas enfermeiras. Destas ações, todas as participantes que preencheram o instrumento de coleta de dados se fizeram presentes.

Para tal, elaboramos previamente alguns materiais que serviram de apoio para a construção do conhecimento. Primeiramente, baseado nas sentenças do instrumento de coleta de dados, preparamos um Flip-chart, contendo os principais tópicos referentes às condutas realizadas durante o processo de parturição, seja no pré, intra ou pós-parto (Imagem 01), além disso, o material continha alguns esclarecimentos acerca dos direitos da gestante. Com o objetivo de facilitar a interação e não apenas repassar informações, construiu-se, também, um painel com o título “Parto Humanizado” (Imagem 02), o qual possibilitou a dinâmica

participativa. Além disso, confeccionamos alguns brindes para serem distribuídos ao final de cada momento educativo, como forma de agradecimento pela participação do estudo.

As ações iniciavam sempre com a dinâmica ‘‘quebra-gelo’’, onde as gestantes eram convidadas a escolherem frases, variadas entre atitudes corretas e incorretas, que de acordo com a percepção delas eram julgadas como condutas coerentes diante da realização de um parto humanizado. Estas sentenças estavam escritas em fragmentos de papel dispostas sobre uma mesa, em seguida, após analisarem os conteúdos, as mulheres anexavam os papéis no painel. Todavia, salientamos que apesar das frases serem pré-estabelecidas, havia total liberdade para que elas escrevessem sentenças próprias.

A partir desse momento, utilizou-se as frases anexadas pelas gestantes para iniciar a discussão e a partir disso iniciava-se a construção do conceito de humanização no parto e então, esclarecer as práticas que estão em acordo e desacordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (Imagem 3), durante todo o processo parturitivo. Além disso, eram fornecidas orientações acerca das leis que as amparam, tais como, lei do acompanhante (lei nº 11.108/2005) e da vinculação à maternidade (lei nº 11.634/2007).

Percebemos que houve total adesão das participantes durante as ações e, no decorrer destes momentos, as mesmas demonstravam-se atentas e interessadas em compreender todas as boas práticas obstétricas, e em diversas ocasiões observou-se que elas traziam consigo experiências acerca dos tópicos abordados, mesmo tratando-se das nulíparas, pois estas baseavam-se em relatos de familiares ou conhecidos.

Acredita-se que os assuntos de maior interesse do público estavam relacionados às ações no intraparto, onde em geral, eram relatadas situações traumáticas ocorridas com elas ou como dito anteriormente, com pessoas próximas. As práticas mais relatadas eram: episiotomia, puxos dirigidos, litotomia, manobra de Kristeller. O discurso corroborou os achados no resultado da pesquisa, pois constatamos que elas sabiam que se tratavam de condutas errôneas devido as dores e/ou desconfortos ocasionados.

Imagem 1: Materiais de apoio



Fonte: Autoria própria, 2017

Imagem 2: Painel “Parto Humanizado”



Fonte: autoria própria, 2017

Imagem 3: Preparação para início da ação



Fonte: Autoria própria, 2017

Imagem 4: Discussão sobre as diretrizes do MS



Fonte: autoria própria, 2017

Quadros, Reis e Colomé (2016), perceberam em sua pesquisa que as gestantes que haviam sido acompanhadas por enfermeiro e/ou residentes obstétricos, durante o pré-natal e parto, sentiram-se mais confiantes e preparadas para a experiência do parto e com o cuidado com o recém-nascido, devido às instruções que receberam. Esses profissionais buscam utilizar práticas obstétricas voltadas à humanização do trabalho de parto e parto, mas também implementar métodos não farmacológicos para o alívio da dor (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Este fato mostra a magnitude da importância do profissional enfermeiro dentro do processo de ensino aprendizagem, como promotor de atividades de educação em saúde, visando fortalecer a mulher para uma escolha consciente durante o pré-natal, assim como para o reconhecimento de situações de violência obstétrica e encorajamento para intervir nesses casos (LIMA; CASTRO, 2017).

