

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
CAMILA ESPINOSA

**PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO RECOMENDADAS PELO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE – OPINIÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE**

São Leopoldo  
2011

CAMILA ESPINOSA

**PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO RECOMENDADAS PELO  
MINISTÉRIO DA SAÚDE – OPINIÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES EM UM  
HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE**

Monografia apresentado à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Leila Regina Rabelo

São Leopoldo

2011

## LISTA DE SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CPN	Centro de Parto Normal
MS	Ministério da Saúde
NPO	Nada Por via Oral
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em um Hospital Público localizado na cidade de Porto Alegre/RS. O objetivo geral desse estudo foi desvelar a opinião dos profissionais atuantes em um determinado centro obstétrico de Porto Alegre a respeito da utilização das práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento. Participaram 11 profissionais, 3 técnicos de enfermagem, 3 enfermeiras, 4 médicos obstetras e 1 médico neonatologista. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas e analisadas por meio da técnica da análise temática proposta por Minayo. A partir dos dados coletados surgiram três categorias temáticas: Práticas Humanizadoras Instituídas, Impedimentos das Práticas Humanizadoras do Nascimento, Conhecendo das práticas Humanizadoras do Nascimento, seguidas das seguintes subcategorias: Presença do acompanhante como direito, Contato precoce com o recém-nascido e amamentação, Resistência à mudanças, O poder médico, Espaço físico e Número de funcionários X Número de pacientes. Concluiu-se que grande parte dos profissionais conhece apenas a lei do acompanhante como prática humanizadora.

**Palavras-chaves:** Trabalho de Parto. Parto Normal. Amamentação.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1.1 QUESTÃO DE PESQUISA.....	7
1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA.....	8
<b>1.2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>8</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
2.1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL.....	9
2.2 MODELO INTERVENCIONISTA.....	10
2.3 MODELO HUMANIZADO.....	11
<b>2.3.1 Pré-Natal, Trabalho de Parto e o Parto.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.2 Recomendações do Ministério da Saúde referente à assistência humanizada durante o trabalho de parto e parto.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3.3 Programas e políticas públicas de humanização do parto e nascimento.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3.4 Lei do acompanhante – Um direito conquistado.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3.5 Portarias Ministeriais e a ANVISA.....</b>	<b>19</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	21
3.2 CAMPO DE PESQUISA.....	21
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	21
3.4 COLETA DE DADOS.....	22
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	22
<b>4 ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>24</b>
<b>5 COMPROMISSO DE PUBLICAÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO.....	26

6.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	26
6.3 PRÁTICAS HUMANIZADORAS INSTITUÍDAS.....	27
<b>6.3.1 Presença do acompanhante como direito.....</b>	<b>27</b>
<b>6.3.2 Contato precoce com o recém-nascido e amamentação.....</b>	<b>30</b>
6.4 IMPEDIMENTOS DAS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO	32
<b>6.4.1 Resistência à mudanças.....</b>	<b>32</b>
<b>6.4.2 O poder médico.....</b>	<b>33</b>
<b>6.4.3 Espaço físico.....</b>	<b>34</b>
<b>6.4.4 Número de funcionários X Número de pacientes.....</b>	<b>35</b>
6.5 CONHECENDO AS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO.....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de nascimento sofreu significativas alterações ao longo dos anos. No passado, os partos ocorriam de forma fisiológica, eram realizados por parteiras no domicílio das parturientes, sendo um evento exclusivamente feminino. A mulher sentia-se segura por estar acompanhada de pessoas conhecidas.

Com o surgimento das ciências médicas, o parto deixou de ser fisiológico, passando a ser realizado no âmbito hospitalar e sob a responsabilidade do profissional médico. Assim, iniciou-se a participação do homem no cenário do nascimento, e a mulher perdeu a sua privacidade. O parto, que antes era visto como um processo natural, passou a ser um evento patológico, que deu lugar à medicalização e a intervenções muitas vezes desnecessárias (BRASIL, 2001).

