



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

MARIANA FARIA GONÇALVES

**ATENÇÃO AO PARTO:**  
PREPARAÇÃO DURANTE O PRÉ-NATAL, ASSISTÊNCIA E  
DESFECHOS

---

Londrina  
2016

MARIANA FARIA GONÇALVES

**ATENÇÃO AO PARTO:  
PREPARAÇÃO DURANTE O PRÉ-NATAL, ASSISTÊNCIA E  
DESFECHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli

Londrina  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Gonçalves, Mariana Faria.

Atenção ao Parto: Preparação durante o Pré-Natal, Assistência e Desfechos / Mariana Faria Gonçalves. - Londrina, 2016.  
88 f.

Orientador: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.  
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem Obstétrica - Tese. 2. Cuidado Pré-natal - Tese. 3. Parto normal - Tese. 4. Cesárea - Tese. I. Cardelli, Alexandrina Aparecida Maciel. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

MARIANA FARIA GONÇALVES

**ATENÇÃO AO PARTO:**  
PREPARAÇÃO DURANTE O PRÉ-NATAL, ASSISTÊNCIA E  
DESFECHOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Alexandrina Aparecida  
Maciel Cardelli  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta  
Ferrari  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Sandra Marisa Pelloso  
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 02 de dezembro de 2016.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo amparo nos momentos difíceis e por me mostrar o caminho certo e as pessoas certas durante minha caminhada.

À minha família, representada por meus pais, Dirceu e Ana Beatriz, e meus irmãos, Lucas e Luciana, pelo apoio, incentivo e entendimento nos momentos de ausência.

Aos meus avós maternos, Iolando e Enny, e paternos, Dirceu e Cida, minha fonte inesgotável de amor, conforto e apoio incondicional.

Ao meu namorado, Angelo, pelo seu amor, paciência, alegria e cumplicidade.

À Prof. Alexandrina, pela oportunidade de ter sido sua orientanda, pelo direcionamento deste trabalho e pelo aprendizado para além do conhecimento científico.

À Prof. Rosângela Pimenta, pelo acolhimento e colaboração com o meu trabalho e minha caminhada profissional.

À Prof. Sandra Pelloso, pela lapidação destes manuscritos.

À Luciana Faria e Yolanda Ornellas, pela valiosa contribuição neste trabalho.

Às docentes do departamento de Enfermagem, em especial, Thelma Sodré, Daniela Biguetti, Maria Elisa Cestari, Catia Bernardy, Keli Fonseca, Marli Vannuchi, Sarah Hegeto, Flávia Pierre, Mauren Tacla, Adriana Zani, Gilselena Kerbauy, Márcia Karino, Mara Garanhani, Mara Solange, Ligia Fahl e Andréia Gastaldi que diariamente me motivam e me inspiram a ser a enfermeira que eu devo ser.

  Katia Vezozzo, pelo apoio e amizade.

Aos meus alunos, que me mostram o quanto a docência   bela e gratificante.

Aos meus amigos do mestrado, em especial, Luana Santos, Milena Lago, Jackeline Leôncio, Alessandro Scholze, July Anne e Marcela Birolim, que tornaram esta caminhada mais leve e divertida.

 s minhas queridas amigas, Andreia Sem ncio, Larissa Grispan, Pollyana Bortholazzi, Gisele Magnabosco, Fabiane Urizzi, Alessandra Vidotti, Juliana Caraco, Lislaine Assis, Talita Bengozi e Roberta Castro, com quem divido minhas

tristezas, alegrias e conquistas, especialmente, Luana Santos, minha parceira de outras vidas.

Ao Dr. Inácio Teruo Inoue, mestre e amigo, sempre pronto a me ouvir, ajudar e me orientar.

À Érica Mairene e Áurea Quirino, que iniciaram este grandioso trabalho, com dedicação e zelo.

À Márcia Silva, Izabel Lemos, Gabriela D'Óvídio e Aliny do Carmo, companheiras nesta pesquisa.

À coordenação e secretaria de Pós-Graduação, Profa. Maria do Carmo Haddad, Sandra Lage e Manuela, por todo apoio e cuidado que têm pelos mestrandos.

Às mulheres que participaram e contribuíram com este estudo.

A todos que buscam e lutam por um nascimento mais respeitoso, que através de suas pesquisas, publicações, fotos e depoimentos compartilham seus conhecimentos, enriquecem meu saber e transformam minha prática.

Meu sincero agradecimento.

**“Você nunca muda as coisas lutando contra a realidade existente. Para mudar alguma coisa, construa um novo modelo, que torne obsoleto o modelo existente.”**

Richard Buckminster Fuller

GONÇALVES, Mariana Faria. **Atenção ao parto:** Preparação durante o pré-natal, assistência e desfechos. 2016. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O acompanhamento pré-natal tem grande importância na educação em saúde e preparo da mulher para a maternidade e, juntamente com uma assistência ao parto segura e humanizada, garantem ao binômio desfechos mais satisfatórios. **OBJETIVO GERAL:** Analisar o acompanhamento e preparo para o parto durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde, a assistência ao parto e nascimento ofertada em uma maternidade referência para risco habitual e intermediário e os desfechos maternos e neonatais. **MÉTODOS:** Recorte transversal de uma coorte prospectiva. Coleta de dados realizada de julho a outubro de 2013 com 380 sujeitos, sendo 358 puérperas internadas em uma maternidade de risco habitual e intermediário e 22 profissionais da Enfermagem, por meio de formulário para transcrição de dados do prontuário hospitalar, cartão de pré-natal e entrevista estruturada. Análise dos dados realizada por meio do Teste Qui-quadrado ( $p \leq 0,05$ ) para busca de associações entre as variáveis independentes e dependentes [Orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal] e [Via de parto]. **RESULTADOS:** O pré-natal teve uma alta cobertura (85,5%) e início precoce em 71,8% dos casos, porém 52% das mulheres não receberam orientação para o parto. Houve significância estatística entre o recebimento de orientação para o parto e o número de consultas ( $p=0,028$ ), intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto ( $p=0,002$ ) e a adequação do pré-natal ( $p=0,024$ ). A unidade de análise sobre o conceito de Humanização do Parto mais prevalente entre os profissionais foi 'Tratar bem e oferecer suporte emocional' e nos cuidados extras prestados às parturientes, reforçaram a presença do profissional ao lado da mulher e deram ênfase para a orientação da parturiente e acompanhante. A concretização da humanização na prática mostrou-se falha, principalmente acerca da oferta de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e da garantia de autonomia da mulher. A taxa de parto normal foi de 74,6%, 13,7% das cesáreas ocorreram intraparto e 11,7% de forma eletiva, 4,2% dos partos foram assistidos pela enfermeira. Houve significância estatística entre a via de parto e a idade materna ( $p=0,0001$ ), histórico obstétrico ( $p=0,0001$ ), via de parto desejada ( $p=0,0001$ ), motivo pela preferência pela cesárea ( $p=0,013$ ), dilatação cervical na internação ( $p=0,040$ ), intercorrências intraparto ( $p=0,0001$ ) e no puerpério imediato ( $p=0,015$ ) e contato precoce com o bebê e sucção na sala de parto ( $p=0,0001$ ). **CONCLUSÕES:** A hipótese desse estudo comprovou-se, pois foi evidenciada falta de comprometimento com a qualidade do pré-natal e o preparo da mulher para o parto, necessidade de capacitação profissional para atuação mais humanizada e baseada em evidência científicas no parto, e que alguns desfechos maternos e neonatais foram desfavoráveis quando a mulher foi submetida à cesariana.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica. Cuidado pré-natal. Parto normal. Cesárea. Educação em Saúde.

GONÇALVES, Mariana Faria. **Childbirth Care:** pre-natal preparation, assistency and outcomes. 2016. 88p. Dissertation (Master's degree in nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Pre-natal monitoring has great importance in health education and woman's preparation to motherhood and, herewith a safe and humanized childbirth assistency, guarantee satisfactory outcomes to the binomial. **OVERALL OBJECTIVE:** To analyse the monitoring and prepare to childbirth during pre-natal care in Primary Health Care, offered assistency to parturition and birth in a reference maternity to habitual risk and the maternal and neonatal outcomes. **METHODS:** Cross-sectional cut of a prospective cohort. Data collection from July to October 2013 with 380 subjects, 358 being hospitalized puerperals in a habitual and intermediary risk maternity and 22 nursing professionals, through medical records data transcript form, pre-natal card and structured interview. Data analysis was held by chi-squared test ( $p \leq 0,05$ ) to find associations between the independent and dependent variables [Childbirth orientation during pre-natal care] and [Parturition way]. **RESULTS:** Pre-natal care had a high coverage (85,5%) and early start in 71,8% of the cases, however 52% of the women didn't receive childbirth orientation. There was statistical significance between receiving childbirth orientation and the number of consults ( $p=0,028$ ), interval between the last pre-natal consult and parturition ( $p=0,002$ ) and pre-natal adequacy ( $p=0,024$ ). The most prevalent category about Childbirth Humanization between the professionals was "To treat well and to offer emotional support" and in the extra care provided to parturients, the professional's presence alongside the woman and the orientation of the parturient and her companion were emphasized. The practice implementation of humanization came out flawed, mainly on the offer of non pharmacological methods to alleviate pain and on the guarantee of woman's autonomy. The rate of normal birth was 74,6%, 13,7% of the cesarean sections occurred intrapartum and 11,7% electively, 4,2% of the births were assisted by the nurse. There was statistical significance between the childbirth way and maternal age ( $p=0,0001$ ), obstetric history ( $p=0,0001$ ), preferred childbirth way ( $p=0,0001$ ), reason for cesarean section preference ( $p=0,013$ ), hospitalization cervical dilatation ( $p=0,040$ ), intrapartum ( $p=0,0001$ ) and immediate puerperium complications ( $p=0,015$ ) and early baby bonding and suction in the delivery room ( $p=0,0001$ ). **CONCLUSIONS:** The study hypothesis was validated, since it was evidenced lack of commitment with pre-natal quality and woman's preparation to childbirth, the need of professional qualification to a more humanized and based in scientific evidences childbirth performance, and that some maternal and neonatal outcomes were unfavourable when the woman was submitted to cesarean section.

**Keywords:** Obstetric Nursing. Prenatal Care. Natural Childbirth. Cesarean Section. Health Education.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **Estudo 1**

- Figura 1** – Frequência de orientações recebidas para o parto durante o acompanhamento pré-natal. Londrina, PR, 2016.....24

### **Estudo 2**

- Figura 1** – Distribuição das frequências das unidades de análise e sua relação com o relato dos cuidados extras oferecidos e com o conceito da Política Nacional de Humanização para o parto. Londrina, PR, 2016 .....39

## LISTA DE TABELAS

### Estudo 1

- Tabela 1** – Distribuição das características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das mulheres segundo as orientações para o parto recebidas durante o pré-natal. Londrina, PR, 2016..... 21
- Tabela 2** – Distribuição das variáveis do pré-natal segundo as orientações para o parto. Londrina, PR, 2016..... 23
- Tabela 3** – Distribuição do tipo de orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal. Londrina, PR, 2016 .....24

### Estudo 2

- Tabela 1** – Características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das puérperas atendidas em uma maternidade referência para risco habitual e intermediário. Londrina, PR, 2016 ..... 39
- Tabela 2** – Distribuição dos tipos de partos e profissionais que o assistiram. Londrina, PR, 2016..... 40
- Tabela 3** – Distribuição das práticas assistenciais durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato segundo informações dos prontuários e relatos das puérperas. Londrina, PR, 2016..... 40

### Estudo 3

- Tabela 1** – Distribuição dos dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos das puérperas conforme desfecho da via de parto. Londrina, PR, 2016..... 59
- Tabela 2** – Desejo das mulheres quanto à via de parto e os motivos relatados para esta preferência, distribuídos conforme a via de parto real. Londrina, PR, 2016..... 61
- Tabela 3** – Distribuição dos dados da internação e do trabalho de parto com o desfecho da via de parto. Londrina, PR, 2016 ..... 61
- Tabela 4** – Distribuição das indicações para a cesariana descritas nos prontuários e relatadas pelas mulheres. Londrina, PR, 2016 ..... 63
- Tabela 5** – Distribuição dos desfechos maternos e neonatais de acordo com o tipo de parto. Londrina, PR, 2016 ..... 63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimentos Cardíacos Fetais
DCP	Desproporção Céfalo Pélvica
MS	Ministério da Saúde
NMM	Near Miss Materno
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Práticas Baseadas em Evidências
PHPN	Programa de Humanização ao Parto e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Mulheres
PNH	Programa Nacional de Humanização
PPP	Pré-parto, Parto e Pós-parto
RC	Rede Cegonha
RMP	Rede Mãe Paranaense
SFA	Sofrimento Fetal Agudo
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
UIN	Unidade de Internação Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDO 1</b> .....	<b>17</b>
2.1	INTRODUÇÃO .....	19
2.2	MATERIAL E MÉTODOS .....	21
2.3	RESULTADOS .....	22
2.4	DISCUSSÃO .....	24
2.5	CONCLUSÃO .....	29
2.6	REFERÊNCIAS .....	29
<b>3</b>	<b>ESTUDO 2</b> .....	<b>32</b>
3.1	INTRODUÇÃO .....	34
3.2	MATERIAL E MÉTODOS .....	36
3.3	RESULTADOS .....	37
3.4	DISCUSSÃO .....	41
3.5	CONCLUSÃO .....	51
3.6	REFERÊNCIAS .....	52
<b>4</b>	<b>ESTUDO 3</b> .....	<b>56</b>
4.1	INTRODUÇÃO .....	57
4.2	MATERIAL E MÉTODOS .....	58
4.3	RESULTADOS .....	59
4.4	DISCUSSÃO .....	65
4.5	CONCLUSÃO .....	69
4.6	REFERÊNCIAS .....	70
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>73</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>75</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>78</b>
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	79

APÊNDICE B – Instrumento de Registro de Dados .....	81
<b>ANEXOS</b> .....	86
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa .....	87
ANEXO B – Autorização da Autarquia Municipal de Saúde .....	88

## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A experiência de gerar uma vida e se tornar mãe é um dos momentos mais marcantes e significativos para a maioria das mulheres. Buscar compreender o contexto em que a gestação está ocorrendo torna-se imperioso para adequar a assistência de saúde às necessidades da mulher (BRASIL, 2006; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

A gravidez e o parto, são eventos repletos de mitos e inseguranças, devendo o profissional de saúde que assiste a mulher e sua família, acolher e orientar conforme a demanda pessoal de cada gestante, estimulando a participação ativa da mulher no processo de gestar e parir (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; DOMINGUES et al., 2014; VALE et al., 2015).

Um componente primordial para garantir melhores desfechos maternos e perinatais é o acompanhamento das mulheres em consultas pré-natais. Além de assistir a evolução da gravidez, diagnosticar e tratar comorbidades, trata-se de uma oportunidade ímpar para a educação em saúde (BRASIL, 2006; DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014).

O Brasil, diante de diversas políticas públicas, já conquistou uma ampla cobertura de assistência pré-natal, porém ainda enfrenta alguns pontos com comprometimento da qualidade (BRASIL, 2006; COUTINHO et al., 2010; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). Muito se fala em humanização do parto, mas a mesma importância não é concedida à assistência pré-natal, momento em que o primeiro passo é dado para que o nascimento ocorra com segurança e prazer (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

O parto, que a partir da década de 60, deixou de ser realizado em casa e com o auxílio de parteiras, passou a acontecer dentro do ambiente hospitalar e com assistência médica, na tentativa de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e neonatal da época. Um momento que era vivenciado pela família, com intenso apoio físico e emocional, foi transformado em uma experiência de abandono, medo, falta de privacidade e inúmeras intervenções (LEISTER; RIESCO, 2013; SABATINO, 2014a).

Por este motivo, tornou-se um processo bastante temido pelas mulheres e envolto por expectativas, e que revela, entre outros fatores, o despreparo das mulheres, a falta de informação e, principalmente, a forma como estas

relacionam o parir ao sofrimento (BRASIL, 2001; LEAL et al., 2014a; VALE et al., 2015). A ansiedade com o parto também pode ser influenciada pela desarticulação entre os serviços de pré-natal e assistência ao parto e pelo excesso de tecnicismo, no lugar onde deveria existir acolhimento, escuta e preparo para a maternidade (AQUINO, 2014; BRASIL, 2006; VIELLAS et al., 2014).

O hospital, por ser um espaço tradicional de tratamento e cura de enfermos, segue a mesma lógica para as parturientes, impondo regras como o jejum, a restrição ao leite e o acesso venoso para a infusão de medicamentos (LEAL et al., 2014a). As parturientes são submetidas a um modelo que prioriza a tecnologia às relações humanas. Resignam-se a uma situação de passividade, onde intervenções desnecessárias e, muitas vezes prejudiciais, são inseridas para acelerar o processo de nascimento (AQUINO, 2014; LEAL et al., 2014b; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Neste contexto, apenas 5,6% das gestantes brasileiras de risco habitual conseguem ter um parto natural e esse número é ainda menor quando se trata de mulheres que estão dando à luz pela primeira vez (LEAL et al., 2014b; SERRUYA, 2014). Métodos muito simples e descritos há décadas como fortes aliados para a vivência do parto com mais tranquilidade ainda são pouco utilizados, como a privacidade, penumbra, banho morno, exercícios de respiração e relaxamento, massagens, deambulação e estímulo a posições mais verticalizadas no momento do parto (BRASIL, 2001; SABATINO, 2014a).

Quando a mulher e seu acompanhante são bem orientados sobre métodos de alívio da dor e têm uma participação ativa no processo, ao invés de ligar o parto somente ao medo e à dor, passam a aceitá-lo com mais tranquilidade, desfrutá-lo com prazer e segurança, e resgatam o nascimento como um momento natural e familiar (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; BRASIL, 2014).

Porém, a estrutura que temos hoje na maioria dos hospitais brasileiros não foi elaborada pensando na privacidade da mulher e de sua família, ficando os profissionais, inclusive, sobrecarregados com um número grande de parturientes em um mesmo quarto (SABATINO, 2014a).