Bessa (2010) afirma que a ação educativa se caracteriza como uma estratégia para a humanização do parto. Assim sendo, é conveniente destacarmos alguns fatores considerados relevantes, a exemplo da necessidade de reconstruírem-se alguns conceitos culturais e socialmente aceitos a respeito do parto, como o parto envolver sofrimento e medo, representar risco, ser um evento patológico, simbolizar dor, ser um procedimento médico onde a família não tem lugar e que necessita de alta tecnologia; bem como a necessidade de implementar-se ações que possibilitem o conhecimento sobre o processo parturitivo, as rotinas hospitalares e os direitos da cliente como cidadã.

5 CONCLUSÃO

Quanto às respostas sobre o conceito de parto humanizado de acordo com o Ministério da Saúde, constatou-se que nenhuma gestante pôde proporcionar uma resposta completa em conformidade com a concepção fornecida, além disso, apenas dez gestantes, responderam parcialmente esse conceito. Entretanto, percebemos que mesmo não sabendo conceituar parto humanizado, elas em sua maioria, sabem e reconhecem as práticas que são benéficas a elas e a seus bebês. Demonstrando que esse preceito não pode ser concebido como um “tipo de parto” ou como algo quadrado e pré-estabelecido, mas sim, deve ser entendido como um processo a ser construído entre a Gestante, seus familiares e o profissional da saúde.

No tocante às intervenções que as gestantes da UMS Icoaraci reconhecem como adequadas durante a gestação e parto, percebemos que elas legitimam seus direitos, da mesma forma, que identificam todos os procedimentos que reforçam o vínculo mãe-bebê como algo que deve ser praticado. Em alguns pontos, houve ambiguidade nas respostas, principalmente no que se relaciona à sua autonomia de movimentação e posição durante esse momento, onde deduzimos ser reflexo da hegemonia da medicalização do trabalho de parto, que percebe o profissional como único detentor de conhecimento verdadeiro. Isso demonstra a grande importância de o profissional sempre estar atualizado com as evidências científicas mais recentes, a fim de poder orientar da melhor forma possível.

No que tange as condutas consideradas inadequadas, constatamos que boa parte das práticas prejudiciais ou utilizadas erroneamente de forma rotineira por parte dos profissionais foram percebidas de forma negativa, a exemplo medidas para acelerar o trabalho de parto, como amniotomia, manobra de Kristeller, ocitocina e episiotomia. No entanto, nos chama a atenção a alta porcentagem dessas repostas que ainda são julgadas adequadas mesmo sendo seus usos considerados inadequados ou restritos pelo Ministérios da Saúde, isso aconteceu em alguns casos, como na realização de episiotomia, lavagem intestinal e Kristeller. Isso demonstra que muito precisa ser feito para ocorrer mudança de paradigmas, a fim de obtermos partos verdadeiramente humanizados.

Durante o desenvolvimento desse trabalho, encontramos dificuldades em obter estudos que corroborassem a temática semelhante a este estudo, em razão de haver poucas literaturas nas bases de dados pesquisadas, visto isso, destacamos a importância de produzir mais pesquisas para somar às poucas existentes, esperamos assim, estimular a continuidade destes estudos.

A partir das ações educativas promovidas, percebemos o quão imprescindível é o papel do enfermeiro enquanto agente promotor de educação em saúde, constatamos que

estimular essa prática é abrir um espaço para troca de experiências, de tal forma que o profissional deixa de ser o único detentor de conhecimento e a gestante torna-se verdadeiramente protagonista do seu pré-natal, trabalho de parto e parto.

Evidenciamos o quanto as gestantes são ricas em vivências, seja por experiências próprias, vividas através de outras gestações, ou por intermédio de mães, tias, amigas, etc. Tais vivências não podem ser abolidas ou ignoradas, mas sim cultivadas, a fim de que possamos transformar o atual cenário obstétrico intervencionista, tornando, dessa forma, a experiência da gestação mais prazerosa, minimizando os medos e inseguranças advindos desta.

Com a execução da ação educativa, as mulheres puderam reforçar seus conhecimentos sobre seus direitos, alguns aspectos da fisiologia de seus corpos durante esse período e sobre diversas condutas que são realizadas durante o processo parturitivo, e que permeiam suas mentes sob a forma de muitas dúvidas.

Concluimos, portanto, que há a necessidade de uma extensiva promoção da educação em saúde para este público, uma vez que todos os resultados encontrados no atual estudo refletem a sua relevância, pois promove orientação, esclarecimento e fortalecimento à autonomia da mulher durante esse ciclo. Acredita-se que a partir do fortalecimento da prática dessas ações, conseqüentemente teríamos o reflexo positivo nos indicadores de morbi/mortalidade materno-infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p.39-52, fev. 2005.