A hospitalização para o parto, se, por um lado, teve como objetivo principal dar garantias de um melhor aporte técnico, por outro, para algumas mulheres, as transferiu de um ambiente familiar para um desconhecido, sem privacidade e com predomínio de um saber masculino. Desse modo, o processo de nascimento, por vezes, caracteriza-se como um momento de muitas dúvidas, temores, angústias e ansiedade. Os profissionais que fazem parte da equipe de saúde nem sempre são atenciosos e afetivos o suficiente para dar a proteção e a segurança necessárias nessa situação, que pode ser percebida pela gestante e por seus familiares como ameaçadora. Talvez, isso aconteça devido ao fato de essa equipe estar sobrecarregada de tarefas burocráticas, o que a predispõe a uma assistência obstétrica mais impessoal.

Atualmente, no Brasil, o modelo de assistência ao parto mais comum acontece dentro do ambiente hospitalar, em uma perspectiva intervencionista, com taxas elevadas de cesarianas. Nesse contexto, o familiar não é incluído, e a mulher não possui autonomia sobre o seu corpo, tornando-se o parto um evento, por vezes, desumanizado.

Segundo Zampieri (2001), preocupados com o andamento do atendimento obstétrico, não apenas no Brasil, mas no mundo, profissionais da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) realizaram grandes discussões e reflexões a respeito das práticas utilizadas nesse contexto. A partir daí, na tentativa de estabelecer um

modelo de atuação obstétrica oposto ao intervencionista, foram elaboradas recomendações com base em evidências científicas quanto a algumas práticas obstétricas que devem ser estimuladas e outras até eliminadas. Além disso, por considerar os enfermeiros obstetras os profissionais mais apropriados para realização do parto normal, houve, por parte do Ministério da Saúde, um incentivo à sua atuação nesse cenário. Da mesma forma, foi também estimulada a participação de doulas e dos familiares da parturiente no processo de nascimento.

O Ministério da Saúde (MS) ainda estabeleceu recomendações e criou programas e políticas públicas de saúde visando a um parto mais humanizado. Dentre os programas, estão: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, o Guia Maternidade Segura - “Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático”, de 1996, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000 e o HumanizaSUS, de 2004 (DESLANDES, 2005).

Além dos programas e das políticas públicas, foram criadas portarias ministeriais que têm por finalidade a melhoria do atendimento obstétrico. Dentre elas, estão: Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998; Portaria nº 888, de 12 de julho de 1999; Portaria nº 985, de 5 de agosto de 1999; Portaria nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999; Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000; Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000; Portaria nº 2.080, de 13 de novembro de 2001; Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005; Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005; e Portaria 3.136, de 24 de dezembro de 2008.

Com o objetivo de incentivar a formação e a atuação dos(as) enfermeiros(as) obstetras e considerando a importância do acompanhamento durante o trabalho de parto, é importante destacar-se a criação da Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998, que diz que o(a) enfermeiro(a) obstetra está apto(a) a realizar parto normal sem distócia (BRASIL, 1998).

Uma outra importante conquista foi a criação da Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes e às puérperas o direito a um acompanhante de sua escolha durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Desde 2006, o Ministério da Saúde promove a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária e, em 2008, lançou a Política Nacional Pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas desnecessárias

em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), devido ao grande número de cesarianas realizadas desnecessariamente no Brasil (BRASIL, 2010).

De acordo com Brasil (2008), as maternidades teriam até o mês de dezembro de 2008 para incentivar o parto humanizado. Mas apesar da criação da lei do acompanhante, das portarias e dos programas e das políticas públicas de incentivo à melhoria do atendimento obstétrico, ainda não se observam grandes mudanças quanto ao cumprimento e/ou seguimento dessas ações.

A equipe multiprofissional dos centros obstétricos é a grande responsável por implantar essas mudanças. Por esse motivo, é de extrema importância a opinião desses profissionais sobre tais recomendações, portarias, programas e políticas públicas.