A maior forma de intervenção no parto é a cirurgia cesariana, no qual o Brasil lidera o ranking mundial. A preocupação é com o número de cesáreas desnecessárias, que faz aumentar os desfechos negativos para a mãe e para o bebê. Entre eles estão a mortalidade neonatal; a prematuridade iatrogênica, quando

a cirurgia não ocorre intraparto; as internações em UTI neonatal e as altas taxas de morbimortalidade materna, decorrentes principalmente de hemorragias, especialmente em cesáreas de repetição, e de infecções puerperais (DOMINGUES et al., 2014; GAMA et al., 2014; LEAL et al., 2014a; LEAL et al., 2014b).

Quando a cesárea não é bem indicada, passa-se a ignorar o principal pilar da humanização, que é o respeito pelos processos fisiológicos do nascimento. Todavia, transforma-se em uma dupla forma de humanizar a atenção quando a cesárea é bem indicada para salvaguardar a vida e a saúde da mãe e do bebê que estão em risco (SABATINO, 2014b).

No cenário obstétrico brasileiro, o excesso de intervenções não está somente direcionado à mãe, mas também ao recém-nascido, o que faz com que logo após o nascimento, seja separado de sua mãe, impedindo o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida (LEAL et al., 2014b; MOREIRA et al., 2014).

Deve-se frisar também que as experiências negativas e traumáticas com o parto podem levar a distúrbios psicológicos, como a depressão pós-parto e problemas para aceitar, se envolver emocionalmente, cuidar e amamentar o filho, gerando um sofrimento para toda família (LEAL et al., 2014b; SABATINO, 2014b).

Portanto, o juramento Hipocrático "*Primum non nocere*", que significa "Primeiro, não causar o dano" é desrespeitado pelo fato de que os profissionais, mesmo tendo acesso ao conhecimento da prática baseada em evidências (PBE), continuam a não aceitar condutas que são recomendadas e a cometer intervenções sabidamente prejudiciais (SABATINO, 2014b).

Mesmo com o respaldo da legislação brasileira e o estímulo por parte do Ministério da Saúde (MS), apenas 15% dos partos no Brasil são assistidos por enfermeiras obstetras, o que corrobora com o cenário intervencionista e medicalizado (LEAL et al., 2014a; LEAL et al., 2014b).

Diante do apelo feminino e dos inúmeros desfechos negativos maternos e neonatais que este modelo de assistência acarreta, em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas obstétricas, orientando para o que deveria ser estimulado e o que deveria ser evitado durante a assistência ao parto, baseada em evidências científicas provenientes de pesquisas realizadas no mundo todo (OMS, 1996).

Desde então, o MS vem adotando iniciativas que visam

modificações no modelo de atenção ao parto no país, como a criação de portarias que regulamentam a presença do acompanhante de escolha da mulher (Lei nº 11.108 de abril de 2005) e a atuação da enfermeira obstetra nos partos de baixo risco (Lei do exercício profissional 7.498/86 e Decreto 94.406/87); incentivo financeiro para a criação de Centros de Parto Normal, para maternidades que controlam o número de cesarianas, para a adequação da estrutura física das instituições e para a capacitação de profissionais acerca das práticas de atenção obstétrica baseadas em evidências científicas (GOMES, 2014; LEAL et al., 2014a).

No ano 2000, o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), modelo que normatizou a assistência às gestantes, a vinculação do pré-natal ao parto, com discussão das práticas de saúde, organização e novos investimentos na assistência obstétrica (BRASIL, 2002).

Após uma década, foi lançada a Rede Cegonha (RC), que enfatizou a necessidade de readequação da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, frente à lenta redução da mortalidade materna e neonatal e baixa qualidade da assistência à saúde, principalmente no momento do parto (BRASIL, 2011; GOMES, 2014). Logo depois, a Rede Mãe Paranaense (RMP) foi implantada para organizar a atenção à saúde de gestantes e crianças do estado (PARANÁ, 2013).

Ambos os programas têm como estratégias a garantia de acompanhamento de pré-natal de qualidade, com acesso às consultas e exames, diagnósticos e tratamentos em tempo oportuno, vinculação com o local do parto a partir de uma estratificação de risco, alerta para o uso e preenchimento do cartão de pré-natal, incentivo ao parto normal, melhoria na qualidade da atenção ao parto, com a garantia de segurança e das boas práticas propostas pela OMS (BRASIL, 2011; PARANÁ, 2013). Porém, mesmo depois de comprovações científicas e incentivo político, nota-se que as intervenções durante o trabalho de parto e parto no Brasil são mais frequentes que as boas práticas (SERRUYA, 2014).

Logo, o grande desafio não está em produzir evidências, mas, sim, na sua transposição para a prática e conseqüente avaliação do impacto causado por esta mudança. Transposição esta que não se faz somente com transferência de conhecimentos, mas com mudanças de comportamento, de paradigma, de passar a enxergar o parto e o nascimento sob uma nova ótica (CÔRTEZ et al., 2015).

Este novo paradigma, por alterar as relações verticalizadas dos serviços de saúde, altera também o ambiente da assistência ao parto, que se torna

um local de compartilhamento de saberes e experiências da equipe multiprofissional e também da família. Assim, tem-se a intenção de fortalecer práticas mais humanizadas e menos técnicas, sem, é claro, deixar de lado os avanços conquistados para a garantia da segurança da mãe e do seu filho (SABATINO, 2014a).

Humanizar o atendimento é se contrapor à tecnificação e à medicalização e focar no indivíduo, acreditando na sua potencialidade para fazer escolhas e gerir os cuidados com o seu próprio corpo, ou seja, se co-responsabilizar pelo seu tratamento (ROSSI; LIMA, 2005; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). É também lançar mão de tecnologias leves no cuidado, flexibilizar a rigidez de protocolos hospitalares para acolher e satisfazer a paciente e sua família, que perpassam por um momento de grande fragilidade e ansiedade (ROSSI; LIMA, 2005).

Vivemos hoje um cenário desafiador, porém um período de transição extremamente fértil e promissor no que se refere à revisão de valores, conceitos e práticas (GOMES, 2014). Somado as iniciativas governamentais, eventos científicos, diversas pesquisas e documentários nacionais e internacionais que mostram êxitos e desafios na implantação de boas práticas de assistência, está o movimento de mulheres, presente nas ruas e nas redes sociais, que lutam a favor da humanização do nascimento e contra qualquer forma de violência de gênero, onde se inclui a violência obstétrica (BRASIL, 2014; GOMES, 2014; LEAL et al., 2014a).

Diante disso, a presente pesquisa é um recorte de uma coorte prospectiva que realizou o segmento da assistência a mulheres do pré-natal até o primeiro ano pós-parto, composta por quatro etapas. A primeira etapa ocorreu durante a internação das mulheres para o parto em uma maternidade referência para o risco habitual e intermediário; a segunda etapa acompanhou o retorno puerperal no ambulatório desta maternidade e na terceira e quarta etapas procedeu-se visita domiciliar com 42 dias e um ano de pós-parto.

Os manuscritos desta dissertação apresentarão os resultados da primeira fase da coorte, caracterizando-se como estudos transversais, cujo objetivo geral foi analisar o acompanhamento e preparo para o parto durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde, a assistência ao parto e nascimento ofertada em uma maternidade referência para risco habitual e intermediário e os desfechos maternos e neonatais.

Propõe-se como hipótese que o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde é insuficiente tanto no acompanhamento da gestação como no preparo da mulher para o parto; a assistência de enfermagem durante o trabalho de parto e parto são insatisfatórias no que concerne à humanização do atendimento; e os desfechos maternos e neonatais são desfavoráveis quando a mulher é submetida à cesariana ou quando tem um trabalho de parto e parto mal assistidos.

## 2 ESTUDO 1

### ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E PREPARO PARA O PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O acompanhamento pré-natal é um componente primordial na assistência as gestantes a fim de garantir melhores desfechos maternos e neonatais e tem grande importância para a educação em saúde e preparo da mulher para a maternidade. **OBJETIVO:** Analisar a relação entre a assistência pré-natal e as orientações para o parto recebidas pelas gestantes na Atenção Primária à Saúde. **MÉTODOS:** Estudo transversal analítico aninhado a uma coorte prospectiva. Coleta de dados realizada de julho a outubro de 2013 durante internação de 358 puérperas, por meio de formulário para transcrição de dados do cartão de pré-natal e entrevista estruturada. Análise dos dados realizada por meio do Teste Qui-quadrado ( $p \leq 0,05$ ). **RESULTADOS:** O pré-natal teve uma alta cobertura (85,5%) e início precoce em 71,8% dos casos, porém 52% das mulheres não receberam orientação para o parto. Houve significância estatística entre o recebimento de orientação para o parto e o número de consultas ( $p=0,028$ ), intervalo entre a última consulta pré-natal e o parto ( $p=0,002$ ) e a adequação do pré-natal segundo Coutinho ( $p=0,024$ ). **CONCLUSÕES:** Evidenciou-se a necessidade de capacitação da equipe multiprofissional e a inclusão da enfermeira obstetra na Atenção Primária à Saúde para melhor preparo da mulher para o parto.

**Palavras-chave:** Cuidado Pré-natal. Parto Normal. Educação em saúde. Enfermagem Obstétrica.

## PRE-NATAL ASSISTANCE AND CHILDBIRTH PREPARATION IN PRIMARY HEALTH CARE

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Pre-natal follow up is a primordial component in pregnant women support in order to ensure best maternal and neonatal outcomes and it has great importance to health education and woman preparation to motherhood. **OBJECTIVE:** To analyse the relationship between prenatal care and guidance for childbirth received by pregnant women in Primary Health Care. **METHODS:** Cross-sectional analytical study hosted by a prospective cohort. Data collection was held from July to October 2013, during 358 puerperal hospitalization, through an application form in order to transcript data from pre-natal card and structured interviews. Data analysis was performed by the chi-squared test ( $p \leq 0,05$ ). **RESULTS:** Pre-natal care had a high coverage (85,5%) and early start in 71,8% of the cases, however 52% of the women didn't receive childbirth orientation. There was statistic significance between receiving childbirth orientation and the number of appointments ( $p=0,028$ ), the interval between the last pre-natal consult and the birth ( $p=0,002$ ) and the pre-natal care adequacy ( $p=0,024$ ). **CONCLUSIONS:** It highlighted the need for training of the multidisciplinary team and the inclusion of the obstetric nurse in the primary health care to better prepare women for childbirth.

**Key words:** Prenatal Care. Natural Childbirth. Health Education. Obstetric Nursing.

## 2.1 INTRODUÇÃO

A experiência de se tornar mãe é um dos aspectos mais significativos na vida da mulher, tendo a gravidez como um período de intensas transformações (BRASIL, 2006; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

O acompanhamento pré-natal é um componente primordial na assistência às gestantes a fim de garantir melhores desfechos maternos e neonatais (BRASIL, 2012; DOMINGUES et al., 2012; PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013; POLGLIANE et al., 2014). Além disso, é neste momento que a mulher tem a oportunidade de se apropriar da fisiologia do seu corpo, da importância do parto normal, desconstruindo o senso comum de experiências negativas no momento do nascimento (GOMES, 2014).

A chegada de um filho deve ser um momento de celebração e prazer, porém, os indicadores perinatais e as experiências vividas por mulheres brasileiras neste momento mostram uma realidade preocupante, o que tem enfatizado o investimento em políticas públicas (BRASIL, 2006, GOMES, 2014).

No ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), modelo que uniformizou a assistência às gestantes e propôs a vinculação entre os serviços de pré-natal e parto (BRASIL, 2001). Em 2011 foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha (RC) e logo depois, no estado do Paraná, a Rede Mãe Paranaense (RMP), ambos com o objetivo de melhorar a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal e reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012, PARANÁ, 2013). Entre as recomendações propostas por estes programas na atenção pré-natal, incluem-se o atendimento acolhedor, captação precoce das gestantes (até o final do 1º trimestre), busca ativa de faltosas, mínimo de seis consultas, garantia de realização de exames complementares, prática de ações educativas, incentivo ao parto normal e redução da cesárea desnecessária, vínculo com o local do parto e registro adequado das informações no cartão da gestante (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; PARANÁ, 2013). Além disso, a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se responsável pela estratificação de risco, que classifica a gestante como de risco habitual, risco intermediário ou alto risco. Esta avaliação é permanente, devendo ser feita em toda consulta de pré-natal (PARANÁ, 2013).

Porém, mesmo com avanços na APS, alguns estudos brasileiros apontam falhas na atenção pré-natal, como dificuldades no acesso, início tardio, baixo número de consultas, orientações escassas, realização incompleta de procedimentos e falta de vínculo entre os serviços de pré-natal e parto, prejudicando a qualidade e a efetividade da assistência (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013; POLGLIANE et al., 2014; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011; SANTOS NETO et al., 2012 ; VIELLAS et al., 2014).

Portanto, frente à importância ímpar que o pré-natal tem, objetivou-se com este estudo analisar a relação entre a assistência pré-natal e as orientações para o parto recebidas pelas gestantes na Atenção Primária à Saúde.

## **2.2 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal analítico aninhado a uma coorte prospectiva, realizado em uma maternidade pública do sul do Brasil.

Foram incluídas puérperas de risco obstétrico habitual ou intermediário, internadas nesta maternidade e que residiam na zona urbana do município de Londrina. Para o cálculo amostral, considerou-se a população de 3.415 partos ocorridos nesta maternidade em 2012, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, obtendo-se um n de 358.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2013. Foi utilizado instrumento semiestruturado com dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos, informações sobre o acompanhamento pré-natal contidas no cartão da gestante e no relato das participantes da pesquisa sobre as orientações ofertadas para o parto e a vinculação com a maternidade de referência. Os dados referentes ao pré-natal seguiram a proposta de adequação deste atendimento baseada em Coutinho et al. (2010) que analisa as anotações do cartão da gestante para classificar a assistência em adequada, inadequada ou intermediária. Esta avaliação inclui a idade gestacional no início do pré-natal, o número de consultas realizadas, o intervalo entre a última consulta e o parto, o registro de resultados de exames laboratoriais, ultrassonografias e procedimentos clínico-obstétricos.

Os dados foram compilados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0, e analisados por meio do teste Qui-quadrado

para a busca de possíveis associações ( $p \leq 0,05$ ) entre as variáveis independentes e a dependente - Orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal.

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UUEL), CAAE: 19352513.9.0000.5231.

### 2.3 RESULTADOS

A maioria das puérperas era adultas jovens (53,9%), com escolaridade média (67,6%), ocupação não remunerada (58,9%), com companheiro (84,1%), renda familiar entre dois e três salários mínimos (46,1%) e multíparas (60,6%). Mais da metade das mulheres (52%) não receberam qualquer orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal, sendo que destas, 38,2% estavam gestando o primeiro filho (Tabela 1).

Não foi encontrada diferença estatística significativa entre o recebimento de orientação para o parto durante o pré-natal e as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas. Porém, vale apontar que as mulheres que tinham cesárea anterior foram menos orientadas (20,9%) para o parto durante o pré-natal do que as mulheres com parto normal anterior (43%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição das características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das mulheres segundo as orientações para o parto recebidas durante o pré-natal. Londrina, PR, 2016.

	Orientação para o parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Idade (em anos)</b>					
Até 19	36	20,9	40	21,5	0,817
De 20 a 34	119	69,2	124	66,7	
35 e mais	17	9,9	22	11,8	
<b>Situação conjugal</b>					
Com companheiro	143	83,1	158	84,9	0,641
Sem companheiro	29	16,9	28	15,1	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>					
Baixa (1 a 7 anos)	36	20,9	53	28,5	0,087
Média (8 a 11 anos)	121	70,3	121	65,1	
Alta (mais de 11 anos)	15	8,7	12	6,5	
<b>Condição de ocupação</b>					
Remunerada	74	43,0	73	39,2	0,469

Não remunerada	98	57,0	113	60,8	
<b>Renda familiar**</b>					
Até 1 salário mínimo	40	23,3	46	24,7	
De 2 a 3 salários mínimos	85	49,4	80	43,0	0,656
Mais de 3 salários mínimos	47	27,3	60	32,3	
<b>Paridade</b>					
Primíparas	70	40,7	71	38,2	0,626
Múltiparas	102	59,3	115	61,8	
<b>Parto normal anterior</b>					
Não	98	57,0	102	54,8	0,684
Sim	74	43,0	84	45,2	
<b>Cesárea anterior</b>					
Não	136	79,1	146	78,5	0,894
Sim	36	20,9	40	21,5	

\*Teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

\*\*Salário mínimo no ano de 2013 – R\$ 678,00.

Grande parte das mulheres (85,5%) teve seis ou mais consultas de pré-natal e o iniciaram precocemente (71,8%), porém a adequação deste acompanhamento foi classificada como intermediária na maioria dos casos (47,2%). Proporção significativa (37,7%) não foi orientada para a maternidade de referência e apenas 15,1% relataram ter visitado a maternidade durante a gestação (Tabela 2).

Houve significância estatística entre receber orientação para o parto e o número de consultas pré-natais realizadas ( $p = 0,028$ ). Entre as mulheres que realizaram mais de seis consultas, 81,7% relataram não ter recebido orientações para o parto durante o pré-natal. Receber orientação para o parto e o intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto também apresentou significância estatística ( $p = 0,002$ ). Mulheres que tiveram um intervalo de até 15 dias entre a última consulta pré-natal e o parto receberam mais orientações para o mesmo (80,8%). Também houve significância estatística entre a adequação do pré-natal e o recebimento de orientação para o parto ( $p = 0,024$ ). Entre as mulheres que não receberam orientação para o parto (52%), a inadequação do pré-natal atingiu a taxa de 30,1% (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição das variáveis do pré-natal segundo as orientações para o parto. Londrina, PR, 2016.