BASEVI, Vittorio; LAVENDER, Tina. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 4. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236.

BESSA, Lucineide Frota. AÇÃO EDUCATIVA: UMA PERSPECTIVA PARA HUMANIZAÇÃO DO PARTO? **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, p.11-22, dez. 2010.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 89, n. 2, p.131-136, mar. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.005>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto nascer**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília-DF 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1ª edição. Brasília-DF 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. **Humanização do parto e do nascimento**. Volume 4. Brasília-DF 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº1.459/GM, de 24 de junho de 2011: **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº569/GM, de 1 de junho de 2000: **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº570/GM, de 1 de junho de 2000: **Institui o componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento – Incentivo à Assistência Pré-natal no âmbito do Sistema Único de Saúde**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**– Brasília: 2017. p.51: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher 2006**. Brasília-DF 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. 3ª edição. Brasília-DF 2000

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: 2004.

CARVALHO, Elisabete Mesquita Peres de; GÖTTEMS, Leila Bernarda Donato; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Adherence to best care practices in normal birth: construction and validation of an instrument**. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 49, n. 6, p.889-897, dez. 2015.

CARVALHO, Vanessa Franco de et al. **Direitos das parturientes: conhecimento da adolescente e acompanhante**. *Saúde e Sociedade*, [s.l.], v. 23, n. 2, p.572-581, jun. 2014.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - CONITEC. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016b. Disponível em: Acesso em 09 jun 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 223 de 03 de dezembro de 1999. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal**. Brasília, 1999. Acesso em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen2231999_4266.html. Acessado em: 09 jun. 2018.

COOPER, Kerry. Exploring the effects of second stage management from the maternal and midwifery perspectives: are there any benefits to directing women? **MIDIRS Midwifery Digest**, v.26, n.2. p. 209-216. 2016.

CORTES, Clodoaldo Tentes et al . Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 26, e2988, 2018 .

DAVANZO, Riccardo et al. Making the First Days of Life Safer. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], v. 31, n. 1, p.47-52, 22 out. 2014. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0890334414554927>.

DESBESEL, Livia Lemos. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto em um hospital universitário**. 2013. 51 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

DIAS, Marcos Augusto Bastos; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 699-705, Set. 2005. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300026&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 30 Ago. 2017.

DÍAZ, Cristóbal Rengel. La Manobria de Krieteller: Revisión de las evidencias científica. **Matronas Profesión**, Málaga, v. 3, n. 12, p.82-89, maio 2011.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.19, n.2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.140-153, ago. 2014.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. São Paulo. V.19, n.2, p. 313-326. 2009.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. Vol. 10, n. 3, 2005, p. 627-637

DINIZ, Simone. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Recife, v. 7, n. 6, p.119-127, jul. 2013

DULFE, Paola Amorim Malheiros. et al. Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v.21, n.4, p. 01-08. Out/dez 2016.

FERREIRA, Marcela Flávia de Souza. **Parto normal: ações de enfermagem para uma assistência humanizada**. 2016. 124 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2016.

FREITAS, Giselle Lima de et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.i.], v. 2, n. 11, p.424-428, maio 2009.

FRIGO, Jucimar et al. Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. **Brazil Journal Surgery Clinical Res**. V.6, n. 2, p.05-10. Mar/Mai, 2016.

FRIGO, Jucimar et.al. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n.4, p. 761-6. Out/Dez 2013.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.774-782, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000400022>. GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HAMILTON, Cathy. Using the Valsalva technique during the second stage of labour. **British Journal Of Midwifery**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.90-94, 2 fev. 2016. Mark Allen Group. <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2016.24.2.90>.

JARDIM, Mara Julyete Arraes. **No pré-natal, em nível operacional, o que se preconiza é a oferta de ações educativas que capacitem à mulher ao evento natural que se aproxima, e ao empoderamento acerca do seu corpo**. 2016. 113 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

JONES, Ricardo Herbert. **Teamwork: An Obstetrician, a Midwife, and a Doula in Brazil. Birth Models That Work**, [s.l.], p.271-304, 6 abr. 2009. University of California Press. <http://dx.doi.org/10.1525/california/9780520248632.003.0011>.