A motivação para a escolha deste tema surgiu da minha vivência como acadêmica nos estágios da disciplina de saúde materna. Como acadêmica do curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica, inquieta-me o fato de que, embora as práticas humanizadoras do nascimento sejam recomendações do Ministério da Saúde, algumas instituições hospitalares não aderem ao que é preconizado. Portanto, conhecer a opinião dos profissionais que atuam no centro obstétrico a respeito da utilização dessas práticas pode contribuir para desvelar os fatores que interferem na implementação das recomendações ministeriais que visam à qualificação da assistência à mulher, ao bebê e à sua família no processo de nascimento.

## 1.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Qual a percepção dos profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos obstetras e médicos neonatologistas atuantes em um centro obstétrico de Porto Alegre sobre as recomendações do Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento?

## 1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Com a realização desta pesquisa, espera-se obter informações sobre a opinião dos profissionais atuantes no centro obstétrico quanto à utilização das práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento.

Logo abaixo, serão apresentados os objetivos do presente estudo.

### 1.2.1 Objetivo geral

Desvelar a opinião dos profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos obstetras e médicos neonatologistas atuantes em um determinado centro obstétrico de Porto Alegre a respeito da utilização das práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento.

### 1.2.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos deste estudo:

- a) Conhecer quais as práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde são utilizadas na instituição;
- b) Desvendar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais quanto à utilização das práticas humanizadoras;
- c) Descobrir as práticas humanizadoras conhecidas pelos profissionais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Abaixo apresentam-se os temas a serem abordados no presente estudo.

### 2.1 HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO BRASIL

Os partos tradicionalmente eram realizados no domicílio das parturientes por mulheres chamadas de parteiras, comadres ou aparadeiras. Elas estavam presentes não só durante o trabalho de parto e o parto, mas também nas primeiras semanas do bebê, e tinham a incumbência de auxiliar a puérpera nos seus afazeres domésticos (DUARTE, 2010; PRISZKULNIK, 2009).

No ambiente domiciliar, a parturiente possuía privacidade e estava cercada por pessoas de sua confiança, o que lhe transmitia maior tranquilidade e fazia com que ficasse relaxada, favorecendo um trabalho de parto mais eficaz. Mas, a partir do momento em que o parto passou a ser realizado no âmbito hospitalar, as parteiras foram substituídas pelos profissionais da saúde (CONDEÇO, 2004).

A institucionalização do parto ocorreu na década de 40, com diversos profissionais envolvidos no atendimento à mulher e ao recém-nascido, ocorrendo o afastamento dos familiares, o surgimento de intervenções e a intensificação da medicalização (MOURA *et al.*, 2007). Por outro lado, um dos motivos que levaram a assistência ao parto a sair do ambiente domiciliar para o hospitalar foi a intenção de diminuir a mortalidade materna/perinatal, além de, do ponto de vista técnico, ser mais seguro, em função dos recursos tecnológicos. Portanto, a intenção de o parto ser realizado no âmbito hospitalar é boa (OLIVEIRA *et al.*; 2002).

Na década de 70, foram realizados na Europa estudos com foco na humanização do parto e do nascimento e foram criadas Organizações Não Governamentais (ONG) com o intuito de mostrar às mulheres que elas estão amparadas por programas e políticas públicas, além de portarias ministeriais (KRUNO, 2004).

Atualmente, a assistência prestada à mulher e ao recém-nascido ocorre no ambiente hospitalar, sendo de responsabilidade dos profissionais da saúde.

## 2.2 MODELO INTERVENCIONISTA

O modelo vigente de assistência durante o trabalho de parto e o parto no Brasil é designado, em diversos estudos científicos, como intervencionista e medicalizado.

De acordo com Caparroz (2003), o avanço da medicina teve grande influência na instituição do modelo atual de assistência obstétrica e colaborou para um aumento significativo do uso indiscriminado da tecnologia.