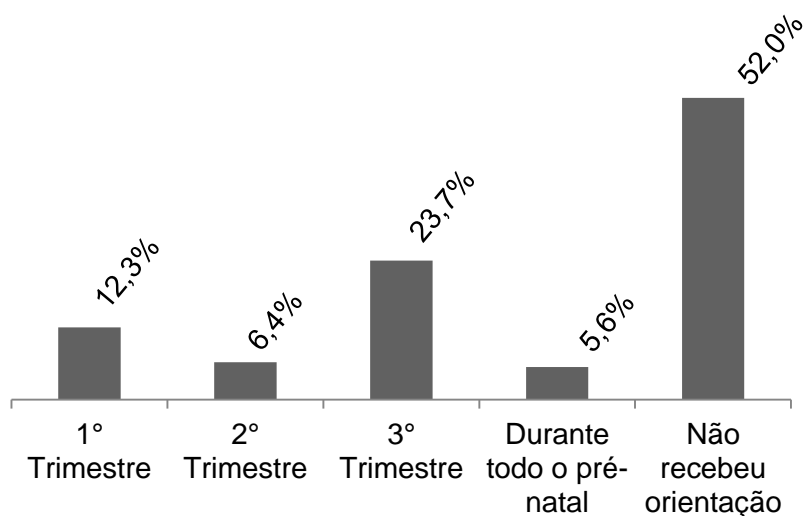
	Orientação para o parto				p valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Nº de consultas de pré-natal**</b>					
6 e mais	154	90,6	152	81,7	0,028
3 a 5	14	8,2	31	16,7	
0 a 2	2	1,2	3	1,6	
<b>Semana gestacional no início do pré-natal**</b>					
Até 13ª semana	129	75,9	128	68,8	0,175
14ª a 27ª semana	35	20,6	50	26,9	
28ª semana e mais	6	3,5	8	4,3	
<b>Intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto**</b>					
Até 15 dias	137	80,6	123	66,1	0,002
16 dias ou mais	33	19,4	63	33,9	
<b>Adequação do pré-natal segundo Coutinho**</b>					
Adequado	53	31,2	38	20,4	0,024
Intermediário	77	45,3	92	49,5	
Inadequado	40	23,5	56	30,1	
<b>Orientação sobre a vinculação com o local do parto</b>					
Sim	110	64,0	113	60,8	0,533
Não	62	36,0	73	39,2	
<b>Visitou a maternidade durante a gestação</b>					
Sim	30	17,4	24	12,9	0,231
Não	142	82,6	162	87,1	

\*Teste Qui-quadrado (p<0,05)

\*\*n=356 (Duas gestantes não entregaram o cartão de pré-natal na admissão na maternidade)

Na Figura 1, observa-se que além de infrequentes, as orientações para o parto não apresentaram continuidade, uma vez que apenas 5,6% das mulheres relataram tê-las recebido durante todo o acompanhamento pré-natal.

## Orientações para o parto durante o pré-natal



**Figura 1** - Frequência de orientações recebidas para o parto durante o acompanhamento pré-natal. Londrina, PR, 2016.

Entre as puérperas (n=172) que receberam orientações, 18,7% foram incentivadas para o parto normal pela equipe da APS e 17% recebeu orientações sobre os sinais de início do trabalho de parto (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição do tipo de orientação para o parto durante o acompanhamento pré-natal. Londrina, PR, 2016. n=172.

Tipo de orientações para o parto	n	%
Incentivo ao parto normal	67	18,7
Sinais de início do trabalho de parto	61	17,0
Diferenças entre parto normal e cesárea	15	4,2
Práticas benéficas para a evolução do trabalho de parto e alívio da dor	12	3,4
Orientações inadequadas*	17	4,7
Total	172	48,0

\*Procurar outro serviço, benefícios da cesárea, ir para a maternidade no início da fase latente do trabalho de parto, não fazer escândalo para ser bem tratada.

## 2.4 DISCUSSÃO

Estudos mostram que as falhas na atenção pré-natal, dificuldade de acesso, início tardio, baixo número de consultas e orientações escassas durante o processo gestacional prejudicam a qualidade da assistência e favorecem o aumento da morbimortalidade materna e neonatal (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; BRASIL, 2012; COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; PARIS; PELLOSO;

MARTINS, 2013; POLGLIANE et al., 2014; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011; SANTOS NETO et al., 2012 ; VIELLAS et al., 2014). Porém, poucos estudos analisaram a assistência pré-natal com base nos dados do acompanhamento pré-natal somado com as informações das puérperas.

A presente pesquisa apontou que as falhas nas orientações para o parto durante o acompanhamento gestacional foram significativas em relação ao número de consultas, intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto e a adequação desta assistência.

A caracterização das mulheres deste estudo, em relação à idade, escolaridade, estado conjugal e paridade foi semelhante ao encontrado em outros estudos brasileiros realizados em instituições públicas, com predomínio de gestantes jovens, com companheiro, múltiparas e com escolaridade de baixa à média (COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; VIELLAS et al., 2014).

Além de comprovar efetividade na cobertura, a apresentação satisfatória do cartão de pré-natal na internação para o parto mostrou que a atenção primária do município realizou adequadamente a orientação quanto à importância deste documento. Este cartão serve como elo de comunicação entre a equipe de assistência do pré-natal e do parto, registrando resultados de exames e problemas identificados na gestação, orientando assim, as condutas adequadas para o momento do parto (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013; SANTOS NETO et al., 2012; VIELLAS et al., 2014).

O MS preconiza que o pré-natal inicie antes do final do terceiro mês, ou seja, até a 13ª semana e que a gestante faça no mínimo seis consultas (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; PARANÁ, 2013). O início precoce do acompanhamento pré-natal viabiliza o diagnóstico e tratamento de diversas patologias que podem interferir gravemente na saúde materna e fetal, além de estimar a idade gestacional com mais fidedignidade, o que propicia melhor monitoramento do crescimento e maturidade fetal (DOMINGUES et al., 2012). Problemas pessoais com a aceitação da gravidez, principalmente na adolescência; de dificuldade relacionada ao trabalho ou escola; barreiras de acesso; problemas com horários de agendamento das consultas e a falta de diagnóstico precoce da gravidez podem também estar relacionados com o início tardio do pré-natal (VIELLAS et al., 2014).

Outros autores apontam não somente para a fragilidade no processo de trabalho para a captação precoce da gestante, mas também para a falta de conscientização da população sobre a importância deste cuidado. Somando a isto, entre outros aspectos cruciais de uma efetiva assistência pré-natal e estímulo à adesão ao serviço destacam-se a formação de vínculo, a postura acolhedora e respeitosa da equipe associada à escuta qualificada às necessidades da gestante e a corresponsabilização do cuidado entre ambos (POLGLIANE et al., 2014; SANTOS NETO et al., 2012; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Esta situação fica evidente quando verifica-se, segundo os parâmetros preconizados pelo MS, que a cobertura do pré-natal da população em estudo foi satisfatória, sendo superior à taxa apresentada em outros estudos brasileiros (ANDREUCCI; CECATTI, 2011; COUTINHO et al., 2010; DOMINGUES et al., 2012; PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013; POLGLIANE et al., 2014; SANTOS NETO et al., 2012; VIELLAS et al., 2014). Por outro lado, a classificação de adequação proposta por Coutinho (2010), evidenciou uma assistência pré-natal intermediária às mulheres deste estudo.

As mulheres que menos receberam orientações foram as que tiveram pré-natal classificado como intermediário e inadequado. Domingues et al. (2012) também levantaram que as avaliações da assistência que têm como base o número de consultas de pré-natal podem esconder graves problemas na qualidade, subestimando a efetividade do cuidado prestado. Em sua pesquisa, apontou que o início precoce e o número adequado de consultas estavam associados a maior adequação das orientações em relação ao parto, porém estas orientações eram extremamente limitadas.

A humanização do cuidado pré-natal é prejudicada quando o processo de trabalho é focado na produtividade e em protocolos assistenciais, com consultas rápidas e superficiais, que valorizam mais as aferições e medidas do que o compartilhamento de conhecimentos e experiências (ROSSI; LIMA, 2005; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010). Portanto, a lacuna entre a produtividade e a qualidade da assistência foi evidenciada pelo fato de que grande parte das mulheres que não receberam orientações para o parto realizou seis ou mais consultas de pré-natal.

Este contexto mostra falta de comprometimento com a qualidade e papel insuficiente deste acompanhamento na preparação da mulher para o parto, apesar de uma alta cobertura pré-natal (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011). Coutinho et al. (2010) também afirmam que as políticas públicas dão ênfase à disponibilidade e ao acesso à assistência pré-natal, e deixam em segundo plano o conteúdo das consultas e a qualidade deste serviço.

A consulta de pré-natal em si envolve procedimentos bastante simples e não demanda uma estrutura física sofisticada, devendo os profissionais – previamente capacitados na utilização de tecnologias leves – usar este encontro para detectar as necessidades individuais de cada gestante, visando um atendimento holístico e humanizado, e que conduza a mulher a uma gestação com mais autonomia e conhecimento (ROSSI; LIMA, 2005; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Notou-se também que quanto maior o intervalo entre a última consulta de pré-natal e o parto, menor o número de gestantes orientadas sobre o parto. Isso remete à clássica e errônea ideia de que podemos dar “alta” do pré-natal se a gestação segue um curso normal. Porém, o final da gestação é o período onde se concentra a maior probabilidade de intercorrências obstétricas, devendo, portanto, ser acompanhado com mais frequência no serviço de pré-natal, finalizando-o somente quando a gestante for admitida na maternidade para o parto (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Vale a pena salientar que semelhante a outros estudos nacionais (DOMINGUES et al., 2012; POLGLIANE et al., 2014; VIELLAS et al., 2014), pouco mais da metade das gestantes foi orientada sobre o local do parto, apesar de existir uma maternidade municipal que é referência para risco habitual e intermediário. Menos de um terço não visitou a maternidade, sendo esta, também, uma ação de responsabilidade da APS (PARANÁ, 2013). Esta desinformação pode levar a mulher à peregrinação para a assistência ao parto, o que pode gerar complicações ao binômio (DOMINGUES et al., 2012; POLGLIANE et al., 2014).

A baixa proporção de mulheres que foram orientadas sobre o trabalho de parto e o parto durante o acompanhamento pré-natal, e o recebimento de orientações inadequadas, novamente evidenciaram a inadequação deste cuidado. A postura do profissional pode mudar este cenário, facilitar o acolhimento e

potencializar as relações interpessoais entre este e a gestante (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Soma-se à inadequação do cuidado, o descuido do MS em seu Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco quando evidencia os benefícios da cesárea planejada, como a “conveniência, maior segurança para o bebê e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, além de não passar pela dor do parto” (BRASIL, 2012, p.149).

Em um estudo também realizado no Paraná, evidenciou-se a carência de orientações sobre o parto no pré-natal e a falta de profissionais capacitados para a educação em saúde. O preparo para a maternidade se limitava aos cuidados com o recém-nascido, mostrando uma lacuna deste atendimento em relação ao processo de nascimento (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Em relação às orientações de como vivenciar melhor o trabalho de parto e o ensinamento de exercícios para lidar melhor com a dor neste processo foram extremamente escassas. Estas orientações são de grande valia para o empoderamento da mulher, especialmente para aquelas que irão vivenciar este momento pela primeira vez (BRASIL, 2006).

Entende-se que, ‘o que fazer’ e ‘o porquê fazer’ são aspectos da assistência já amplamente discutidos de forma sistemática. Porém, ‘o como fazer’ parece estar perdido no contexto do processo de trabalho na assistência pré-natal.

O grupo de apoio ou “roda de gestantes” é um exemplo de ação que complementa o atendimento das consultas pré-natais, prepara o casal para o parto, ensinando exercícios corporais que facilitarão o trabalho de parto (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Outras estratégias como esta devem ter como objetivo modificar a atitude da mulher e de seu acompanhante para que, ao invés de relacionar o parto com medo e dor, enxerguem este processo com segurança, tranquilidade e participação ativa (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Além disso, alguns estudos evidenciam que a atuação da enfermeira obstetra na assistência pré-natal contribui para a melhor preparação da mulher para o parto e para a maternidade, além de cooperar com o cumprimento dos pressupostos da Política de Humanização do Pré-natal (BRASIL, 2014; VALE et al., 2015).

## 2.5 CONCLUSÃO

O acesso a orientações para o preparo das mulheres deste estudo para o parto foi influenciado pelo número de consultas, pelo intervalo entre a última consulta e o parto e pela classificação da adequação do cuidado pré-natal como intermediário. Estes achados indicam os caminhos que precisam ser explorados pela equipe de saúde para que estas mulheres cheguem ao momento do parto melhor preparadas.

Sugere-se a educação continuada das equipes multiprofissionais que atendem ao pré-natal, para o resgate do seu caráter transdisciplinar e integral e a inclusão da enfermeira obstetra na equipe de APS, para que o preparo para o parto durante o pré-natal seja mais efetivo e especializado.

Como limite deste estudo, aponta-se seu caráter transversal, que reflete uma realidade específica em um tempo determinado. Entretanto, as informações geradas são representativas desta realidade e podem servir de subsídio para novos estudos sobre a mesma temática.

## 2.6 REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, Jun 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465p. Cadernos HumanizaSUS; v.4. Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n11/v32n11a08.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

GOMES, Maria A. S. Mendes. Compromisso com a mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S41-S42, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0041.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_guiaversion\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guiaversion_final.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

PARIS, Gisele Ferreira; PELLOSO, Sandra Marisa; MARTINS, Priscilla Martha. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, supl. 10, p. 447-452, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n10/04.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, Jul 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-01999.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, Jun 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a10v58n3.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SANTOS NETO, Edson Theodoro dos et al. O que os cartões de pré-natal das gestantes revelam sobre a assistência nos serviços do SUS da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo, Brasil?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1650-1662, Set 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a05.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SOUZA, Viviane Barbosa; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, supl. 2, p. 199-210, abr/jun 2011. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/v13n2a06.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a06.htm)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

VALE, Luana Dantas et al. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 86-92, Set. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n3/1983-1447-rgenf-36-03-00086.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

### 3 ESTUDO 2

#### A ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO

##### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O modelo obstétrico brasileiro mostra-se altamente medicalizado e doloroso. A equipe de enfermagem desenvolve um papel irrefutável na assistência à parturiente, com a utilização de tecnologias leves, cuidado e acolhimento. **OBJETIVO:** Analisar como a equipe de enfermagem compreende a humanização do parto e o que efetivamente é colocado em prática durante a assistência às mulheres no processo de parto e nascimento. **MÉTODOS:** Estudo de caso, aninhado a uma coorte prospectiva, realizado em uma maternidade pública do sul do Brasil, com 380 sujeitos, destes 358 puérperas e 22 profissionais da equipe de Enfermagem. A coleta de dados ocorreu entre julho a outubro de 2013, por meio de formulário semiestruturado com dados da opinião dos profissionais sobre humanização e da assistência ao parto prestada neste serviço e dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos do prontuário hospitalar e relato das puérperas sobre a assistência recebida. Foi utilizado o Programa SPSS 20.0 para a análise dos dados. **RESULTADOS:** A unidade de análise sobre o conceito de Humanização do Parto mais prevalente entre os profissionais foi 'Tratar bem e oferecer suporte emocional' e nos cuidados extras prestados às parturientes, reforçaram a presença do profissional ao lado da mulher e deram ênfase para a orientação da parturiente e acompanhante. A taxa de parto normal foi de 74,6% e 4,2% foram assistidos pela enfermeira. A concretização da humanização na prática mostrou-se falha, principalmente acerca da oferta de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e da garantia de autonomia da mulher. **CONCLUSÕES:** Apontou-se para a falta de anotações de enfermagem, necessidade de capacitação profissional e maior atuação da enfermeira obstetra.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica. Humanização da Assistência. Parto normal.

## NURSING AND HUMANIZED ASSISTANCE TO CHILDBIRTH

### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The obstetric template is highly medicalized and painful. The nursing team develops an irrefutable role in parturient's assistance, with the application of light technologies, care and reception. **OBJECTIVE:** Analyze how the nursing team understands the humanization of delivery and what is actually put into practice during care for women in childbirth process and birth. **METHODS:** Case study, hosted by a prospective cohort, held in a public maternity in South Brazil, with 380 subjects, of which, 358 puerperal and 22 nursing team professionals. The data collection occurred between July and October 2013, through semistructured form with the professional opinion data on humanization and care delivery provided in this service, and socioeconomic, demographic and obstetric data from hospital records and reporting of mothers on the care received. The SPSS 20.0 Program was used for data analysis. **RESULTS:** The most prevalent analysis unit about childbirth humanization between professionals was 'Treating well and offering emotional support' and, in the extra care provided to parturients, the professional's presence alongside the woman and the orientation of the parturient and her companion were emphasized. The normal birth rate was 74,6% and 4,2% were assisted by a nurse. The practice implementation of humanization came out flawed, mainly on the offer of non pharmacological methods to alleviate pain and on the guarantee of woman's autonomy. **CONCLUSIONS:** It was pointed out the lack of nursing records, professional qualification needs and greater action of the obstetric nurse.

**KEY WORDS:** Obstetric Nursing. Humanization of Assistance. Natural Childbirth.

### 3.1 INTRODUÇÃO

Até meados dos anos 70, a maioria das mulheres não tinha acesso à assistência pré-natal e dava à luz em casa com a ajuda de parteiras. Especialmente após a década de 80, consolidou-se o modelo de parto hospitalocêntrico, conferindo um símbolo de ascensão social e modernidade para as mulheres da época (LEISTER; RIESCO, 2013).

Um momento que era vivenciado pela família, com intenso apoio físico e emocional, foi transformado em uma experiência de abandono, solidão e medo. Seus corpos, desprovidos de intimidade e zelo, foram submetidos a amargas intervenções médicas. A subtração do poder feminino transformou o processo natural de parir e nascer em um ato médico e mecânico. O que foi ganho em segurança foi perdido em calor humano (LEISTER; RIESCO, 2013; SABATINO, 2014a).

O hospital, por ser um espaço tradicional de tratamento e cura de enfermos, segue a mesma lógica para as parturientes, impondo regras como o jejum, a restrição ao leito e o acesso venoso para a infusão de medicamentos (BRASIL, 2014; LEAL et al., 2014a).

Atualmente, o modelo obstétrico brasileiro mostra-se altamente medicalizado e, ao mesmo tempo, extremamente doloroso, pois não investe em métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor. As parturientes são submetidas a um modelo que prioriza a tecnologia às relações humanas. Resignam-se a uma situação de passividade, onde intervenções desnecessárias e, muitas vezes prejudiciais, são inseridas para acelerar o processo de nascimento (AQUINO, 2014; LEAL et al., 2014a; LEAL et al., 2014b).