LEAL, Maria do Carmo et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LEMONS, Adreia et al. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour (Review). **Cochrane Data Base Of Syst Rev**, [s.l.], 2015: CCD009124. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>.

LIMA, Priscilla de Melo; CASTRO, José Flávio de Lima. Orientações no pré-natal de baixo risco acerca do parto humanizado: um estudo comparativo entre duas Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, v. 19, n. 2, p.115-123, Junho 2017.

LUCAS, Maria Tamires Barroso et al. Nursing care during labor in a model maternity unit: cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 32-40, apr. 2015.

MAHENDRU, Rajiv. Shortening the second stage of labor? **Journal Of The Turkish German Gynecological Association**, Ambala, v. 11, n. 2, p.95-98, 1 jun. 2010. Galenos Yayinevi. <http://dx.doi.org/10.5152/jtgga.2010.07>.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2010. 189 p.

MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela; DOTTO, Leila Maria Geromel. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 331-336, June 2007.

MARCIANO, Rafaela Paula; AMARAL, Waldemar Naves do. O vínculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto: uma revisão sistemática de artigos empíricos publicados na língua portuguesa. **Femina**, Goiânia, v. 43, n. 4, p.156-159, ago. 2015.

MARQUE, Flavia Carvalho; DIAS, Ieda Maria Vargas; AZEVEDO, Leila. A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, [s.i.], v. 10, n. 3, p.439-447, dez. 2006.

MATEI, Elizabete Martins et. al. Parto humanizado: um direito a ser respeitado. **CADERNOS - Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, 2003.C

MCDONALD, Susan J et al. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [s.l.], p.287-383, 11 jul. 2013. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd004074.pub3>.

MONGUILHOTT, J.J.C.; BRÜGGEMANN, O.M.; FREITAS, P.F.; D'ORSI, E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.52, n.1, Jan. 2018.

MONTE, A.S.; RODRIGUES, D.P. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 3, p. 265-276, set./dez. 2013.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al . A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 4, p. 452-455, Ago. 2007 . Acessado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400018&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 30 Ago. 2017.

MOUTA, Ricardo José Oliveira. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Revista Enfermagem Ufrj**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, p.472-476, dez. 2008.

NUNES, V. Delgado et al. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. **Bmj**, [s.l.], v. 349, n. 036, p.6886-6886, 3 dez. 2014. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g6886>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996. 53 p. il.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto**. Genebra, 2014.

O'SULLIVAN, G. et al. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. **Bmj**, [s.l.], v. 338, n. 242, p.784-784, 24 mar. 2009. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b784>.

PERLMAN, J. M. et al. Part 11: Neonatal Resuscitation. **Circulation**, [s.l.], v. 122, n. 162, p.516-538, 17 out. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.110.971127>.

PIMENTA, Selma G e FRANCO, Maria A. Santoro. **Pesquisa em educação. Possibilidades investigativas/formativas da pesquisa-ação**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

QUADROS, Jacqueline Silveira de; REIS, Thamiza Lauriany da Rosa dos; COLOMÉ, Juliana Silveira. Obstetrical nursing and health education: contributions to the experience of process of parturition. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s.l.]santa Maria, Rs,

v. 17, n. 4, p.451-458, 8 set. 2016. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000400003>

REBELLO, Maria Tereza Maia Penido; RODRIGUES NETO, João Felício. A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 188-197, Junho 2012. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000400006&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 01 Ago. 2017.

REVEIZ, Ludovic; GAITÁN, Hernando; CUERVO, Luis. Enemas during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4

RIOS, Claudia Teresa Frias et al. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.477-486, abr. 2007.

RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro et al. Temporal and spatial evolution of maternal and neonatal mortality rates in Brazil, 1997–2012. **Jornal de Pediatria (versão em Português)**, [s.l.], v. 92, n. 6, p.567-573, nov. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpdp.2016.05.014>.

ROSA, Rosiane da. **O papel da equipe de saúde na formação do vínculo recém-nascido, mãe e pai.**2011. 20 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Palhoça, 2011.

ROSA, Rosiane da; MARTINS, Fernanda Espindola; GASPERI, Bruna Liceski. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Santa Catarina, v. 14, n. 1, p.105-112, mar. 2010.