Nesse modelo, a parturiente depende predominantemente da tecnologia para dar à luz. O corpo torna-se uma máquina a ser manipulada, e o profissional, o manipulador dessa máquina. Portanto, o parto deixa de ser uma experiência feminina para se tornar o domínio dos profissionais atuantes (SANTOS, 2002).

O modelo intervencionista abrange algumas práticas prejudiciais ou ineficazes que, segundo a OMS (1996), devem ser eliminadas do atendimento obstétrico, mas frequentemente são utilizadas em diversas instituições hospitalares, tais como:

- o uso rotineiro do enema (lavagem intestinal) e da tricotomia (raspagem de pêlos) que devem ser realizados somente a pedido da mulher, pois não há evidências científicas quanto à sua eficácia;
- a infusão intravenosa e a cateterização venosa profilática de rotina no trabalho de parto, que, quando realizadas, restringem a movimentação da mulher, além de interferir na evolução natural do trabalho de parto;
- o uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto, a qual deve ser evitado no primeiro e no segundo estágio do trabalho de parto, significando que a mulher pode adotar a posição que se sentir mais confortável;
- o exame retal não recomendado por ser desconfortável para a mulher e por ter uma incidência de infecção similar ao do exame vaginal no período puerperal;
- a administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto, não indicada apenas em casos onde a velocidade de dilatação cervical seja menor do que 1cm por hora;

- esforços de puxos prolongados durante o segundo estágio do trabalho de parto, que são prejudiciais, pois podem causar comprometimento das trocas gasosas materno-fetais;
- a prática severa do NPO (Nada Por Via Oral), que pode gerar desidratação e cetose, tratadas com infusão intravenosa de soluções contendo glicose, que podem causar aumento nos níveis maternos de insulina e aumento dos níveis plasmáticos de glicose do bebê;
- por fim, a revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto, que pode causar infecção ou traumatismo mecânico, ou até levar a mulher ao choque.

Segundo Odent (2003), a excessiva preocupação do médico obstetra em evitar riscos para a parturiente acaba por passar uma idéia de que sua gestação é quase uma “patologia”, gerando ansiedade e medo para a mulher. Isso recebe o nome de efeito “Nocebo”.

Em oposição ao modelo intervencionista de assistência ao trabalho de parto e ao parto, foi criada, em 17 de outubro de 1993, a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), que está diretamente direcionada às mulheres, aos homens e aos profissionais da saúde, incentivando a autonomia da mulher sobre seu corpo e mostrando os riscos das práticas obstétricas intervencionistas e inadequadas (REHUNA, 2010).

Também foram estabelecidas recomendações pelo Ministério da Saúde com a finalidade de contribuir para uma assistência mais humanizada durante o processo de nascimento.

### 2.3 MODELO HUMANIZADO

O modelo de atenção humanizada na assistência obstétrica vem sendo estudado e discutido desde a década de 70. Atualmente, além dos programas e portarias ministeriais, foram criadas Organizações Não Governamentais, onde são divulgadas, através de sites, as recomendações do MS para que as gestantes e parturientes tomem conhecimento delas.

De acordo com Brasil (2006), a humanização caracteriza-se pela valorização tanto dos usuários da saúde quanto dos trabalhadores e gestores, sendo respeitado o protagonismo e a autonomia de cada um desses sujeitos.

O objetivo da qualidade da assistência ao parto é que haja uma boa relação entre a mulher e o profissional de saúde, onde a mesma e sua família sintam confiança na assistência prestada pela equipe multiprofissional, que deverá avaliar com frequência a dor sentida durante o trabalho de parto e a necessidade de a mulher receber apoio (OMS, 1996).

É importante que esse momento seja vivido com alegria e tranquilidade, mas, para isso, é necessário que a mulher seja informada e apoiada quanto à evolução do seu trabalho de parto e do seu parto e que seus direitos e recomendações do Ministério da Saúde sejam respeitados.