Desde a década de 80, uma crescente porção de mulheres vem reivindicando melhorias na assistência obstétrica e maior envolvimento na experiência do nascimento (SABATINO, 2014b). Diante então do apelo feminino e dos inúmeros desfechos negativos que esta assistência incrementava, em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação destas práticas, orientando para o que deveria ser estimulado, o que deveria ser evitado, o que deveria ser melhor estudado e o que era usado de maneira inadequada durante a assistência ao parto, baseado em evidências científicas provenientes de pesquisas realizadas no mundo todo (OMS, 1996).

Em seguida, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro instituiu o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), com o objetivo também, entre outros, garantir a qualidade e a humanização na assistência ao parto (BRASIL, 2002).

Atualmente vigora no país o Programa Rede Cegonha (RC) e, no estado do Paraná, a Rede Mãe Paranaense (RMP), ambos com objetivo de melhorar e humanizar a atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal e reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal. Entre suas diretrizes também está a garantia das boas práticas na atenção ao parto e nascimento preconizado pela OMS desde 1996 (BRASIL, 2011; PARANÁ, 2013).

Portanto, nota-se que a preocupação com o parir e o nascer não é recente, nem mesmo limitada ao Brasil. Apesar das altas taxas de cesárea, partos altamente medicalizados e desfechos maternos e perinatais nada satisfatórios, vivemos um período auspicioso de reflexão de práticas e conceitos, alavancando mudanças no cenário obstétrico. Associado ao saber científico pelo uso da Prática Baseada em Evidências (PBE) está o descontentamento das mulheres brasileiras com as rotinas impostas nas maternidades e a reivindicação de seus direitos, por um parto mais seguro e respeitoso (GOMES, 2014).

Apesar de ser amplamente discutida no Brasil e a maior parte dos partos ser assistida por médicos, existem vários aspectos em que a equipe de enfermagem desenvolve um papel irrefutável na assistência à parturiente. Pela sua formação, é o profissional mais capacitado para cuidar e, utilizando tecnologias leves, desenvolve maior vínculo com a paciente e passa a identificar as necessidades que precisam ser atendidas (LEAL et al., 2014a, ROSSI; LIMA, 2005). A presença da enfermeira obstetra e de sua equipe nos serviços de assistência ao parto visa promover maior segurança, acolhimento e respeito pela fisiologia do parto e pelos direitos das mulheres (BRASIL, 2014).

Ao passo que as atitudes da equipe faz com que a capacidade da mulher de dar à luz possa ser potencializada ou diminuída (SABATINO, 2014a), buscou-se neste estudo analisar como a equipe de enfermagem compreende a humanização do parto e o que efetivamente é colocado em prática durante a assistência às mulheres no processo de parto e nascimento.

### 3.2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso, aninhado a uma coorte prospectiva, realizado em uma maternidade pública do sul do Brasil, referência para gestantes de risco habitual e intermediário. Esta instituição foi condecorada com o Prêmio Galba de Araújo e apresenta o selo de Hospital Amigo da Criança.

Foram incluídas no estudo puérperas internadas, com classificação obstétrica de risco habitual ou intermediário e que residiam na zona urbana do município, e profissionais de enfermagem que atuavam no setor de pré-parto desta maternidade.

Participaram deste estudo 380 sujeitos, destes 358 puérperas e 22 profissionais da equipe de enfermagem. Para o cálculo amostral das puérperas, considerou-se a população de 3.415 partos ocorridos nesta maternidade em 2012, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%. Os profissionais entrevistados faziam parte dos quatro turnos de plantão (manhã, tarde e noite), sendo 19 técnicas de enfermagem e três enfermeiras.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2013, por meio de formulário semiestruturado. A opinião dos profissionais sobre humanização e sobre a assistência ao parto prestada neste serviço foi identificada por meio de duas perguntas: 'Para você, o que é humanização do parto?' e 'Que cuidados você oferece à parturiente além do que consta na prescrição de Enfermagem?'. Foram levantados dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos, do prontuário hospitalar e relato das puérperas sobre a assistência recebida.

Os dados foram compilados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

Como referencial teórico metodológico para a discussão dos resultados foi utilizada a Política Nacional de Humanização (PNH) - HumanizaSUS e o Guia Prático de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento da OMS (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014; OMS, 1996).

Em observância às determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UDEL), CAAE: 19352513.9.0000.5231.

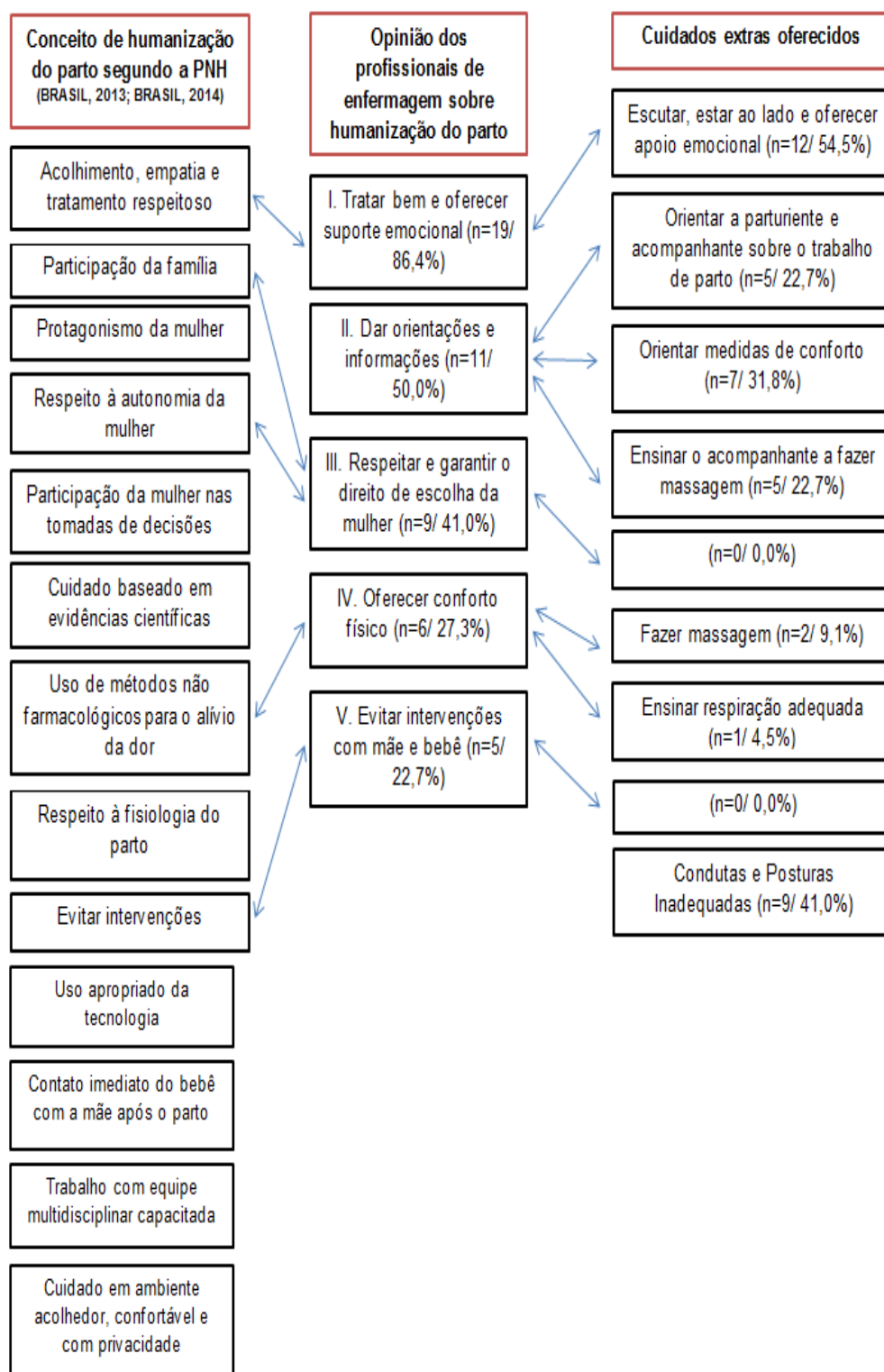
### 3.3 RESULTADOS

A prescrição de enfermagem na instituição em estudo é pré-moldada e segue um mesmo modelo para todas as pacientes. Nela contém os seguintes cuidados: banho de aspersão para relaxamento, higiene oral, movimentação (bola, assento ativo e deambulação), rotinas de admissão no setor, controle de batimentos cardíacos fetais (BCF) de 1/1 hora e massagem na região lombar.

A opinião dos profissionais sobre humanização e os cuidados extras ofertados, foi categorizada em cinco unidades de análise: I. Tratar bem e oferecer suporte emocional; II. Dar orientações e informações; III. Respeitar e garantir o direito de escolha da mulher; IV. Oferecer conforto físico e V. Evitar intervenções com mãe e bebê. Na Figura 1 estão apresentadas as frequências das unidades de análise, bem como sua relação com o relato dos cuidados extras ofertados e com o conceito da Política Nacional de Humanização (PNH) para o parto (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Verificou-se nas unidades de análise, relação com cinco pressupostos da PNH, acolhimento, empatia e tratamento respeitoso; participação da família; respeito à autonomia da mulher; uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor; e evitar intervenções (Figura 1).

A unidade de análise sobre o conceito de humanização do parto mais prevalente entre os profissionais da enfermagem foi 'Tratar bem e oferecer suporte emocional', na qual se entrelaçaram falas sobre acolhimento, escuta, atenção e empatia. O mesmo foi encontrado nos cuidados extras ofertados às parturientes, reforçando a presença do profissional ao lado da mulher para lhe garantir segurança e conforto emocional. Observou-se também nos cuidados relatados pelos profissionais, a ênfase para a orientação da mulher, não somente sobre o trabalho de parto, mas em relação às medidas de conforto que ela e seu acompanhante deveriam adotar. (Figura 1).



**Figura 1** – Distribuição das frequências das unidades de análise e sua relação com o relato dos cuidados extras ofertados e com o conceito da Política Nacional de Humanização para o parto. Londrina, PR, 2016.

Na unidade de análise ‘Condutas e posturas inadequadas’ foram ancoradas algumas respostas dos profissionais, como: ‘não há nada a ser feito pela

gestante além do que já consta no plano assistencial'; 'a dor é normal e não tem como aliviar'; e a 'não gritar', este último para não 'perder energia e ter que tirar o bebê com fórceps' (Figura 1).

As puérperas entrevistadas caracterizavam-se como adultas jovens, com companheiro e mais da metade múltipara. A maioria possuía escolaridade média, com atividade não remunerada e com renda familiar de dois a três salários mínimos (Tabela 1).

**Tabela 1** - Características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das puérperas atendidas em uma maternidade referência para risco habitual e intermediário. Londrina, PR, 2016.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade (em anos)</b>		
Até 19	76	21,2
20 a 34	243	67,9
35 e mais	39	10,9
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
Baixa (até 7 anos)	89	24,9
Média (8 a 11 anos)	242	67,6
Alta (mais de 12 anos)	27	7,5
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	301	84,1
Sem companheiro	57	15,9
<b>Condição de ocupação</b>		
Remunerada	147	41,1
Não remunerada	211	58,9
<b>Renda familiar *</b>		
Até 1 salário mínimo	86	24,0
2 a 3 salários mínimos	165	46,1
Mais de 3 salários mínimos	107	29,9
<b>Número de moradores na casa</b>		
1 a 3 pessoas	111	31,0
4 a 6 pessoas	222	62,0
7 e mais pessoas	25	7,0
<b>Paridade</b>		
Primíparas	141	39,4
Múltiparas	217	60,6

\* Base do salário mínimo no ano de 2013 – R\$ 678,00.

No período da coleta de dados, o parto normal foi mais frequente e quase a totalidade dos mesmos foi realizado por médicos, sendo que 52,5% por médicos obstetras da instituição e 40,2% residentes de ginecologia e obstetria (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição dos tipos de partos e profissionais que o assistiram. Londrina, PR, 2016.

	n	%
<b>Tipo de parto</b>		
Parto normal	260	72,6
Parto normal instrumental	7	2,0
Cesárea	91	25,4
<b>Profissionais</b>		
Médico da instituição	188	52,5
Médico residente	144	40,2
Enfermeiro	15	4,2
Outros	11	3,1

Na Tabela 3 encontra-se a distribuição das práticas assistenciais durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Para minimizar a limitação relacionada ao uso de fontes de dados secundárias, foi checada com as puérperas a veracidade das informações contidas nos prontuários.

Verificou-se que, tanto a avaliação da dinâmica uterina, como a ausculta dos batimentos cardíacos fetais foram anotadas em prontuário e relatadas pela maioria das mulheres. Já o uso de métodos não farmacológicos, como o banho de relaxamento e o uso de bola ou assento ativo, foram pouco utilizados e sua anotação em prontuário mostrou-se falha. O acompanhante esteve presente na maioria dos casos e a litotomia foi a posição mais encontrada no momento do parto. Dados como o contato precoce com o bebê e amamentação após o parto foram colhidos apenas com as puérperas, pois o mesmo não foi registrado em prontuário (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição das práticas assistenciais durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato segundo informações dos prontuários e relatos das puérperas. Londrina, PR, 2016.

Variáveis	Anotadas no prontuário		Relatadas pelas mulheres	
	n	%	n	%
<b>Avaliação da dinâmica uterina*</b>				
Sim	280	88,6	297	94,0
Não	36	11,4	19	6,0
<b>Ausculta do batimento cardíaco fetal*</b>				
Sim	307	97,2	308	97,5
Não	9	2,8	8	2,5
<b>Banho de relaxamento*</b>				
Sim	147	46,5	221	69,9
Não	169	53,5	95	30,1
<b>Uso de bola ou assento ativo*</b>				

Sim	82	25,9	161	50,9
Não	234	74,1	197	49,1
<b>Presença do acompanhante</b>				
Sim	312	87,2	343	95,8
Não	46	12,8	15	4,2
<b>Local do parto</b>				
Quarto	131	36,6	133	37,2
Sala de parto	132	36,9	134	37,4
Centro cirúrgico	91	25,4	91	25,4
Sem registro	4	1,1	-	-
<b>Posição para o parto normal**</b>				
Litotômica	241	90,3	264	98,9
Sem registro	26	9,7	-	-
Vertical	-	-	2	0,7
Lateral	-	-	1	0,4
<b>Contato precoce com o bebê após o nascimento</b>				
Sim	-	-	311	86,9
Não	-	-	47	13,1
<b>Momento da primeira mamada</b>				
Até 30' após o nascimento	-	-	191	53,4
Entre 30' e 1 hora após o nascimento	-	-	72	20,1
Após a primeira hora de nascimento	-	-	95	26,5
<b>Ajuda e orientação para amamentar na sala de parto</b>				
Sim	-	-	235	65,6
Não	-	-	123	34,4

\* Referente somente às mulheres que tiveram parto normal ou cesárea intraparto (n=316). Retirado do cálculo as 42 mulheres que tiveram cesáreas eletivas (n=42).

\*\* Referente somente às mulheres que tiveram parto normal (n=267).

### 3.4 DISCUSSÃO

A chegada de um novo ser sempre despertou a atenção das pessoas. Para a mulher, a gravidez e o nascimento de um filho são eventos singulares e repletos das mais diversas emoções. A forma como ela vivencia estes momentos a marcará para o resto da vida e, portanto, os profissionais que a atendem durante a gestação, o parto e o puerpério devem promover um espaço de acolhimento e humanismo, favorecendo uma experiência positiva para a mulher e sua família (BRASIL, 2014). Sendo o enfermeiro o profissional mais capacitado para cuidar, este pode lançar mão das tecnologias leves para identificar e atender as necessidades de cada parturiente (LEAL et al., 2014a, ROSSI; LIMA, 2005).

Neste estudo, quando questionada sobre o que entendia por humanização do parto, a equipe de enfermagem demonstrou conhecimentos

coerentes com o proposto pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014), porém de forma bastante limitada e superficial.

Como o plano assistencial de enfermagem da instituição é pré-moldado e segue um mesmo modelo para todas as parturientes, foram questionados quais cuidados, além dos já existentes na prescrição, são ofertados pela equipe de enfermagem. A finalidade deste questionamento foi identificar se os profissionais ficam limitados a um discurso teórico sobre a humanização da assistência ou se realmente conseguiam trabalhar de forma individualizada com cada gestante.

O conceito de humanização do parto para os profissionais esteve associado principalmente ao tratamento cordial e humano, e ao suporte emocional. Mencionaram a importância da presença do profissional, do acolhimento, da escuta e atenção para as necessidades de cada mulher também como cuidados extras que praticavam no serviço.

Acolher não significa simplesmente “tratar bem”, mas, sim, reconhecer como legítima a necessidade de saúde que o indivíduo traz ao serviço, através de uma escuta qualificada e da garantia de efetividade no cuidado prestado (BRASIL, 2006; ROSSI; LIMA, 2005).

Assim, o fornecimento de informações e o esclarecimento de dúvidas dá à gestante e ao seu acompanhante o direito de participar ativamente do parto e nascimento e da tomada de decisões neste processo (BRASIL, 2014). Para isso, o ponto inicial é a postura e a escuta ativa do enfermeiro, que se concretiza quando este demonstra interesse e respeito pelo momento que está sendo vivenciado pela mulher, diagnosticando suas necessidades individuais. Por sua vez, a mulher, se sentindo ouvida e acolhida pelo profissional que a assiste, é atendida em sua singularidade (ROSSI; LIMA, 2005). Além disso, para muitas mulheres, a dor do parto é suficientemente aliviada quando esta recebe um suporte físico e emocional, que pode ser oferecido tanto pelo profissional quanto pelo seu acompanhante (BRASIL, 2014).

‘Dar orientações e informações’ foi a segunda unidade de análise mais citada, visando principalmente sanar dúvidas sobre o trabalho de parto, procedimentos e rotinas hospitalares. Este ponto deve ser tratado com cautela, pois quando enxergamos a gestante como mera receptora de informações e de cuidado e não levamos em conta suas experiências, corremos o risco de subtrair sua individualidade e autonomia (ROSSI; LIMA, 2005). Contudo, é comum vermos

profissionais apresentando uma lista de proibições e obrigações a serem seguidas pelas gestantes, negando assim sua condição de sujeito e a humanização da assistência.