SABATINO, H. (Org.). **Atenção ao nascimento humanizado baseado em evidências científicas: paradigmas do nascimento.** Manaus: Grafisa, 2014.

SANTOS, Débora Souza et al. Sala de Espera para Gestantes: uma Estratégia de Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Alagoas, v. 36, n. 2, p.62-67, nov. 2010

SANTOS, Eliene Correia Pereira dos et al. Conhecimento e aplicação do direito do acompanhante na gestação. **Enfermagem em Foco**, [s.l.], v. 7, n. 3/4, p.61-65, nov. 2016.

SANTOS, Regiane Veloso et al. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.652-660, dez. 2009.

SARTORE, Andrea et al. The effects of uterine fundal pressure (Kristeller maneuver) on pelvic floor function after vaginal delivery. **Archives Of Gynecology And Obstetrics**, [s.l.], v. 286, n. 5, p.1135-1139, 30 jun. 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-012-2444-x>.

SEIBERT, Sabrina Lins; BARBOSA, Jéssica Louise da Silva; SANTOS, Joares Maia dos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Medicalização X Humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 13, n. 2, p. 245-251. 2005.

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.424-431, 2015

SILVA, Livia Nornyam Medeiros da; SILVEIRA, Ana Paula Knackfuss Freitas; MORAIS, Fátima Raquel Rosado de. PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO: ASPECTOS INSTITUICIONAIS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA. **Revista de Enfermagem Ufpe Online**, Recife, v. 8, n. 11, p.3290-3294, ago. 2017.

SILVA, Thayná Champe da et al. AS BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO ENASCIMENTO SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS. **Biblioteca Las Casas**, Rio Grande do Sul, p.123-145, nov. 2016.

SOUSA, Leilane Barbosa de et al. **Práticas de educação em saúde no brasil: a atuação da enfermagem**. **Rev. Enferm. Uerj**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 18, p.55-60, jan./mar. 2010.

STEFFEN, Elizandra Leal. Effect of delayed umbilical cord clamping on ferritin contents in sera from full-term infants aged 0, 3 and 6 months of life. **Revista Instituto Adolfo Lutz**, Santa Maria, v. 1, n. 71, p.160-165, jan. 2012.

TANAKA, Oswaldo Y.; Melo, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer**. Capítulo IV. São Paulo: Edusp, 2001

VERSIANI, Clara de Cássia et al. The meaning of humanized childbirth for pregnant women. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.1927-1935, 1 jan. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935>.

WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 717-725, dez. 2011.

World Health Organization. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO; 2018

World Health Organization. **WHO. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care**. Geneva, 2009 – section 4.

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Informação e escolhas no parto: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar**. 2013. Dissertação (Mestrado em ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

(Baseado na Resolução N° 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado,

Você foi selecionado para participar da pesquisa intitulada “CONHECIMENTO DE GESTANTES SOBRE O PARTO HUMANIZADO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA”. Esta pesquisa está sendo realizada pela docente da Universidade Federal do Pará (UFPA), profa. MSc. Elisângela da Silva Ferreira e pelas alunas de graduação em enfermagem da UFPA Tais Pereira da Costa e Milene Neves Soares, a qual servirá como parte das atividades desenvolvidas para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), e tem como objetivo descrever o conhecimento de gestantes sobre o parto humanizado.

Convidamos você a participar da pesquisa respondendo perguntas sobre a referida temática, na forma de um questionário. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem liberdade para não responder.

O presente estudo poderá trazer como riscos: constrangimento, desconforto, estresse e quebra de sigilo. A fim de minimizar esses riscos, garantimos que você poderá desistir a qualquer momento da pesquisa, que não terá sua identidade revelada e que os dados coletados serão utilizados apenas para o estudo, ficando sob responsabilidade das pesquisadoras e não serão repassados para terceiros. Para evitar a preocupação de que os dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas têm como única finalidade o estudo, e que os resultados serão descritos de forma sigilosa, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação. Nesta pesquisa não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Será garantido o ressarcimento de gastos decorrentes da sua participação na pesquisa. Em caso de danos decorrentes desta pesquisa, você receberá assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário, além de ser indenizado em caso de danos decorrentes do estudo.