Segundo Odent (2002), durante o trabalho de parto e o parto, é importante que a mulher receba afeto e tenha privacidade, conforto e confiança na equipe de profissionais atuantes. Esses fatores são os provedores da adequada secreção dos hormônios responsáveis pelo bom andamento do trabalho de parto e do parto.

A humanização não se caracteriza apenas pela assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e o parto, mas deve abranger toda a gestação, incluindo o pré-natal (BRASIL, 2002).

### **2.3.1 Pré-Natal, Trabalho de Parto e Parto**

O objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher durante todo o período gravídico-puerperal, esclarecendo as dúvidas da gestante e de seus familiares e fornecendo todas as informações necessárias.

De acordo com Brasil (2006), as consultas de pré-natal devem seguir um roteiro, sendo que, na primeira, deve realizar-se a anamnese da gestante, avaliando os aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gestação atual. Também é necessário fazer-se um exame físico completo e, em seguida, o exame obstétrico e ginecológico. Solicitam-se os exames complementares (dosagem de hemoglobina e hematócrito, grupo sanguíneo e fator Rh, sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum, exame

sumário de urina (Tipo I), sorologia anti-HIV, para hepatite B e toxoplasmose). Nas consultas subsequentes, realiza-se a revisão da ficha pré-natal, anamnese atual sucinta, verificação do calendário de vacinação, controles maternos (cálculo da idade gestacional, determinação do peso, verificação da pressão arterial, palpação obstétrica, medida da altura uterina, pesquisa de edema, avaliação dos resultados dos exames laboratoriais) e fetais (ausculta dos batimentos cardíacos e avaliação da movimentação fetal).

Segundo Zampieri (2001), o pré-natal realizado de forma adequada e satisfatória possibilita que a gestante tenha condições de decidir sobre a melhor condução do seu parto, além de reivindicar a permanência de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto.

É importante que, nas consultas, a mulher seja orientada quanto às mudanças emocionais e corporais que ocorrem durante a gestação, quanto ao trabalho de parto e aos tipos de parto. O pré-natal conduzido adequadamente auxilia no sucesso do trabalho de parto e do parto.

Segundo a OMS (1996), o trabalho de parto não tem um tempo definido, podendo levar horas, o que faz com que a parturiente gaste muita energia, e o corpo necessita da reposição dessa energia para o seu bem-estar e o do feto. Desse modo, podem ser oferecidos líquidos e alimentos leves, via oral, durante o trabalho de parto.

O trabalho de parto caracteriza-se por contrações uterinas dolorosas, sendo de, no mínimo, duas a cada 10 minutos, com duração de 50 a 60 segundos. Está dividido em quatro períodos clínicos. O primeiro período clínico, ou período da dilatação ocorre quando o colo uterino dilata de zero a 10cm e está dividido em três fases: A fase latente dura, em média, de 6hs a 12hs, indo de zero a 3cm de dilatação do colo uterino, com contrações leves. A fase ativa pode durar de 6hs a 8hs, indo de 4cm a 8cm de dilatação do colo, e contrações uterinas moderadas. Já a fase de transição pode durar de 30min. a 1h, em média, indo de 9 a 10cm de dilatação do colo, com contrações uterinas fortes (RICCI, 2008).

O segundo período clínico do parto, ou período de expulsão, compreende a dilatação completa do colo uterino em 10cm e a expulsão do feto, podendo durar até 1 hora. A mulher sente grande necessidade de fazer força, e as contrações uterinas ocorrem a cada dois ou três minutos, ou menos (RICCI, 2008).

O terceiro período, ou dequitação, é o do descolamento, descida e expulsão da placenta, podendo durar até 20 minutos. O quarto período ou recuperação, ocorre de 1h a 4hs após o nascimento e é o momento do ajuste fisiológico materno (RICCI, 2008).