Alguns membros da equipe apontaram alguns cuidados que já constavam na prescrição de enfermagem, como o estímulo à deambulação, banho morno, uso da bola e massagem lombar. Porém, estas medidas de conforto eram essencialmente orientadas e não realizadas ou acompanhadas pelos profissionais.

A massagem lombar tem um importante papel durante o trabalho de parto porque compete com o estímulo doloroso. Dessa forma, a mulher passa a sentir o estímulo prazeroso da massagem e desviar a atenção da sensação dolorosa (SABATINO, 2014b). A falta deste toque corporal durante o trabalho de parto foi identificada por Côté et al. (2015) como um sinal de ausência de vínculo da equipe de Enfermagem com as parturientes.

Surpreendentemente, somente uma profissional referiu ensinar a parturiente sobre a respiração adequada para o trabalho de parto. Os exercícios de respiração já foram descritos por diversos autores como um método não-farmacológico fácil e valioso para o alívio da tensão materna e da dor do parto. Este método não tem a pretensão de sanar a dor, mas de modificar a atitude da mulher frente à sensação dolorosa causada pelas contrações, saindo do ciclo medo-tensão-dor, descrito por Dick-Read no início do século XX (BRASIL, 2001; SABATINO, 2014b).

Da mesma forma, 'Respeitar e garantir o direito de escolha da mulher' foi pontuado por alguns profissionais, porém não constava nada a respeito quando se analisou as falas sobre os cuidados extra oferecidos.

O tratamento do indivíduo como sujeito de direitos e não como objeto passivo da atenção à saúde é uma das bases da humanização (BRASIL, 2006). Termos conhecidos na área da humanização, como autonomia, protagonismo, corresponsabilidade ou empoderamento feminino, utilizados por outros enfermeiros entrevistados em pesquisa semelhante, não foram abordados pelos profissionais deste estudo (MALHEIROS et al., 2012).

Para garantir o direito de escolha é necessário, além de explicar os procedimentos que fazem parte da atenção ao parto, os motivos para a sua adoção, bem como seus riscos e benefícios. Somente a partir disso que a mulher tem condições de fazer as suas escolhas livre e conscientemente, conduzindo e

vivenciando plenamente o seu processo de parturição (BRASIL, 2014, SABATINO, 2014b). Este ponto também não foi abordado pela equipe de Enfermagem entrevistada.

Foi pouco citado pela equipe de enfermagem o mérito de evitar intervenções no parto, referendado através da indução medicamentosa, jejum, separação da mãe e bebê, toques vaginais e puxos dirigidos. Estes foram citados apenas no conceito de Humanização, porém nenhum relato acerca da proteção e orientação da mulher sobre as intervenções foi registrado como cuidado extra oferecido pela equipe.

Romper com a hierarquização e verticalização da assistência, colocando o indivíduo no centro dos processos de trabalho, são atitudes desafiadoras e necessárias, pois não é a mulher que deve se adequar às rotinas hospitalares, mas o profissional é que deve moldar sua prática frente aos desejos e necessidades de cada mulher (MALHEIROS et al., 2012; ROSSI; LIMA, 2005). Para isso, o ambiente da assistência ao parto deve ser acolhedor e, o processo de trabalho, com rotinas flexíveis, a fim de atender as demandas de cada mulher, de forma individualizada (BRASIL, 2014).

O ideal seria que todas as gestantes fossem adequadamente preparadas para a vivência do parto durante o pré-natal, com o recebimento de informações sobre anatomia e fisiologia, preparo físico e psíquico, e orientações sobre a importância da participação ativa no parto, incluindo também o seu acompanhante (BRASIL, 2001). Esta transversalidade entre os serviços de saúde é ponto-chave para um cuidado integral e responsável para aquele que é assistido (BRASIL, 2013). Porém, sabemos que esta ainda não é uma realidade no Brasil. Apesar da alta cobertura, muito ainda precisa ser melhorado para que se garanta um acompanhamento gestacional e um preparo para a maternidade de qualidade (LEAL et al., 2014a).

Houve algumas respostas que chamaram a atenção e que foram reunidas na unidade de análise 'Condutas e posturas inadequadas'. Alguns profissionais justificaram tais posturas com o excesso de trabalho, falta de tempo e paciência. Estes conceitos e práticas não-desejáveis para esta assistência também foram encontrados em outros estudos que descreveram o processo de nascimento em nosso país como intervencionista, inseguro e doloroso (AQUINO, 2014; LEAL et al., 2014b).

Não foram abordados pela equipe de enfermagem itens como o protagonismo da mulher durante o processo de nascimento e sua participação na tomada de decisões, o uso apropriado da tecnologia, o contato do binômio após o nascimento e o cuidado em ambiente acolhedor, confortável e com privacidade. Também não foi abordado por nenhum profissional o respeito à fisiologia do parto, nem mesmo a PBE e o trabalho multiprofissional, que constituem os três pilares da humanização (BRASIL, 2014).

Portanto, a concretização da humanização na prática diária deste serviço mostrou-se falha. Apesar de conhecerem alguns princípios da humanização, esbarram, analisando os relatos dos profissionais, na organização do serviço, no processo de trabalho e na falta de educação permanente da equipe de saúde. Notou-se também que os cuidados de enfermagem prescritos de forma invariável entre as parturientes e a falta de capacitação profissional limitou a transposição dos conceitos de humanização para prática.

A caracterização das puérperas deste estudo, em relação à idade, escolaridade, estado conjugal e paridade, foi semelhante ao encontrado em outro estudo brasileiro no âmbito do SUS, com predomínio de mulheres jovens, com companheiro, múltiparas e com escolaridade de baixa à média (LEAL et al., 2014a).

A taxa de parto normal durante a coleta de dados nesta instituição foi próxima ao recomendado pela OMS e acima da média nacional (LEAL et al., 2014a). Porém, a atuação do médico na assistência ao parto foi preponderante, assim como ocorre em todo o país. Por ser um profissional com atuação voltada para o risco, tende a controlar o processo e intervir com mais frequência, não tendo mostrado melhorias nos indicadores maternos e perinatais (BRASIL, 2014).

O MS e a legislação brasileira normatizam a realização de partos de risco habitual por enfermeiras obstetras. Mesmo assim, no Brasil, somente 15% dos partos são assistidos por enfermeiras e obstetrizes (LEAL et al., 2014a).

Uma das diretrizes estabelecidas pelo PHPN e pela RC é a assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico puerperal pela enfermeira, profissional que tem uma participação importante na implementação das PBE na assistência ao parto, que visa uma assistência mais humanizada e menos intervencionista, voltada para o respeito à fisiologia e aos direitos da mulher (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011; BRASIL, 2014; CÔRTEZ et al., 2015; MALHEIROS et al., 2012; SABATINO, 2014a).

Em uma recente revisão sistemática da Cochrane com 15 estudos, envolvendo um total de 17.674 mulheres, foram apresentados os benefícios da inserção da enfermeira obstetra na condução dos partos normais. Entre eles estão o respeito à fisiologia do nascimento, maiores taxas de partos espontâneos e satisfação materna, menores taxas de intervenções como analgesia, parto instrumental e episiotomia, não apresentando diferenças nos desfechos perinatais de partos atendidos por médicos (SANDALL et al., 2013).

Apesar disso, a atuação da enfermeira obstetra na condução dos partos neste estudo foi extremamente limitada. Mesmo se tratando de uma maternidade referência para risco habitual e intermediário, em cada turno de trabalho atuam três médicos obstetras e apenas uma enfermeira, o que inviabiliza em parte a atuação prática da enfermeira, devido aos aspectos burocráticos de sua função.

Acredita-se que o trabalho multidisciplinar com a soma de diversos saberes e habilidades contribui para uma atenção humanizada no parto e nascimento (BRASIL, 2014). Porém, neste serviço atuam somente médicos e enfermeiros, sendo que este seria um espaço para a ampliação do cuidado, por meio da atuação de doulas, fisioterapeutas e psicólogos, por exemplo.

O contexto assistencial multidisciplinar favorece o seguimento da evolução do trabalho de parto, que não acontece da mesma forma para todas as mulheres, não devendo, portanto, ser cronometrado e padronizado com regras rígidas e imutáveis (SABATINO, 2014a).

O acompanhamento da evolução do trabalho de parto em parturientes de risco habitual deve ser feito por meio da verificação manual da dinâmica uterina e da vitalidade fetal pela ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais (BRASIL, 2014). A análise deste acompanhamento demonstrou que o mesmo foi anotado em quase a totalidade dos prontuários e relatado pela grande maioria das mulheres. Segundo a OMS (1996) esta é uma prática claramente útil e que deve ser encorajada.

Por outro lado, constatou-se uma preocupante falta de anotação das técnicas não-farmacológicas para alívio da dor utilizadas nas parturientes, quando comparadas com o relato das mulheres, indicando descaso do serviço.

O banho morno e o uso da bola, bem como a deambulação e a massagem lombar são métodos incentivados pela OMS, bem aceitos pelas

parturientes, de baixo custo, que contribuem para a boa evolução do trabalho de parto, fáceis de serem implementados e que favorecem a formação de vínculo com a equipe de enfermagem. Tais métodos são mais adotados quando se tem a implementação das PBE nos serviços (CÔRTEZ et al., 2015).

Como efeitos benéficos do banho com água morna, mesmo que somente por aspersão, encontram-se o alívio da dor; conforto e relaxamento; diminuição da ansiedade e da tensão materna devido à redução dos níveis hormonais relacionados ao estresse; melhora no padrão das contrações uterinas, funcionando também como corretor de distócias motoras e diminuindo o tempo do trabalho de parto; higiene e maior satisfação materna com o parto (BENFIELD, 2010; BRASIL, 2014; SABATINO, 2014a)

A adoção de posições mais verticalizadas durante o trabalho de parto, tanto pelo uso da bola ou do assento ativo, como da deambulação, aumentam o diâmetro da pelve e a tolerância à dor, diminuem a duração da fase ativa e proporcionam alívio da tensão muscular. Instintivamente, as mulheres têm impulso para aliviar sua dor e desconforto, por isso se mostram inquietas e mudam de posição frequentemente. Este instinto leva a mulher a adotar posturas mais vantajosas para a descida do feto, encontrando caminhos de menor resistência na pelve (BRASIL, 2014; SABATINO, 2014b).

O ambiente em que a mulher vivencia o seu trabalho de parto também tem relação direta com a sensação dolorosa. Da mesma forma que um ambiente desagradável e estressante pode funcionar como um fator agravante da dor durante o trabalho de parto, um espaço tranquilo e acolhedor também pode contribuir para amenizar as dores e aliviar a tensão nesse momento (SABATINO, 2014b). Na maternidade de estudo a estrutura física deixa a desejar no que se refere a ambiência e privacidade. As paredes são remendadas e sem pintura, os quartos de pré-parto e os banheiros são coletivos, a parturiente e seu acompanhante ficam restritos a pequenos espaços fechados por biombos.

Neste estudo, o acompanhante esteve presente em quase a totalidade dos casos, porém também houve diferença entre o que foi anotado no prontuário e os relatos das mulheres. Entretanto os resultados foram melhores se comparado com as proporções nacionais, onde 75% das mulheres tiveram acompanhante em algum momento do parto e somente 20% se beneficiaram com a

presença contínua do acompanhante de sua escolha durante toda a internação (LEAL et al., 2014a).

Os benefícios da presença de um acompanhante da rede afetiva da gestante durante o trabalho de parto já foram descritos na literatura e mostram maior segurança e confiança da mulher na sua capacidade de parir, menor necessidade de medicação e analgesia, menor duração do trabalho de parto, menor número de cesáreas e maior satisfação com o parto (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014; SABATINO, 2014a). Portanto, mais do que ser aceito no serviço, este deve ser acolhido pela equipe e orientado sobre como auxiliar a parturiente.

Apesar de, na instituição em estudo, os partos serem mais conduzidos por médicos, acreditamos que a enfermeira tem um papel importante na orientação das parturientes quanto ao direito de escolha do local e da posição para parir, influenciando assim nos desfechos e na satisfação materna.

Interessante foi notar que a porcentagem de parto normal no quarto e na sala de parto foi muito semelhante. Apesar do serviço não contar com quartos individuais PPP e oferecer quartos coletivos e com pouca privacidade, não houve a “exigência” da realização dos partos em sala de parto.

Pode-se analisar este dado por dois espectros. Primeiramente, que a paciente não precisou ser transferida para outro local e outra cama no período expulsivo, o que gera bastante desconforto para a mulher. Mas, por outro lado, aponta menor privacidade, visto que, se os quartos são coletivos, estas mulheres ficam expostas a outras pacientes e acompanhantes no momento do seu parto.

Porém, o fato de o parto ter acontecido no quarto não foi um fator facilitador para que a posição ocorresse de forma diferente da tradicional, litotômica. No Brasil, é nesta posição também que 91,7% das mulheres dão à luz (LEAL et al., 2014a).

Há mais de três décadas já se comprovou as inúmeras desvantagens da posição litotômica, como a compressão da veia cava inferior e artéria aorta, estreitamento do canal de parto, perda da mobilidade pélvica, diminuição das contrações uterinas e perda do auxílio da gravidade para a expulsão fetal. Assim, inúmeros desconfortos e complicações para o binômio se tornam decorrentes desta prática, como a hipotensão materna, que diminui a perfusão placentária e pode levar ao sofrimento fetal por hipóxia; progressão mais lenta do trabalho de parto e aumento da duração do período expulsivo; maior risco de

lacerações perineais, episiotomia, partos instrumentais e hemorragia; e maior desconforto para a mulher (CÔRTEZ et al., 2015; GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012; SABATINO, 2014a).

Seu uso em larga escala está associado com o modelo tecnocrático e centrado no profissional, pois, sem dúvida, trata-se da posição mais ergonômica para conduzir e, principalmente, intervir no parto (BRASIL, 2014; LEAL et al., 2014a; SABATINO, 2014b).

Oferecer à mulher liberdade de posição e encorajar uma posição não supina no parto são condutas benéficas e que devem ser encorajadas pela equipe que a assiste, pois em posições mais eretas as mulheres contam com o auxílio da força da gravidade para a dilatação do colo do útero e para a saída do bebê, puxos mais eficazes, menor duração do trabalho de parto e participação mais ativa da mulher no parto. Esta é a posição preferencialmente escolhida por mulheres com postura mais ativa e que se sentem livres para adotar a posição mais confortável para si no momento do parto (GUPTA; HOFMEYR; SHEHMAR, 2012; OMS, 1996; SABATINO, 2014a).

Todavia, ficou claro que o discurso de respeitar a autonomia da mulher para a escolha da posição para o parto é falho, pois quase nenhuma mulher deste estudo pariu de forma verticalizada e esta informação não constava nos prontuários. Percebe-se uma prática tradicionalista e falta de atualização por parte da equipe sobre as vantagens desta e outras posições para o parto. Outras formas e locais para parir, como a posição de cócoras, na banheira, no chuveiro, de quatro apoios, semissentada e sentada na banquetta, não foram relatadas neste estudo, tanto nos prontuários como pelas puérperas. A falta de estrutura também pode ter sido um fator de impedimento para algumas práticas, como no caso de parto na água, onde se necessita de uma banheira que pode ser inflável ou fixa, mas que não existe nesta instituição. Porém, acredita-se que o maior fator limitador para essa mudança de prática é a resistência de alguns profissionais, e não somente a falta de estrutura física.

O respeito pela autonomia da mulher também engloba o contato precoce com o seu filho após o parto, ato claramente reconfortante para ambos (LEISTER; RIESCO, 2013). Neste estudo, a maioria das mulheres relatou vivenciar este momento, porém esta percepção foi associada à proximidade com seu filho logo após o parto, e não ao contato pele a pele.

A ajuda e orientação para a sucção na primeira hora de vida normalmente é uma atividade desempenhada pela equipe de enfermagem. Na instituição onde foi realizado o estudo não foi diferente. Normalmente o médico conduz o parto, e sempre está presente, como circulante de sala, um técnico de Enfermagem ou a própria enfermeira. Estes profissionais têm a função de auxiliar o pediatra no primeiro atendimento ao recém-nascido e deve ter o olhar humanizado auxiliar na primeira mamada, assim que mãe e bebê se mostrarem prontos para este momento (OMS, 1996). Neste estudo, porém, muitas das mulheres não puderam contar com a ajuda e a orientação deste profissional para amamentar.

Na prescrição de enfermagem da instituição em estudo não consta o contato precoce e o auxílio para a amamentação nos cuidados a serem realizados e checados pela equipe, o que talvez possa não estimular o profissional a realizá-lo. Entretanto, a amamentação na primeira hora de vida foi superior à taxa nacional, de 44,5% em bebês saudáveis (LEAL et al., 2014a).

Neste serviço, em condições normais, o bebê nascido de parto normal só sai da sala de parto com a mãe. Já o bebê nascido de cesárea sai do centro cirúrgico com o pediatra e fica com o pai e a técnica de enfermagem até a saída da mãe da sala de cirurgia. Só então é iniciado o contato e a amamentação, o que explica, em parte, o fato de muitos dos bebês não terem sido amamentados na primeira hora de vida. Outros estudos também mostram que a cesariana colaborou significativamente para a separação da mãe e do bebê e postergação da amamentação, quando comparado com o parto normal (LEAL et al., 2014a; MOREIRA et al., 2014).

As anotações de enfermagem são fontes escritas de informações relativas ao estado do paciente e cuidados prestados a ele. Apesar de ser uma ação exclusiva da enfermagem, ela visa, além da comunicação eficaz entre os turnos de plantão, a comunicação entre todos os membros da equipe multiprofissional, a fim de auxiliar na tomada de decisões e dar continuidade à assistência prestada (BORSATO et al., 2012).

Além da falta de anotações completas e fidedignas, a não checagem dos itens da prescrição de enfermagem apontam falhas na qualidade da assistência prestada, não garantindo o respaldo ético e legal acerca do paciente assistido. Além disso, quando as anotações são realizadas de forma criteriosa, oferecendo informações claras e completas sobre o estado do paciente, esta funciona como

uma medida eficaz para a visibilidade da enfermagem (BORSATO et al., 2012; LEAL et al., 2014a).