Para tanto, na condição de participante, você poderá retirar o TCLE a qualquer momento, sendo que este ato não implicará em penalização. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas, assim como, afastar-se da pesquisa e todo o material gravado e/ou anotado será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase

do estudo, também não haverá nenhum pagamento por sua participação. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas. Os dados obtidos serão preservados por cinco anos e depois descartados.

O projeto desta pesquisa passou por apreciação e aprovação do Comitê de Ética do Núcleo de Pesquisas em Oncologia (Rua dos Mundurucus, 4487, nas dependências do Hospital Barros Barreto, prédio da UNACON, andar superior, telefone 3201-6778). Em caso de dúvida sobre este estudo, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Prof.^a MSc. Elisângela da Silva Ferreira, Tais Pereira da Costa e Milene Neves Soares, pelos números (91) 983954408/ 980327499/ 983573045, respectivamente.

Após a conclusão da coleta de dados, os mesmos serão analisados e será elaborado um trabalho pelos autores da pesquisa, o qual será divulgado para os trabalhadores envolvidos e para o meio acadêmico-científico.

Pesquisador responsável

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e compreendi as informações que me foram explicadas sobre o estudo em questão. Autorizo a gravação da entrevista, ficando claro para mim os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade permanente. Ficou evidente também que a minha participação não tem despesas, nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Autorizo a divulgação dos dados em eventos e publicações. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Confirmo, também, o recebimento de uma via deste TCLE, assinada por mim ou meu representante legal e pelo pesquisador, e rubricada em todas as páginas por ambos.

Belém, ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Nº _____

Qual sua idade?

1. () Até 19 anos 2. () 20 a 29 anos 3. () 30 a 39 anos 4. () 40 a 49 anos

Qual sua escolaridade?

1. () Ensino fundamental incompleto 2. () Ensino fundamental completo
3. () Ensino médio incompleto 4. () Ensino médio completo
5. () Ensino superior incompleto 6. () Ensino superior completo

Qual sua profissão/ocupação: _____

Qual seu estado civil?

1. () solteira 2. () casada 3. () separada 4. () sem registro 5. () união estável

Qual o número de partos?

1. () Nenhum 2. () Apenas um 3. () Dois 4. () Três 5. () Quatro 6. () >4

Qual a via de nascimento do(s) seu(s) filho(s)?

1. () Normal 2. () cesárea

Quantas consultas você já teve no pré-natal?

1. () Apenas um 2. () Dois 3. () Três 4. () Quatro 5. () Cinco 6. () 6 ou mais

Recebeu orientações sobre parto no pré-natal?

1. () Sim 2. () Não 3. () Mais ou menos 4. () Não sabe responder

Para você, o que é parto humanizado?

- _____
1. () Não sabe/nunca ouviu falar 2. () Resposta de acordo com a definição do MS
3. () Resposta não de acordo com a definição do MS

Segundo a Política do Parto Humanizado, marque:

A – para as condutas adequadas e corretas durante o trabalho de parto e parto;

I – para as condutas inadequadas e incorretas durante o trabalho de parto e parto.

- A gestante escolhe qual o local do parto
- O acompanhante será o pai da criança ou quem acompanhou durante as consultas
- A gestante só terá acompanhante após autorização do médico que for fazer o parto
- A gestante escolhe seu acompanhante durante o parto, seja quem for
- Ingerir líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
- não ingerir líquidos devido de risco de ir pra cirurgia
- Escutar os batimentos do feto de 15 em 15 minutos
- Caminhar pelos corredores do hospital
- Manter a gestante em repouso no leito
- Utilizar várias posições, de escolha da gestante
- Ficar na posição que for orientada pelos profissionais (médico e enfermeiro)
- Escolher a posição que vai parir, seja qual for
- Usar o “sorinho” pra acelerar o parto
- Usar injeção no pós parto (ocitocina) pra não ter hemorragia pós-parto
- Ser estimulada a usar a posição vertical (cócoras, semi-sentada, ...)
- Colocar o bebê no colo da mãe logo depois do nascimento
- Não colocar o bebê no colo da mãe logo depois do nascimento por risco de infecção
- Iniciar a amamentação logo depois do parto
- Não iniciar a amamentação logo depois do parto, primeiro os profissionais devem cuidar do bebê e liberar só depois de 1h
- Fazer lavagem intestinal para evitar defecar na hora do parto e infectar o bebê
- Ser puncionada (acesso venoso) logo que entrar no hospital
- Parir na posição ginecológica porque facilita o parto