Dentro do segundo período clínico, está o mecanismo do parto, ou seja, os movimentos que o feto realiza para nascer. Primeiramente, o feto faz a insinuação ou o encaixamento do pólo cefálico no estreito superior da bacia materna. Após ele realiza a descida, que abrange a insinuação até sua expulsão. Durante a descida, na altura das espinhas ciáticas da bacia materna, o feto faz uma rotação interna anterior da cabeça. Em seguida, ocorre o desprendimento da cabeça com os movimentos de flexão e deflexão. Logo após, há a rotação externa da cabeça, direcionando-se à sua posição de origem. Na sequência, ocorre o desprendimento das espáduas (ombros), primeiramente a anterior e, depois a posterior. Por fim, o restante do feto se desprende sem dificuldade (FILHO, 2008).

Um aspecto importante a ser ressaltado é a dor sentida pelas parturientes. Conforme se aproxima o período expulsivo, a dor fica mais intensa, e cada mulher tem a sua forma de expressá-la.

Segundo Ruano *et al.*, (2007), muitas mulheres acreditam que a dor do parto é o seu papel para dar à luz, é um momento de muito sofrimento e que, muitas vezes, se torna aterrorizante, mas, ao ver seu filho, a dor e o sofrimento tornam-se menos importantes.

Muitas mulheres expressam seus sentimentos durante o trabalho de parto de diferentes formas. Algumas ficam tristes, outras, alegres, algumas tensas, enfim, necessitam de um apoio emocional que as encoraje. É importante fazerem-se elogios, tratar a mulher de forma carinhosa, deixando-a segura e confiante para uma melhor evolução do trabalho de parto (MOTTA; CREPALDI, 2005).

Além do apoio emocional dado à parturiente por um familiar ou qualquer pessoa de sua confiança, também é importante que ocorra o apoio físico, através das formas não farmacológicas de alívio da dor, o que acontece através de massagens, toques e do próprio incentivo à troca de posição e a deambulação da mulher durante o trabalho de parto. Portanto, ela deve-se sentir bem e tranquila tanto psicologicamente quanto fisicamente.

### **2.3.2 Recomendações do Ministério da Saúde referente à assistência humanizada durante o trabalho de parto e o parto**

Com base no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, foi estabelecido que toda a gestante possui o direito a um atendimento digno e de qualidade durante a gestação, o parto e o puerpério (BRASIL, 2002).

De acordo com a OMS (1996), são práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas no parto normal:

- o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto até o término do processo de nascimento, o que consiste em se verificarem seus os sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura), além de a ingesta de líquidos, o débito urinário, avaliar o grau da dor e a sua necessidade de apoio emocional;
- o oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e o parto; por não ser possível prever a sua duração, a parturiente acaba perdendo muita energia, o que implica a necessidade de repô-la, a fim de garantir o bem-estar materno e fetal. Uma restrição da ingesta oral pode levar a mãe a uma desidratação;
- o respeito à escolha da mãe sobre o local do parto após ter recebido informações. É importante que, no local do parto, a mulher se sinta segura, pois a presença de estranhos e o afastamento familiar podem causar-lhe estresse, acarretando o uso de intervenções;
- o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto. É necessário que ela possua seu próprio quarto para garantir, além de sua privacidade, a presença de seu acompanhante. Sabe-se que se trata de uma questão política, devido à necessidade de se reestruturarem os serviços, o que tem custo, mas que deve ser resolvida pelas maternidades;
- o apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e o parto. Os profissionais devem realizar as tarefas médicas e de enfermagem, além de dar apoio à parturiente fornecendo todas as informações e explicações necessárias. Isso pode auxiliar em uma diminuição da analgesia de parto;