A limitação de anotações no prontuário acerca da evolução do trabalho de parto e dos métodos utilizados para o alívio da dor, poderiam ser minimizadas a partir da elaboração de uma nova prescrição, mais atualizada de acordo com as evidências científicas, com mais espaço para as anotações específicas de cada mulher, acompanhada de treinamento para sua implementação.

### **3.5 CONCLUSÃO**

Ao explorar o conceito de humanização, bem como as atividades realizadas pela equipe de enfermagem, pode-se identificar falhas, como a lacuna existente entre o discurso e a prática, principalmente no que concerne ao respeito e garantia da autonomia da mulher e aos métodos não farmacológicos usados para aliviar sua dor. Mais do que ‘orientar’, mostrou-se que é preciso ‘fazer’, ajudar e se envolver com a parturiente que necessita de cuidados.

Alguns importantes avanços já foram alcançados, como a garantia da presença do acompanhante e adequada monitorização do bem-estar materno e fetal para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto. Porém, muitas conquistas estão por vir, como a atuação efetiva da enfermeira obstetra neste contexto; valorização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor; diminuição de práticas sabidamente prejudiciais, como a posição de litotomia para o parto; estímulo de práticas comprovadamente benéficas, apoiadas na PBE, como o contato do binômio logo após o parto e a amamentação na primeira hora de vida; e melhoria na qualidade das anotações, visando, além do respaldo legal, maior relevância para a equipe de enfermagem, que atua diuturnamente no conforto e apoio às mulheres em trabalho de parto.

Para isso, muito além de estrutura física, é preciso valorizar a capacitação profissional, não só de enfermeiros, mas de todos os profissionais que atuam na assistência ao parto. Capacitação esta que vai além dos conhecimentos técnicos de obstetrícia, mas que permeia os pressupostos do SUS, da Humanização e dos direitos das mulheres. Portanto, os resultados deste estudo podem servir de alicerce para o resgate dos valores da assistência obstétrica humanizada que foram perdidos frente à medicalização do parto nesta instituição.

### 3.6 REFERÊNCIAS

AQUINO, Estela Maria Motta Lima Leão. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S8-S10, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BENFIELD, Rebecca. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses and contraction dynamics during labor. **Biol Res Nurs**. 12(1):28-36, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20453024>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BORSATO, Fabiane et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** 14 (3):610-7, 2012 Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a18.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a18.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)> . Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_fol\\_heto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf)> . Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Volume 4. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. Disponível em: <[http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizausus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

CÔRTEZ, Clodoaldo Tentes et al. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 716-725, Out 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt\\_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes. Compromisso com a mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S41-S42, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0041.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

GUPTA, J.K.; HOFMEYR, G.J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev**. 2012;(5):CD002006. Disponível em: <[http://www.cochrane.org/CD002006/PREG\\_position-in-the-second-stage-of-labour-for-women-without-epidural-anaesthesia](http://www.cochrane.org/CD002006/PREG_position-in-the-second-stage-of-labour-for-women-without-epidural-anaesthesia)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil. 2014. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.30, supl.1, 2014a. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Expanding the discussion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S43-S47, 2014b. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329-337, Jun 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <<http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em:

<[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_guia\\_versao\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-310, Jun 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a10v58n3.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SABATINO, Hugo. **Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências Científicas**: Paradigmas no trabalho de parto. Volume 2. Manaus, AM: Grafisa, 2014a.

SABATINO, Hugo. **Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências Científicas**: Paradigmas do nascimento. Volume 3. Manaus, AM: Grafisa, 2014b.

SANDALL, Jane et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst Rev** 2013; 8:CD004667. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

## VIA DE PARTO: DO DESEJO DAS MULHERES AOS DESFECHOS DO PARTO REAL

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Toda mulher tem o direito de vivenciar o parto como uma experiência positiva, receber orientações para poder fazer suas escolhas e desfrutar de um parto seguro, com o mínimo de intervenções. **OBJETIVOS:** Analisar a preferência pela via de parto, os motivos relatados pelas mulheres e os desfechos maternos e neonatais da assistência ao parto recebida em uma maternidade referência para risco habitual e intermediário. **MÉTODOS:** Estudo transversal analítico, aninhado a uma coorte prospectiva, com uma amostra de 358 puérperas internadas em uma maternidade pública do sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre julho a outubro de 2013, utilizando instrumento semiestruturado para transcrição de dados do prontuário hospitalar e de entrevista estruturada com as mulheres. Foi utilizado o teste Qui-quadrado ( $p \leq 0,05$ ) entre as variáveis independentes e a dependente Via de parto. **RESULTADOS:** A taxa de parto vaginal foi de 74,6%, 13,7% das cesáreas ocorreram intraparto e 11,7% de forma eletiva. Houve significância estatística entre a variável dependente e a idade materna ( $p=0,0001$ ), histórico obstétrico ( $p=0,0001$ ), via de parto desejada ( $p=0,0001$ ), motivo pela preferência pela cesárea ( $p=0,013$ ), dilatação cervical na internação ( $p=0,040$ ), intercorrências intraparto ( $p=0,0001$ ) e no puerpério imediato ( $p=0,015$ ) e contato precoce com o bebê e sucção na sala de parto ( $p=0,0001$ ). **CONCLUSÕES:** O desejo pelo parto normal da maioria das mulheres se efetivou, porém a prática de parto vaginal após cesárea foi baixa e a internação precoce determinou cesáreas intraparto. A cesariana esteve associada com a separação do binômio, postergação da amamentação após o nascimento e com intercorrências maternas no puerpério imediato. Sugere-se a implementação de protocolos clínicos, e a criação de grupo para discussão de indicações de cesáreas e avaliação de desfechos negativos.

**Palavras-chaves:** Parto normal. Cesárea. Nascimento Vaginal Após Cesárea.

## 4 ESTUDO 3

### PARTURITION WAY: FROM THE DESIRE OF WOMEN TO THE OUTCOME OF THE REAL CHILDBIRTH

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Every woman has the right to undergo childbirth as a positive experience, to receive orientations to be able to make choices and to enjoy a safe parturition, with minimum interventions. **OBJECTIVES:** Analyze the preference for mode of delivery, the reasons reported by women and maternal and neonatal outcomes of delivery care received in a maternity reference to habitual and intermediate risk. **METHODS:** A cross-sectional analytical study, hosted by a prospective cohort, with a sample of 358 hospitalized puerperal in a public maternity in South Brazil. The data collection was held from July to October 2013, using a semi-structured instrument to transcript data from medical records and structured interviews with the women. It was applied the chi-squared test ( $p \leq 0,05$ ) between the independent and dependent - childbirth way -variables. **RESULTS:** The rate of vaginal birth was 74,6%, 13,7% of the cesarean sections occurred intrapartum and 11,7% electively. There was statistical significance between the dependent variable and maternal age ( $p=0,0001$ ), obstetric history ( $p=0,0001$ ), preferred childbirth way ( $p=0,0001$ ), reason for cesarean section preference ( $p=0,013$ ), cervical dilatation in the hospitalization ( $p=0,040$ ), intrapartum ( $p=0,0001$ ) and imediate puerperium complications ( $p=0,015$ ) and early baby bonding and suction in the delivery room ( $p=0,0001$ ). **CONCLUSIONS:** The desire for normal delivery of most women was effective, but the practice of VBAC was low and early admission determined intrapartum caesareans. The ceasarean section was associated with the separation of the binomial, breastfeeding postponement after birth and maternal complications in the immediate postpartum period. It is suggested the implementation of clinical protocols, and creating group for discussion of indications of cesarean sections and evaluation of negative outcomes.

**Keywords:** Natural Childbirth. Cesarean Section. Vaginal Birth After Cesarean.

## 4.1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna no Brasil, apesar de estar em queda, ainda apresenta níveis inadmissíveis, cerca de quatro vezes maior que o encontrado em países desenvolvidos. Porém, a morte materna é apenas a 'ponta do iceberg'. Entre uma gestação saudável e uma morte materna pode haver um continuum de resultados não fatais que precisam ser considerados (LEAL et al., 2014a; REIS, 2015).

Estes percalços, que variam de gravidade e são corrigidos com um cuidado de saúde efetivo, são denominados Near Miss Materno (NMM). São exemplos de NMM a hemorragia pós-parto, danos perineais, infecções puerperais, eclâmpsia e reações anestésicas. Embora alguns desses incidentes não signifiquem risco de morte para a mulher, podem gerar repercussões negativas para sua saúde e sua vida sexual e reprodutiva. A razão de NMM no Brasil é de 10,2 a cada mil nascidos vivos, e mulheres negras, de baixa renda e baixa escolaridade apresentam maior risco para estes desfechos negativos (LEAL et al., 2014a; REIS, 2015; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Sem dúvida, o aprimoramento de tecnologias no cuidado à saúde favorece a redução da morbimortalidade materna e neonatal, porém seu uso excessivo, assim como a hipermedicalização do processo de nascimento, impõe inúmeros riscos ao binômio. Um exemplo claro do uso indevido da tecnologia é a prática crescente de cesárea, fato que ocorre no mundo todo, mas com destaque para o Brasil (BRASIL, 2014; SOUZA; PILEGGI-CASTRO, 2014).

Devido às altas taxas de intervenções durante o parto, sendo a maior delas a cesariana, baixa satisfação materna com o parto e a alta morbimortalidade materna e neonatal, o governo brasileiro vem instituindo programas e diretrizes que visam à modificação deste cenário (LEAL et al., 2014b). Em âmbito nacional, a Rede Cegonha (RC) instaurou em 2011 um novo modelo de atenção à saúde da mulher, com ênfase no parto e nascimento seguros. No mesmo ano no estado do Paraná, devido ao grande número de mortes evitáveis maternas e infantis, foi lançada a Rede Mãe Paranaense (RMP). Estes programas estabeleceram, entre outras diretrizes, a estratificação de risco, na qual a gestante é vinculada ao hospital de referência para atendimento das intercorrências durante a

gestação e no momento do parto, e a organização de uma rede de assistência articulada para garantir maior segurança e qualidade no cuidado ao binômio (BRASIL, 2011a; PARANÁ, 2013).

Partindo do pressuposto que toda mulher tem o direito de vivenciar o parto como uma experiência positiva e receber um cuidado baseado nas melhores evidências científicas, deve-se frisar a necessidade de orientações de saúde para que a mulher possa realizar suas escolhas e participar ativamente desse processo e a necessidade de reciclagem da assistência obstétrica brasileira, que pelas altas taxas de intervenções acarreta inúmeros prejuízos para a saúde do binômio (BRASIL, 2014; NASCIMENTO et al., 2015; VALE et al., 2015).

Portanto, o presente estudo teve como objetivo analisar a preferência pela via de parto, os motivos relatados pelas mulheres e os desfechos maternos e neonatais da assistência ao parto recebida em uma maternidade referência para risco habitual e intermediário.

## **4.2 MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal analítico, aninhado a uma coorte prospectiva, cuja unidade de análise foi composta por puérperas internadas em uma maternidade pública do sul do Brasil.

A amostra foi calculada considerando-se a população de 3.415 partos ocorridos nesta maternidade em 2012, margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, obtendo-se um n de 358. Foram consideradas elegíveis todas as mulheres que residiam na zona urbana do município e com diagnóstico obstétrico de risco habitual ou intermediário.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a outubro de 2013, utilizando entrevista semiestruturada para obtenção de dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos, além de transcrição de dados do prontuário hospitalar.

Os dados foram compilados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0 e analisados por meio do teste Qui-quadrado para a busca de possíveis associações ( $p \leq 0,05$ ) entre as variáveis independentes e a dependente Via de parto.

Para facilitar os testes estatísticos, visto o pequeno número de partos instrumentais, estes foram agregados aos partos normais, caracterizando-os nos resultados como parto vaginal.

De acordo com as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), CAAE: 19352513.9.0000.5231.

### 4.3 RESULTADOS

No período da coleta de dados, a taxa de parto normal na maternidade de estudo foi de 72,6% (n=260), 0,2% (n=07) de partos instrumentais (vácuo ou fórceps) e 25,4% (n=91) de cesárea. Entre as cesáreas, 13,7% ocorreram intraparto e 11,7% de forma eletiva. O médico foi o profissional que assistiu a grande maioria dos partos (92,7%) e 97% dos bebês nasceram a termo.

A maioria das mulheres se caracterizava como adultas jovens, na faixa etária entre 20 e 34 anos. Houve diferença estatística significativa entre a idade e a via de parto ( $p=0,0001$ ). As adolescentes tiveram mais parto vaginal e as mulheres acima de 35 anos, mais cesáreas. Entre as mulheres que tiveram como via de parto a cesárea, 79,1% não tinha parto vaginal anterior e entre as mulheres que tiveram como desfecho o parto vaginal, apenas 11,6% tinha cesárea anterior. Portanto, houve significância estatística entre o histórico obstétrico e a via de parto ( $p=0,0001$ ). Já entre situação conjugal, escolaridade, condição de ocupação, renda familiar, número de moradores da casa e paridade com a via de parto não houve significância estatística (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição dos dados socioeconômicos, demográficos e obstétricos das puérperas conforme desfecho da via de parto. Londrina, PR, 2016.

Variáveis	Via de parto				p valor*
	Vaginal		Cesárea		
	n	%	n	%	
<b>Idade</b>					
Até 19 anos	66	24,7	10	11,0	0,0001
20 a 34 anos	179	67,0	64	70,3	
35 anos e mais	22	8,2	17	18,7	
<b>Situação conjugal</b>					
Com companheiro	222	83,1	79	86,8	0,410
Sem companheiro	45	16,9	12	13,2	
<b>Escolaridade</b>					
Baixa	70	26,2	19	20,9	0,694
Média	175	65,5	67	73,6	
Alta	22	8,2	5	5,5	
<b>Condição de ocupação</b>					

Remunerada	102	38,2	45	49,5	0,060
Não remunerada	165	61,8	46	50,5	
<b>Renda familiar</b>					
Até 1 salário mínimo	62	23,2	24	26,4	0,580
De 2 a 3 salários mínimos	124	46,4	41	45,1	
Mais que 3 salários mínimos	81	30,3	26	28,6	
<b>Número de moradores na casa</b>					
1 a 3	84	31,5	27	29,7	0,541
4 a 6	166	62,2	56	61,5	
7 e mais	17	6,4	8	8,8	
<b>Paridade</b>					
Primíparas	107	40,1	34	37,4	0,648
Múltiparas	160	59,9	57	62,6	
<b>Parto vaginal anterior</b>					
Sim	139	52,1	19	20,9	0,0001
Não	128	47,9	72	79,1	
<b>Cesárea anterior</b>					
Sim	31	11,6	45	49,5	0,0001
Não	236	88,4	46	50,5	
<b>Total</b>	267	100,0	91	100,0	

\*Teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

Após o parto, as puérperas foram questionadas sobre seu desejo pela via de parto e os motivos que levaram a esta preferência. Algumas mulheres relataram mais de uma razão e outras não souberam indicá-la. Observa-se que a maioria das mulheres relatou preferência pelo parto normal, sendo que destas, 85,4% conseguiram realizá-lo. Portanto, houve significância estatística entre a via de parto desejada e a via de parto real ( $p=0,0001$ ). Grande parte das puérperas referiu desejo pelo parto normal devido a melhor recuperação no pós-parto e somente as mulheres que relataram medo da cesárea, por conhecer suas complicações, tiveram parto normal. Já entre as mulheres que desejavam a cesárea, a maioria acreditava que este procedimento causava menos dor. A relação entre os motivos relatados do desejo pela cesárea e a via de parto real foi estatisticamente significativa ( $p=0,013$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2** - Desejo das mulheres quanto à via de parto e os motivos relatados para esta preferência, distribuídos conforme a via de parto real. Londrina, PR, 2016.

Variáveis	Via de parto real				p valor*
	Vaginal		Cesárea		
	n	%	n	%	
<b>Qual era a via de parto desejada pela mulher?</b>					
Parto normal	228	85,4	54	59,3	0,0001
Cesárea	39	14,6	37	40,7	
<b>Por que desejava parto normal?</b>					
Melhor recuperação no pós-parto	146	74,1	37	82,2	0,096
Melhor para o binômio	35	17,8	8	17,8	
Medo da cesárea	16	8,1	0	0,0	
<b>Por que desejava cesárea?</b>					
Menos dor	31	83,8	18	56,2	0,013
Incapacidade referida para parir**	6	16,2	14	43,8	
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>91</b>	<b>100,0</b>	

\*Teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

\*\*Cesáreas anteriores, bacia estreita, falta de dilatação nos partos anteriores.

A tabela 3 apresenta dados da internação e da assistência durante o trabalho de parto para as mulheres que tiveram como desfecho o parto vaginal ou cesárea intraparto. Houve significância estatística entre a dilatação cervical na internação e a via de parto ( $p = 0,040$ ). Observa-se que 83,7% das mulheres que tiveram como desfecho a cesárea intraparto internaram com pouca dilatação cervical (0-3 cm). Não houve significância estatística entre a dinâmica uterina, estado das membranas, características do líquido amniótico e uso de ocitocina para a indução do parto com o desfecho da via de parto. Porém, nota-se que o uso de ocitocina na instituição foi bastante frequente (Tabela 3).

**Tabela 3** - Distribuição dos dados da internação e do trabalho de parto com o desfecho da via de parto. Londrina, PR, 2016.