- () Ser orientada quanto ao momento certo de fazer a força
- () Realizar o corte no períneo (episiotomia) para facilitar a saída do bebê
- () Romper a bolsa para acelerar o parto
- () Usar um aparelho o tempo todo para escutar os batimentos do coração do bebê
- () Não realizar o rompimento da bolsa, deixar romper sozinha
- () Cortar o cordão umbilical logo após o nascimento sob o risco de sufocar o bebê
- () Realizar toques vaginais de 30 em 30 minutos
- () Empurrar a barriga da mãe para ajudar o bebê sair

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESMA

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-SESMA aceita a realização do Projeto de Pesquisa de Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da **Universidade Federal do Pará - UFPA**, intitulado: **“CONHECIMENTO DE GESTANTES QUANTO AO PARTO HUMANIZADO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA”**, de autoria das discentes: **Raira da Silva Colombi e Verena Grazielle da Cruz Ferreira**, orientada pela **Prof. MSc Elisângela da Silva Ferreira**.

Entretanto é pertinente enfatizar que o Núcleo de Educação Permanente NEP/SESMA, emitirá a **AUTORIZAÇÃO DEFINITIVA** mediante parecer de aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Instituição de origem.

Belém, 28 de Novembro de 2016

Raimunda Silvia Gatti Norte

Raimunda Silvia Gatti Norte

Coordenação do Núcleo de Educação Permanente

Silvia Gatti Norte
Coordenadora do NEP/SESMA
Mat. 01234-01

Tv: Chaco, 2086, (Almirante Barroso e 25 de setembro)
Marco, CEP. 66093-543
E-mail: sesmagab@gmail.com
Tel: (91) 3184-6136

ANEXO II – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – ICS

UFPA - NÚCLEO DE PESQUISA
EM ONCOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE GESTANTES QUANTO AO PARTO HUMANIZADO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Pesquisador: ELISANGELA DA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64134916.3.0000.5634

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.966.931

Apresentação do Projeto:

O presente estudo objetiva identificar o conhecimento das gestantes sobre o parto humanizado antes e após ação educativa, utilizando metodologia do tipo pesquisa-ação, com abordagem quantitativa de caráter descritivo, usando um questionário com perguntas estruturadas. A coleta dos dados será realizada na Unidade Básica de Saúde de Icoaraci – Pará, com gestantes no terceiro trimestre de gravidez, cadastradas no programa de pré-natal.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o conhecimento sobre o parto humanizado e as boas práticas obstétricas, de acordo com a definição descrita pelo Ministério da Saúde para as gestantes atendidas no pré-natal da UMS de Icoaraci-PA.

Identificar o conhecimento de gestantes da UMS de Icoaraci-PA quanto à definição e diretrizes de humanização do parto e as boas práticas obstétricas, de acordo com o Ministério da Saúde, antes de ação educativa;

Realizar ação educativa sobre o parto humanizado para as gestantes participantes deste estudo.

Pontuar quais as intervenções adequadas e inadequadas no trabalho de parto e parto, de acordo com o Ministério da Saúde, são reconhecidas pelas gestantes, atendidas no pré-natal da UMS de Icoaraci;

Endereço: Rua dos Mundurucus, 4457

Bairro: GUAMA

UF: PA

Telefone: (91)3201-6776

Município: BELEM

CEP: 66.073-000

E-mail: cep.npo@gmail.com

UFPA - NÚCLEO DE PESQUISA
EM ONCOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.966.931

Mencionar se houve melhoria no conhecimento sobre humanização do parto e as boas práticas obstétricas, segundo o Ministério da Saúde, após ação educativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A presente pesquisa poderá trazer como riscos: constrangimento, desconforto, estresse e quebra de sigilo os quais as pesquisadoras se comprometem em minimizá-los orientando as participantes que poderão desistir a qualquer momento da pesquisa, não terão sua identidade revelada e que os dados coletados serão confidenciais e de conhecimento apenas das pesquisadoras responsáveis.