- o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e o parto, que devem ser de sua confiança e fazer com que ela se sinta à vontade;
- os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto e o parto. Podem-se utilizar diferentes posições, deambulação, banho de chuveiro ou de imersão. Com o uso desses métodos, muitas vezes, não se faz necessário o uso da analgesia, possibilitando um trabalho de parto e um parto mais tranquilos;
- o monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente. É importante para verificar-se o risco de sofrimento fetal;
- a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, pois o decúbito dorsal afeta o fluxo sanguíneo uterino, o que pode comprometer a saúde fetal, portanto, a mulher pode caminhar, ficar em pé ou sentada;
- o contato cutâneo precoce entre mãe e filho e o apoio ao início da amamentação na primeira hora pós-parto. O contato precoce entre ambos é importante para o conhecimento entre eles, além de os bebês serem colonizados por microorganismos maternos, o que lhes confere maior imunidade. A amamentação auxilia na involução uterina, além de possuir inúmeros benefícios para o binômio.

### **2.3.3 Programas e políticas públicas de humanização do parto e nascimento**

Para divulgar as recomendações do Ministério da Saúde quanto à assistência obstétrica, foram criadas Organizações Não Governamentais que mostram essas ações. Essas ONG podem ser acessadas por sites e, entre elas, estão: Amigas do Parto, Parto Domiciliar, Parto do Princípio e Bem Nascer.

Além das ONG, implementaram-se programas e políticas públicas voltados à humanização do parto e do nascimento, onde são abordadas as recomendações do Ministério da Saúde.

Em 1984, foi implementado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que tem por objetivos promover a igualdade

na assistência pré-natal, diminuir os índices de cesarianas desnecessárias e disponibilizar maiores condições de aleitamento materno (BRASIL, 1984).

Em 1993, foi a vez da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, organização da sociedade civil em forma de rede de associados que tem por objetivo divulgar a assistência e os cuidados perinatais com base em evidências científicas (REHUNA, 2010).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou o Guia “Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático”, onde são apresentados estudos baseados em evidências científicas, mostrando as práticas obstétricas recomendáveis, as que devem ser abolidas, as ineficazes e as que necessitam de novas pesquisas para comprovar sua eficácia (OMS, 1996).

Em 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que preconiza que gestantes, parturientes e puérperas tenham seus direitos respeitados pelos profissionais, destacando-se: o direito a um atendimento digno e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério; acesso assegurado à maternidade durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto; e assistência ao parto, ao puerpério e ao neonatal prestada de forma segura e humanizada (BRASIL, 2000).

Em 2004, foi criado pelo Ministério da Saúde o HumanizaSUS, separado por cartilhas: Visita Aberta e Direito a Acompanhante, que preconiza que ter o acompanhante ao seu lado durante o parto é uma escolha da mulher, e a equipe deve apoiá-la na sua decisão; e Ambiência, que se refere ao espaço físico ocupado pela parturiente, o qual necessita ser acolhedor, confortável e capaz de acomodar os acompanhantes, bem como possuir áreas que propiciem conforto para os profissionais, tornando o ambiente de trabalho um local prazeroso (BRASIL, 2008a; 2008b).

A partir de 2006, o Ministério da Saúde passou a promover a Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária, e em 2008, lançou a Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias, em parceria com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (BRASIL, 2010).

### **2.3.4 Lei do acompanhante – Um direito conquistado**

Para oficializar o direito da mulher a ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto, foi criada a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, alterando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual preconiza que o SUS é obrigado a permitir a presença de um acompanhante à mulher durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, e quem o deve escolher é a própria parturiente, podendo ser qualquer pessoa que ela desejar (BRASIL, 2005).

Apesar de existir a Lei Federal, a entrada e/ou a permanência do acompanhante ainda depende da decisão de cada profissional. Via de regra, não há uma efetiva adesão dos profissionais e dos gestores de saúde ao seu cumprimento.

De acordo com Motta e Crepaldi (2005), os acompanhantes são classificados como: acompanhante com presença passiva, aquele que não interage com a mulher, sendo apenas uma presença física; referência familiar, aquele que tem vontade de apoiar a mulher, mas necessita do auxílio dos profissionais quanto ao seu papel; e acompanhante ativo, aquele que interage com a mulher, dando-lhe apoio físico e emocional durante o trabalho de parto e o parto.