Variáveis	Via de parto				p valor*
	Parto vaginal		Cesárea intraparto		
	n	%	n	%	
<b>Dilatação cervical na internação</b>					
0-3 cm	117	43,8	41	83,7	0,040
4-7 cm	125	46,8	8	16,3	
8-10 cm	16	6,0	0	0,0	
Estágio expulsivo	4	1,5	0	0,0	
Sem registro	5	1,9	0	0,0	
<b>Dinâmica uterina</b>					
Presente	163	61,0	21	42,9	

Ausente	87	32,6	23	46,9	0,147
Sem registro	17	6,4	5	10,2	
<b>Estado das membranas</b>					
Íntegra	192	71,9	39	79,6	
Rota	62	23,2	7	14,3	0,968
Sem registro	13	4,9	3	6,1	
<b>Característica do líquido amniótico</b>					
Claro	218	81,6	34	69,4	
Meconial	12	4,5	5	10,2	0,188
Sem registro	37	13,9	10	20,4	
<b>Uso de ocitocina para a indução do parto</b>					
Sim	131	49,1	22	44,9	0,592
Não	136	50,9	27	55,1	
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	

\*Teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

n=316 (Excluídas 42 mulheres que internaram para realização de cesárea eletiva)

Entre as 91 cesáreas, 42 ocorreram fora do trabalho de parto, de forma eletiva, e entre as principais indicações estavam a cesárea anterior e a apresentação pélvica do feto. Em relação às indicações para a cesariana, encontrou-se significância estatística entre o relato da mulher e o tipo de cesárea ( $p=0,0001$ ), mostrando que as mulheres com cesárea anterior não foram expostas ao trabalho de parto (Tabela 4).

Foram agrupados como problemas relacionados ao feto e anexo: bebê grande, bebê pélvico, presença de mecônio no líquido amniótico, sofrimento fetal agudo (SFA), prolapso de cordão, assinclitismo, descolamento prematuro de placenta (DPP) e oligodrâminia. Entre os problemas relacionados à mãe constava a falta de dilatação/falha na indução, aumento da pressão arterial e trabalho de parto prolongado com bolsa rota. As indicações de cesárea descritas no prontuário se diferenciavam um pouco do relatado pela mulher (Tabela 4).

**Tabela 4** - Distribuição das indicações para a cesariana descritas nos prontuários e relatadas pelas mulheres. Londrina, PR, 2016.

Variáveis	Tipo de cesárea				p valor*
	Eletiva		Intraparto		
	n	%	n	%	
<b>Descrição da mulher</b>					
Problemas relacionados ao feto e anexos	15	35,7	26	53,1	
Problemas relacionados à mãe	4	9,5	23	46,9	
Cesárea anterior	23	54,8	0	0,0	0,0001
<b>Descrição no prontuário</b>					
Problemas relacionados ao feto e anexos	13	31,0	22	44,9	
Problemas relacionados à mãe	1	2,4	6	12,3	
Cesárea anterior	28	66,7	1	2,0	0,781
Distócia de progressão ou DCP**	0	0,0	20	40,8	
<b>Total</b>	42	100,0	49	100,0	

\*Teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

\*\* Desproporção cefalopélvica

Na Tabela 5 estão distribuídos os desfechos maternos e neonatais de acordo com o tipo de parto. Observa-se que 71,5% das cesáreas intraparto foram decorrentes de intercorrências com o feto ( $p=0,0001$ ); no puerpério imediato, período de até 24 horas após o parto, as alterações nos sinais vitais (SSVV) e estado geral foram mais frequentes em mulheres submetidas à cesariana ( $p=0,015$ ); e o relato da mulher sobre o contato precoce com o bebê e a sucção na primeira de vida associou-se com o tipo de parto ( $p=0,0001$ ), mostrando que a proximidade do bebê com a mãe foi mais frequente após o parto vaginal.

Não houve significância estatística entre a eliminação de mecônio intraparto, intercorrências no quarto período, Boletim de Apgar no 1º e 5º minuto, encaminhamento para Unidade de Internação Neonatal (UIN) e o relato de complicações no parto com o tipo de parto (Tabela 5).

**Tabela 5** - Distribuição dos desfechos maternos e neonatais de acordo com o tipo de parto. Londrina, PR, 2016.

Variáveis	Tipo de parto						p valor*
	Parto vaginal		Cesárea intraparto		Cesárea eletiva		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Intercorrências intra-parto</b>							
Intercorrência com o feto	41	15,4	35	71,5	7	16,8	
Intercorrência com a mãe	8	3,0	3	6,1	2	4,9	0,0001
Não teve	218	81,6	11	22,4	33	78,3	
<b>Eliminação de mecônio intraparto</b>							
Sim	36	13,5	14	28,6	7	16,7	0,150

Não	231	86,5	35	71,4	35	83,3	
<b>Intercorrências no quarto período</b>							
Sangramento aumentado	9	3,4	0	0,0	1	2,4	
Alteração nos SSVV e estado geral	23	8,6	4	8,2	3	7,1	0,464
Não teve	235	88,0	45	91,8	38	90,5	
<b>Intercorrências no puerpério imediato</b>							
Sangramento aumentado	6	2,2	0	0,0	1	2,4	
Alteração nos SSVV e estado geral	41	15,4	15	30,6	12	28,6	0,015
Não teve	220	82,4	34	69,4	29	69,0	
<b>Contato precoce com o bebê relatado pela puérpera</b>							
Sim	243	91,0	36	73,5	32	76,2	0,0001
Não	24	9,0	13	26,5	10	23,8	
<b>Sucção na sala de parto relatada pela puérpera</b>							
Na 1ª hora de vida	217	81,3	26	53,1	20	47,6	0,0001
Após a primeira hora de vida	50	18,7	23	46,9	22	52,4	
<b>Boletim de Apgar no 1º minuto</b>							
0 - 3	3	1,1	0	0,0	1	2,4	
4 - 6	7	2,6	3	6,1	0	0,0	0,927
7 - 10	257	96,3	46	93,9	41	97,6	
<b>Boletim de Apgar no 5º minuto</b>							
4 - 6	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0,587
7 - 10	266	99,6	49	100,0	42	100,0	
<b>Motivo do encaminhamento para UIN</b>							
Anóxia	3	1,1	1	2,0	0	0,0	
Desconforto respiratório	17	6,4	3	6,1	3	7,1	0,937
Hipotermia	5	1,9	0	0,0	1	2,4	
Não foi encaminhado	242	90,6	45	91,8	38	90,5	
<b>Relato de complicações no parto</b>							
Com o bebê e anexos**	15	5,6	13	26,5	1	2,4	
Com a mãe***	12	4,5	3	6,1	4	9,5	0,068
Não relata complicações	240	89,9	33	67,3	37	88,1	
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	

\*Teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ )

\*\* Fórceps, circular de cordão e eliminação de mecônio intraútero

\*\*\* Hemorragia, lacerações, problemas com a anestesia da cesárea e infecção puerperal

#### 4.4 DISCUSSÃO

A taxa de cesárea neste estudo foi inferior à taxa nacional, na qual 45,5% das gestantes de risco habitual são submetidas à cirurgia, entre estas, 17,4% intraparto e 28,1% de forma eletiva (LEAL et al., 2014a).

Apesar de uma porcentagem satisfatória de parto vaginal, principalmente entre as adolescentes e adultas jovens, a taxa de VBAC (“vaginal birth after cesarean” ou parto vaginal após cesárea) é ainda menor que a nacional (15%), o que mostra, ao contrário do que trazem as Práticas Baseadas em Evidências (PBE) acerca da segurança desta prática, que no Brasil a regra ‘uma vez cesárea, sempre cesárea’ faz parte da assistência obstétrica vigente (DOMINGUES et al., 2014; LEAL et al., 2014a; SABATINO, 2014a).

A literatura evidencia que o abuso de intervenções e tecnologias, incluindo aqui a cesárea, é fruto de um modelo tecnocrático e centrado no médico. A baixa atuação da enfermeira obstetra na condução dos partos não é exclusividade deste serviço. No Brasil, apenas 15% dos partos são assistidos por enfermeiras, com mais frequência em locais menos favorecidos e com ausência de médicos obstetras. Este modelo hegemônico coloca o médico à frente da assistência porque enxerga o processo de parto e nascimento como um evento clínico e patológico, sendo por isso necessário intervir (BRASIL, 2014; LEAL et al., 2014b; SABATINO, 2014b).

Assim como em outros estudos, a maioria das mulheres desejava ter um parto normal (DOMINGUES et al., 2014; LEAL et al., 2014a; NASCIMENTO et al., 2015). Independentemente da forma como ocorreram, grande parte das mulheres que desejava o parto normal conseguiu realizá-lo. Este dado parece ser resultado das iniciativas governamentais como a RC e a RMP que incentivam e acompanham as taxas de parto normal nos serviços de saúde (BRASIL, 2011a; PARANÁ, 2013).

O motivo mais frequente relatado pelas mulheres que preferiam o parto normal foi a melhor recuperação no pós-parto, pois referiam que desta forma só sentiriam dor no momento do trabalho de parto, sendo, portanto, mais rápido e prático para esta mulher, que teria um pós-parto mais fácil, com menor dependência para a locomoção, auto-cuidado e cuidado com o bebê. A melhor recuperação também é apresentada como motivação para o parto normal em outros estudos (DOMINGUES et al., 2014; NASCIMENTO et al., 2015; VALE et al., 2015). No

presente estudo, este motivo também foi decorrente do fato de a maioria das mulheres ter outros filhos e cuidar da casa (trabalho não remunerado), sendo beneficiadas com uma recuperação mais fácil no pós-parto.

Pode-se inferir que o baixo relato das mulheres sobre os riscos e as complicações da cesárea foi decorrente da escassez de orientações durante o pré-natal sobre as vantagens e desvantagens do parto normal e da cesariana. Algumas mulheres relataram ainda que, por serem usuárias do SUS ou não terem dinheiro para custear uma cirurgia, eram 'obrigadas' a ter parto normal, o que vai ao encontro de outros estudos brasileiros que mostraram a relação cultural brasileira que 'cesárea é coisa de rico e parto normal, coisa de pobre', conferindo a cesárea um padrão melhor de atendimento (DOMINGUES et al., 2014; GAMA et al., 2014).

Nas últimas duas décadas em nosso país, nota-se um aumento na preferência pela cesariana. Algumas brasileiras percebem a cesárea como um procedimento mais seguro que o parto normal, menos doloroso, de maior qualidade e praticidade. Já o parto normal é visto pelas mulheres como evento de alto risco para sua saúde e principalmente para sua vida sexual, pois associam este tipo de parto com a necessidade de um corte vaginal e com a frouxidão do períneo (DOMINGUES et al., 2014; GAMA et al., 2014; LEAL et al., 2014b; VALE et al., 2015; SABATINO, 2014a).

O medo da dor do parto foi o principal motivo que incitou as mulheres deste estudo a desejarem a cesariana. O medo do desconhecido, decorrente da falta de diálogo e orientações sobre o parto parece ser o principal gerador de ansiedade e que faz com as mulheres acreditem que a cesárea seja mais cômoda, tranquila e que gera menos dor e sofrimento, como relatado pelas mulheres deste e de outros estudos (DOMINGUES et al., 2014; VALE et al., 2015).

A 'incapacidade para parir' referida por muitas mulheres que tinham uma ou mais cesáreas anteriores mostrou uma visão do seu corpo como defeituoso, quando estas referiam "não tenho dilatação" ou "meu osso do quadril não abre". Especialmente para estas mulheres, o apoio e orientação dos profissionais da APS durante o acompanhamento pré-natal torna-se imperioso no resgate da confiança na natureza e no corpo feminino para parir (VALE et al., 2015).

Uma possível limitação do estudo seria que o desejo por uma via de parto foi perguntado à mulher após o nascimento, portanto, a via de parto final pode ter influenciado a resposta da mulher sobre a sua preferência inicial, ou seja, uma

mulher que desejava o parto normal, mas que teve uma cesárea satisfatória, pode ter entendido a cesárea como melhor opção e alterado sua resposta. Da mesma forma, mulheres que tiveram um parto normal muito sofrido, podem ter superestimado o desejo pela cesárea. Este viés também foi notado pelo fato de que nenhuma mulher relatou desejar a cesárea devido ao medo de causar danos no períneo, pensamento que é relatado por muitas mulheres em outros estudos (LEAL, et al., 2014b; SABATINO, 2014a).

Portanto, tendo em vista que a humanização do parto refere como essencial o cuidado centrado na mulher, mais do que garantir a via de parto desejada, deve-se possibilitar que este momento seja cercado de respeito pelas necessidades pessoais e valores culturais, contribuindo assim não só para o bem-estar físico, mas também psíquico, pois sabe-se que as experiências negativas e traumáticas com o parto podem levar a distúrbios psicológicos, como a depressão pós parto ou problemas para aceitar, envolver-se emocionalmente, cuidar e amamentar o filho (DOMINGUES et al., 2014; SABATINO, 2014a).

Além do incentivo ao parto normal, os profissionais da APS devem fortalecer a confiança das mulheres na sua capacidade de parir naturalmente. Quando bem orientadas, estas mulheres se tornam mais seguras e conseguem reconhecer o momento adequado de procurar o serviço de atenção ao parto, evitando assim internações precoces (DOMINGUES et al., 2014).

Neste estudo, um grande número de mulheres foi internado precocemente para o parto, com pouca dilatação cervical e sem dinâmica uterina. Isto culminou em uma alta taxa de cesárea intraparto, coincidindo com a literatura que traz a internação precoce como um importante fator desencadeador de intervenções, incluindo a cesárea e, conseqüentemente, de complicações para o binômio (LEAL et al., 2014c; SABATINO, 2014b).

A medicalização do parto é uma prática comum no Brasil, onde somente 5,6% das mulheres conseguem ter um parto natural, mesmo se tratando de gestações de risco habitual. O uso de ocitocina nas mulheres brasileiras tem uma frequência de quase 40% (LEAL et al., 2014c). O uso de fármacos para induzir ou acelerar o processo de nascimento no presente estudo teve uma taxa um pouco acima da nacional, na qual acredita-se ser resultado de uma assistência tecnicista, onde é necessário intervir e também da internação precoce das gestantes.

Situações emergenciais podem surgir no decorrer do processo de nascimento mesmo em gestações de risco habitual, e a equipe multidisciplinar deve estar atenta e pronta para intervir neste momento a fim de prevenir complicações e aumentar a probabilidade de uma mulher e um bebê saudável após o parto (BRASIL, 2014; REIS, 2015). Toda cesárea põe em risco a vida e a integridade da mulher e de seu filho, por isso deve ser eticamente reservada para casos onde é necessário resguardar a vida e a saúde da mãe ou do bebê, evitando causar danos desnecessários (SABATINO, 2014a).

O fato de as indicações de cesárea descritas no prontuário se diferenciar do relato da mulher, nos leva a pensar que a informação passada para a mesma não foi condizente com a realidade ou a mesma não conseguiu compreender a fala do profissional. Isso faz com que muitos mitos sobre o parto se perpetuem na sociedade. Por exemplo, uma descrição de desproporção céfalo-pélvica (DCP) registrada do prontuário pode ser explicada ou entendida pela mulher como “bacia estreita” ou “bebê grande demais”, o que pode induzir ao pensamento de que mulheres com quadril estreito ou com bebês grandes não podem ter parto normal.

Por se tratar de uma instituição pública, a indicação de cesárea ocorreu por fatores clínicos, e não por fatores socioeconômicos, como ocorre em instituições privadas (DOMINGUES et al., 2014; GAMA et al., 2014). Outro fator positivo foi que as cesáreas eletivas, em sua grande maioria, ocorreram após a 39ª semana, com bebês considerados ‘termos tardios’, o que acarreta menor risco de morbidade neonatal (HANSEN et al., 2008; TORRES et al., 2014).

Porém, as cesáreas eletivas ocorreram principalmente por posição pélvica do feto e cesárea anterior, ambas não consideradas indicações absolutas de cesárea. Como em outros hospitais brasileiros, o parto vaginal após cesárea ainda é um desafio a ser superado (TORRES et al., 2014). Além disso, visto as experiências positivas na condução de partos normais após cesariana, recomenda-se que as mulheres com cesariana prévia sejam colocadas à prova de um trabalho de parto como uma tentativa de se evitar uma nova cirurgia (ACOG, 2010).

De acordo com os registros em prontuário, a realização de cesariana neste estudo, em mulheres com duas ou mais cesáreas prévias também ocorreu com a finalidade de se realizar laqueadura tubária. As dificuldades de acesso ao

planejamento reprodutivo também foram levantadas por Domingues et al. (2014) como um fator para a realização da laqueadura durante a cirurgia cesariana.

Os problemas relacionados ao feto e anexos foram, depois da cesárea anterior, o motivo mais relatado pelas mulheres e descrito nos prontuários para a realização de cesárea, tanto eletiva como intraparto, esta última principalmente por mecônio e sofrimento fetal agudo (SFA). Sabe-se que a presença do mecônio só se torna uma indicação para cesárea quando associado ao SFA. Quando isolado, o mecônio mostra-se como um sinal de maturação fetal e a cesárea não o protege de uma aspiração do líquido meconial (BRASIL, 2016).

As pacientes submetidas à cesariana apresentaram mais intercorrências nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Principalmente a dor (considerada como 5º sinal vital) abdominal, lipotímia ao se levantar, náuseas, vômitos e dificuldade para amamentar.

O parto vaginal foi um fator protetor para o contato precoce da mãe com o bebê, bem como para o início da sucção na primeira hora de vida. O mesmo foi encontrado em outros estudos, onde se comprovou o afastamento do bebê quando a mulher é submetida a uma cesariana, seja ela eletiva ou ocorrida intraparto (LEAL et al., 2014a; MOREIRA et al., 2014).

Além do parto vaginal, a credencial de Hospital Amigo da Criança, como é o caso da instituição em estudo, também é considerada um fator motivador para a realização do contato pele a pele precoce, amamentação na primeira hora de vida, alojamento conjunto durante toda a hospitalização e alta do binômio em aleitamento materno exclusivo (TORRES et al., 2014).

#### **4.5 CONCLUSÃO**

Ao analisar a preferência das mulheres e a via de parto realizada, pode-se notar que o desejo pelo parto normal da maioria se efetivou, indicando que a maternidade em estudo está adequada aos parâmetros preconizados pela OMS.

Entretanto, em relação aos desfechos, a prática de parto vaginal após cesárea foi baixa e a internação precoce determinou cesáreas intraparto. Apesar da taxa reduzida de cesáreas, estas estiveram associadas com a separação do binômio, postergação da amamentação após o nascimento e com intercorrências maternas no puerpério imediato.

Neste sentido, cabe sugerir a implementação de protocolos clínicos, para a atuação de todos os membros da equipe baseada em cuidado com evidências científicas e a criação de grupo para discussão de indicações de cesáreas e avaliação de desfechos negativos.