Benefícios: A pesquisa trará dados que contribuirão para o conhecimento as participantes e melhoria da assistência prestada, visto que será realizada uma ação educativa sobre o tema, bem como trazer benefícios para a Unidade onde será realizada a pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa apresenta tema relevante acerca do conhecimento de gestantes atendidas na UMS Icoaraci quanto ao "Parto Humanizado" e as práticas obstétricas adequadas de acordo com o Ministério da Saúde com possibilidade de trazer melhor entendimento e empoderamento das gestantes sobre as intervenções realizadas no trabalho de parto e parto e subsidiar melhoria na assistência prestada às gestantes

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

Recomendo correção de alguns erros ortográficos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Liberado

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução CNS nº466/2012 e suas complementares.

Ainda em atendimento à Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

Cabe ainda ao pesquisador:

Endereço: Rua dos Mundurucus, 4457	CEP: 66.073-000
Bairro: GUAMA	
UF: PA	Município: BELEM
Telefone: (91)3201-6776	E-mail: cep.npo@gmail.com

**UFPA - NÚCLEO DE PESQUISA
EM ONCOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 1.966.931

- 1- desenvolver o projeto conforme delineado;
- 2- encaminhar relatório semestral e, ao final, elaborar um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa;
- 3- apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;
- 4- manter sob sua guarda os dados da pesquisa em arquivo em arquivo físico ou digital, por um período de 5 (cinco) anos após o término do estudo;
- 5- justificar, perante ao CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_825721.pdf	24/01/2017 16:25:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	24/01/2017 16:25:22	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	24/01/2017 16:25:03	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	carta_CEP.pdf	03/12/2016 15:41:09	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	ISENCAO_ONUS.pdf	03/12/2016 15:40:19	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	03/12/2016 15:39:49	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_VERENA.pdf	03/12/2016 15:39:35	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_RAIRA.pdf	03/12/2016 15:39:14	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_ORIENTADOR.pdf	03/12/2016 15:38:57	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_ELISANGELA.pdf	03/12/2016 15:38:39	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sesma.pdf	03/12/2016 15:37:08	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	03/12/2016 15:36:45	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito

Endereço: Rua dos Mundurucus, 4457

Bairro: GUAMA

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.073-000

Telefone: (91)3201-6776

E-mail: cep.npo@gmail.com

UFGA - NÚCLEO DE PESQUISA
EM ONCOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 1.966.931

Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	03/12/2016 15:35:59	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
----------------	-----------------	------------------------	---------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 15 de Março de 2017

Assinado por:

Carlos Onete Coelho Moreira
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Mundurucus, 4457

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6776

E-mail: cep.npo@gmail.com

ANEXO III - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ – ICS – APROVANDO A SUBSTITUIÇÃO DE MEMBROS DA EQUPE

UFPA - NÚCLEO DE PESQUISA
EM ONCOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DE GESTANTES QUANTO AO PARTO HUMANIZADO: INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Pesquisador: ELISANGELA DA SILVA FERREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64134916.3.0000.5634

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.407.957

Apresentação do Projeto:

Projeto de estudo foi aprovado pelo parecer nº1.966.931 em 15/03/2017.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de emenda justificando a substituição de membros da equipe do estudo em questão.

Emenda aceita.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua dos Mundurucus, 4457, nas dependências do Hospital Barros Barreto, 2º piso , prédio da UNACON
Bairro: GUAMA **CEP:** 66.073-005
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-6778 **E-mail:** cep.npo@gmail.com

UFGA - NÚCLEO DE PESQUISA
EM ONCOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.407.957

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_952609 E1.pdf	11/07/2017 13:49:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	11/07/2017 13:47:45	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisadoras.pdf	11/07/2017 13:46:57	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	11/07/2017 13:46:38	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	04/07/2017 18:25:46	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	carta_CEP.pdf	03/12/2016 15:41:09	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Outros	ISENCAO_ONUS.pdf	03/12/2016 15:40:19	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	03/12/2016 15:39:49	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_ORIENTADOR.pdf	03/12/2016 15:38:57	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_ELISANGELA.pdf	03/12/2016 15:38:39	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	sesma.pdf	03/12/2016 15:37:08	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	03/12/2016 15:35:59	ELISANGELA DA SILVA FERREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 30 de Novembro de 2017

Assinado por:
Carlos Onete Coelho Moreira
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Mundurucus, 4457, nas dependências do Hospital Barros Barreto, 2º piso, prédio da UNACON
Bairro: GUAMA **CEP:** 66.073-005
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-6778 **E-mail:** cep.npo@gmail.com