#### 4.6 REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. **Obstet Gynecol.** 116:450–63, 2010. Disponível em: <<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Volume 4. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. Disponível em: <[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 381p. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-116, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S117-S127, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0117.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

HANSEN, Anne Kirkeby et al. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008; 336:85-7. Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/bmj/336/7635/85.full.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.30 supl.1, 2014a. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Expanding the discussion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S43-S47, 2014b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

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, 2014c. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

NASCIMENTO, Raquel Ramos Pinto do et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 119-126, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0119.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_guia\\_versao\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia_versao_final.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa. Segurança do paciente na atenção ao Parto e ao Nascimento. **Proqualis**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <<http://proqualis.net/aula/seguran%C3%A7a-do-paciente-na-aten%C3%A7%C3%A3o-ao-parto-e-nascimento>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SABATINO, Hugo. **Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências Científicas: Paradigmas do nascimento**. Volume 3. Manaus, AM: Grafisa, 2014a.

SABATINO, Hugo. **Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências Científicas: Paradigmas no trabalho de parto**. Volume 2. Manaus, AM: Grafisa, 2014b.

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S11-S13, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

TORRES, Jacqueline Alves et al. Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S220-S231, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0220.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

VALE, Luana Dantas et al. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 86-92, Sept. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n3/1983-1447-rgenf-36-03-00086.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde notou-se que este, apesar de sua ampla cobertura, foi insuficiente para o preparo da mulher para o parto, com orientações escassas e pouco efetivas. A assistência ao parto e nascimento ofertada na maternidade em estudo mostrou-se fragilizada no que concerne à transferência do discurso de humanização para a prática diária e os alguns desfechos maternos e perinatais foram menos favoráveis quando a mulher foi submetida a uma cesariana.

Na assistência pré-natal evidenciou-se a necessidade de:

- ✓ Capacitação multiprofissional para a efetivação de um cuidado holístico e baseado nas necessidades da mulher;
- ✓ Inclusão da enfermeira obstetra na equipe de APS;
- ✓ Superação do modelo clínico, centrado em número de consultas, medições e queixas da gestante;
- ✓ Utilização de tecnologias leves a fim de acolher, compreender o contexto de cada gravidez e as experiências e expectativas de cada mulher;
- ✓ Envolvimento do acompanhante no preparo para o parto/paternidade;
- ✓ Criação da 'Roda de gestantes' para o compartilhamento de experiências e educação em saúde;
- ✓ Fortalecimento da referência da APS para a maternidade, com o preenchimento adequado do cartão de pré-natal e agendamento de visita das gestantes à maternidade.

Na assistência ao parto os resultados deram ênfase para a necessidade de:

- ✓ Evitar a internação precoce de gestantes na maternidade, colaborando com a diminuição de intervenções;
- ✓ Acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor e posições mais verticalizadas para o parto;
- ✓ Atuação efetiva da enfermeira obstetra na condução de partos de risco habitual, visando um cuidado mais humanizado e menos intervencionista;
- ✓ Garantia do exercício da autonomia pela mulher;

- ✓ Adequação da prescrição de enfermagem da instituição em estudo, bem como capacitação da equipe para que seu preenchimento correto facilite as tomadas de decisões e ofereçam maior respaldo legal sobre a assistência prestada;
- ✓ Restauração da estrutura física, visando à ambiência e a privacidade;
- ✓ Capacitação da equipe multiprofissional para atuação uniforme e atualizada com as evidências científicas;
- ✓ Criação de grupo para discussão de indicações de cesáreas e avaliação de desfechos negativos;
- ✓ Fortalecimento da contra-referência com a APS para que o cuidado ao binômio seja contínuo e efetivo.

Nesta pesquisa pode-se resgatar a importância de se recuperar o valor e o sentido do nascimento de uma nova vida, enfatizando a orientação e a autonomia de cada mulher. Como a gestação e o parto de risco habitual não são eventos clínicos, e sim, naturais da vida de uma mulher, necessitam apenas de cuidado, sendo a enfermeira obstetra, profissional qualificada para acompanhar este processo e intervir apenas quando necessário.

## REFERÊNCIAS

- AQUINO, Estela M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S8-S10, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0008.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Volume 4. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. Disponível em: <[http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno\\_humanizaus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- CÔRTEZ, Clodoaldo Tentes et al. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 716-725, Out 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt\\_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0716.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- COUTINHO, Tadeu et al. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 11, p. 563-569, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n11/v32n11a08.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-116, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0101.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S117-S127, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0117.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

GOMES, Maria A. S. Mendes. Compromisso com a mudança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S41-S42, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0041.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Expanding the discussion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S43-S47, 2014a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0043.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

LEAL, Maria do Carmo et al. Sumário Executivo Temático da Pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.30 supl.1, 2014b. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

LEISTER, Nathalie; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 166-174, Mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_20.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <<http://abcdoparto.com.br/site/assistencia-ao-parto-normal/>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA, 2013. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha\\_guiaversion\\_final.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guiaversion_final.pdf)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

ROSSI, Flávia Raquel; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 3, p.

305-310, Jun 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a10v58n3.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SABATINO, Hugo. **Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências Científicas**: Paradigmas no trabalho de parto. Volume 2. Manaus, AM: Grafisa, 2014a.

SABATINO, Hugo. **Atenção ao Nascimento Humanizado Baseado em Evidências Científicas**: Paradigmas do nascimento. Volume 3. Manaus, AM: Grafisa, 2014b.

SERRUYA, Suzanne Jacob. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S36-S37, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0036.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S11-S13, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

SOUZA, Viviane Barbosa; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.** v. 13, supl. 2, p. 199-210, abr/jun 2011. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n2/v13n2a06.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a06.htm)>. Acesso em: 06 dez. 2016.

VALE, Luana Dantas et al. Preferência e fatores associados ao tipo de parto entre puérperas de uma maternidade pública. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 86-92, Sept. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n3/1983-1447-rgenf-36-03-00086.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367, Sept. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2016.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Titulo da pesquisa:

**“ACOMPANHAMENTO DA REVISÃO PUERPERAL: ACESSO, ADESÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”**

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa **“ACOMPANHAMENTO DA REVISÃO PUERPERAL: ACESSO, ADESÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”**, realizada em **Londrina**. O objetivo da pesquisa é saber como foi seu pré-natal; como a senhora foi atendida durante sua internação para o nascimento de seu filho, também para acompanhar a primeira consulta depois do parto no ambulatório da maternidade e ir até sua casa para conversar sobre as dificuldades que você possa ter tido após seu parto e os cuidados que você recebeu dos profissionais do posto de saúde. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: através de informações que vamos copiar de seu prontuário do hospital, de perguntas que vamos fazer agora e no acompanhamento de sua consulta de retorno no ambulatório da maternidade daqui a 10 dias e de uma visita à sua casa depois de 42 dias de sua alta.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e que não existem riscos específicos para sua saúde decorrentes de sua participação.

Os benefícios que esperamos com esta pesquisa são melhorar a qualidade do cuidado prestado para as mulheres após o parto em Londrina e te ajudar oferecendo orientações sobre suas dúvidas e quando possível, no encaminhamento para os serviços pertinentes, se necessário.

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerada por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar, Érica Mairene Bocate Teixeira, Av. Robert Koch, 455 fundos, telefone: 30290321 e email: ericamb13@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445) – Campus Universitário, no telefone

33715455 ou por email: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**Érica Mairene Bocate Teixeira**

RG: 83274891 – SSP/PR

\_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

\_\_\_\_\_.

Assinatura do responsável (no caso de paciente menor de idade):

\_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B**  
Instrumento de Registro de Dados

<b>I. Aspectos Sócio-Demográficos</b>					
1. Idade:	_____anos.		Entrevista		
2. Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro		Entrevista		
3. Número de filhos:	(1) Um (2) Dois (3) Mais que três		Entrevista		
4. Escolaridade:	(1) 1 a 3 (2) 4 a 7 (3) 8 a 11 (4) Mais que 11 anos		Entrevista		
5. Condição de Ocupação: Se atividade	(1) Remunerada (2) Não remunerada Qual? _____		Entrevista		
6. Classe social segundo a classificação da ABEP <sup>1</sup> :  (Classificação de classe social segundo posse de bens proposta pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais).	(1) Classe A1 (3) Classe B1 (5) Classe C1 (7) Classe D (2) Classe A2 (4) Classe B2 (6) Classe C2 (8) Classe E		Entrevista		
	Posse de itens	Quantidade 0 1 2 3 4 ou +			
	Televisão em cores	0 1 2 3 4	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0	A1 42 - 46 A2 35 - 41
	Rádio	0 1 2 3 4	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1	B1 29 - 34 B2 23 - 28
	Banheiro	0 4 5 6 7	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2	C1 18 - 22 C2 14 - 17
	Automóvel	0 4 7 9 9	Médio Completo/ Superior Incompleto	4	D 8 - 13 E 0 - 7
	Empregada mensalista	0 3 4 4 4	Superior completo	8	
	Máquina de lavar	0 2 2 2 2			
	Videocassete e/ou DVD	0 2 2 2 2			
	Geladeira	0 4 4 4 4			
	Freezer	0 2 2 2 2			
	(aparelho independente ou parte da geladeira duplex)				
<b>II. Dados Obstétricos*</b>					
9. Nº de partos anteriores:	_____.		Cartão de pré-natal		
10. Nº de cesarianas prévias:	_____.		Cartão de pré-natal		
<b>III. Assistência Pré-Natal</b>					
17. Adequação do processo de atendimento do pré-natal:	(1) Adequado (2) Intermediário (3) Inadequado		Cartão de pré-natal		
ADEQUADO (preenche TODOS os critérios): Início do PN anterior a 14 semanas; 6 ou mais consultas; IG, AU, PA e peso materno: 5 ou mais	Início do PN: ( ) < 14 <sup>a</sup> sem. ( ) 14 <sup>a</sup> - 27 <sup>a</sup> sem. ( ) > 27 <sup>a</sup> sem.  Nº de consultas: ( ) 6 ou mais ( ) 3 a 5 ( ) 0 a 2				

registros; BCF: 4 ou mais registros; apresentação fetal: 2 ou mais registros. Exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Htc: 1 registro; glicemia, VDRL e urina I: 2 registros).	IG	AU	PA	Peso materno	BCF	Apresentação fetal	
	( )	( )	( )	( )	( )	( )	
INADEQUADO (ocorrência de, pelo menos, UMA das condições): Início do PN após 27 semanas; 2 ou menos consultas; IG, AU, PA, peso materno, BCFs: 2 ou menos registros ou nenhum registro de apresentação fetal. Nenhuma anotação de exame laboratorial.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	
	( )	( )	( )	( )	( )	( )	
INTERMEDIÁRIO: é definido pelas demais associações.	( )	( )	( )	( )	( )	( )	
	( )	( )	( )	( )	( )	( )	
18. Preenchimento do gráfico de controle de peso:	(1) Sim	(2) Não					Cartão de pré-natal
19. Preenchimento de avaliação de edema:	(1) Sim	(2) Não					Cartão de pré-natal
Procedimentos durante a	consulta relatados pela mulher (questões 20 -23):						
20. Pressão arterial:	(1) Sim	(2) Não					Entrevista
21. Altura Uterina:	(1) Sim	(2) Não					Entrevista
22. BCF:	(1) Sim	(2) Não					Entrevista
23. Exame das mamas:	(1) Sim	(2) Não					Entrevista
24. Vacinação anti-tetânica:	(1) Sim	(2) Não					Cartão de pré-natal
25. Vacinação hepatite B:	(1) Esquema correto	(2) esquema incorreto					Cartão de pré-natal
29. Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e parto?	(1) 0-15 dias (2) 16-30 dias	(3) 31-45 dias (4) 46-60 dias					Cartão de pré-natal
30. Foi informado que hospital procurar em caso de emergência?	(1) Sim Qual? _____	(2) Não					Entrevista
31. Visitou a maternidade na rotina do pré-natal?	(1) Sim	(2) Não					Entrevista
<b>IV. Condições da Internação*</b>							
32. Dilatação cervical:	_____ cm.						Prontuário
33. Dinâmica uterina:	(1) Presente (2) Ausente (9) S/ registro						Prontuário

<b>34. Estado das membranas:</b>	(1) Íntegra (2) Rota (9) S/ registro	Prontuário
<b>35. Características do líquido amniótico:</b>	(1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (9) S/ registro	Prontuário
<b>V. Condições Maternas no Parto e no Puerpério</b>		
36. Indução do parto:	(1) Sim (2) Não	Prontuário
37. Fisiometria	(1) Sim (2) Não	Prontuário
<b>38. Qual era sua opção de parto?</b>	(1) Parto normal (2) Cesárea Por que?	Entrevista
39. Tipo de parto:	(1) Parto normal espontâneo (2) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator) (3) Cesárea	Prontuário
40. Conhecimento da mulher sobre o motivo do parto instrumental ou cesariana:  (Motivo relatado pela mulher para a realização do parto cesariana ou fórceps).	_____ _____ _____.	Entrevista
41. Quem realizou o parto?	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Residente (4) Outro	Prontuário
42. Condições do períneo:	(1) Períneo íntegro (2) Laceração de 1º grau (3) Laceração de 3º grau (4) Laceração de 4º grau (5) Episiotomia (6) Laceração de 2º grau	Prontuário
43. Indicação de cesárea:  (Indicação do tipo de parto anotado pelo obstetra)	(1) Sim (2) Não Por quê? _____.	Prontuário
45. Intercorrências intra-parto: (Intercorrências durante o trabalho de parto e anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Sim (2) Não Qual? _____ _____ _____.	Prontuário
46. Intercorrências no quarto período: (Intercorrências durante o quarto período do parto anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Sim (2) Não Qual? _____ _____ _____.	Prontuário
47. Intercorrências no puerpério imediato:	(1) Sim (2) Não	Prontuário

(Intercorrências anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	Qual? _____ _____ _____		
48. Sucção na sala de parto:	(1) Na primeira ½ hora pós-parto (2) 30 min. a 1 hora (3) 1 a 2 horas		Entrevista
49. Teve ajuda e orientação para o Aleitamento Materno (AM) na sala de parto:	(1) Sim (2) Não Qual?		Entrevista
<b>VI. Práticas Obstétricas *</b>			
56. Uso de ocitocina:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Prontuário /Entrevista
57. Avaliação de dinâmica uterina:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Prontuário /Entrevista
58. Ausculta de batimento cardíaco fetal (BCF)	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Prontuário /Entrevista
59. Banho de relaxamento:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Prontuário /Entrevista
60. Uso de bola ou assento ativo:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Prontuário /Entrevista
61. Acompanhante:	(1) Sim (2) Não	(1) (2)	Prontuário /Entrevista
62. Local do parto:	(1) Quarto (2) Sala de parto (3) Outro	(1) (2) (3)	Prontuário /Entrevista
63. Posição de parto:	(1) Litotômica (2) Dorsal não litotômica (3) Vertical (4) Lateral	(1) (2) (3) (4)	Prontuário /Entrevista
<b>VII. Condições Perinatais no Parto</b>			
64. Eliminação de mecônio intra-parto:	(1) Sim (2) Não		Prontuário
65. Contato precoce mãe-bebê no nascimento:	(1) Sim (2) Não		Entrevista
<b>VIII. Condições do Recém-Nascido no Momento do Nascimento</b>			

67. Boletim de Apgar - 1º minuto: (Valor 1 a 10)	_____.	Prontuário
68. Boletim de Apgar - 5º minuto: (Valor 1 a 10)	_____.	Prontuário
70. Idade gestacional:	_____ semanas.	Prontuário
71. Adequação do peso segundo a idade gestacional:	(1) AIG (2) PIG (3) GIG (99) S/ registro	Prontuário
73. Encaminhamento para unidade de internação neonatal:	(1) Sim (2) Não	Prontuário
74. Motivo do encaminhamento para unidade de internação neonatal:	_____ _____ _____ _____.  (88) Não foi encaminhado	Prontuário
<b>XI. 1ª Visita Domiciliar</b>		
108. Número de moradores (todas as pessoas que moram no domicílio)	Número:_____.	Entrevista
109. Renda da família (incluir a soma de todas as fontes de renda de todos moradores)	R\$_____. Obs:_____	Entrevista
110. <b>(b) Recebeu orientação para o parto no pré-natal?</b>	b) (1) Sim (2) Não Qual (is)_____	Entrevista
<b>(c) Em que momento?</b>	c) (1) 1º Tri (2) 2º Tri (3) 3º Tri (4) Não Sabe	
127. Complicações do parto:	(1) Sim (2) Não Quais?_____	Entrevista

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA



PARANÁ  
GOVERNO DO ESTADO

#### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina  
Registro CONEP 5231

<b>Parecer CEP/UEL:</b>	120/2013
<b>CAAE:</b>	19352513.9.0000.5231
<b>Data da Relatoria:</b>	16/07/2013
<b>Pesquisador(a):</b>	Érica Mairene Bocate Teixeira
<b>Unidade/Órgão:</b>	CCS - Departamento de Enfermagem - Mestrado em Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

**"DIAGNÓSTICO DO ITINERÁRIO PUERPERAL NO MUNICÍPIO DE LONDRINA."**

Situação do Projeto: **APROVADO**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 16 de julho de 2013.



**Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos  
Universidade Estadual de Londrina

**ANEXO B**  
Autorização da Autarquia Municipal de Saúde



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**


AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DO PARANÁ

**A U T O R I Z A Ç Ã O D E P E S Q U I S A**

**C.D.0026/2013/CEEPC/GPQS/AMS/PML.**

Informamos para fins de realização da pesquisa:  
"DIAGNÓSTICO DO ITINERÁRIO PUERPERAL NO MUNICÍPIO DE LONDRINA" na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela professora Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli do Departamento de Ciências da saúde da Universidade Estadual de Londrina, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Resolução CNS 466/dezembro/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável CEP/UEL: 120/2013 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, registro no CONEP 5231, datado de 16 de julho de 2013, devendo haver planejamento prévio com as Unidades de Serviço envolvidas.

Londrina, 16 de julho de 2013.

  
Enf<sup>a</sup>. Rosaria Mestre Marques Okabayashi  
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada  
GPQS/DGTES/AMS/PML

**Sueli Inocente**  
Enfermeira - COREN-PR 14420  
Mat. 11383-2 - AMS/PML