Além do acompanhante de escolha da mulher, também existem as doulas, mulheres que não necessitam ser da área da saúde e se tornam doulas após a realização de um curso. Elas fornecem apoio físico e emocional à mulher, proporcionam técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como banho ou massagens, além de auxiliarem na mudança de posição durante o trabalho de parto e o parto. É importante salientar-se que a doula não substitui a presença do acompanhante de escolha da mulher, pois é ela quem o auxilia e orienta quanto o seu papel durante o trabalho de parto e o parto (DUARTE, 2010).

Um estudo realizado em um centro obstétrico de uma maternidade do complexo hospitalar de uma universidade de Campinas, São Paulo, constatou que a presença do acompanhante inicialmente era vista de forma negativa pelos profissionais da área obstétrica, mas, após, essa impressão foi superada (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

Portanto, é importante e necessário que, durante o pré-natal, a gestante seja orientada quanto à possibilidade da presença de uma pessoa de sua escolha para acompanhá-la na internação obstétrica, além de o indivíduo escolhido ser orientado

pelo profissional da saúde quanto ao seu papel de acompanhante (ESPINOSA, 2009).

Entretanto, para que muitas das instituições hospitalares permitam a presença do acompanhante durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato será preciso uma adaptação das mesmas com relação à estrutura física dos centros obstétricos, para proporcionar maior privacidade à parturiente e a seu acompanhante.

### **2.3.5 Portarias Ministeriais e a ANVISA**

A assistência obstétrica deve ser realizada de forma a promover o trabalho de parto e, conseqüentemente, um parto mais humanizado. Para tanto, foram elaboradas ações de melhoria da assistência ao trabalho de parto e ao parto, sendo divulgadas através de portarias ministeriais.

A portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998, e a de nº 163, de 22 de setembro de 1998, regulamentam a realização de parto normal sem distócia por enfermeiro(a) obstetra, onde cabe a ele(a): identificar a distócia e tomar as devidas providências até a chegada do médico; prestar assistência à parturiente; quando necessário, realizar episiotomia e episiorrafia com anestesia local; acompanhar o trabalho de parto e executar o parto normal sem distócia (BRASIL, 1998; 1998a).

Com relação às casas de parto, foi criada, em 12 de julho de 1999, a Portaria nº 888, que instituiu o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo no âmbito do SUS, devido à filosofia do parto normal e à assistência prestada com qualidade (BRASIL, 1999).

Com o intuito de prestar assistência humanizada exclusivamente ao parto normal sem distócia, foi redigida a Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999, criando o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS (BRASIL, 1999a).

Já a Portaria nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999, aprova o regulamento do Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo, que premia os estabelecimentos de saúde integrados à rede SUS que tenham maior destaque na atenção humanizada à mulher e ao recém-nascido, além de incentivar o parto normal e o aleitamento materno (BRASIL, 1999b).

A Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do SUS, e a Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005, criou a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, tendo ambas como princípios e diretrizes: toda gestante tem direito a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério; tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado; tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura; e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000; 2005a).

A Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000, estabelece para cada estado um limite percentual máximo de realização de cesarianas em relação ao total de partos. No Rio Grande do Sul, o limite máximo de cesarianas é de 27% (BRASIL, 2000a).

A Portaria nº 2.080, de 13 de novembro de 2001, estabelece que as unidades federadas que desejarem aderir ao Pacto para Redução das Taxas de Cesarianas poderão apresentar suas propostas de adesão, encaminhando-as à SAS/MS (BRASIL, 2001a).

Mesmo com a criação de portarias que estabelecem redução e limites para a realização de cesarianas, percebe-se, na prática, suas taxas só aumentam no ambiente hospitalar.

A Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005, regulamenta a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS (BRASIL, 2005b). Mas, apesar disso, constata-se que nem sempre ela é permitida nos três momentos

Por fim, com o objetivo de que os hospitais maternidade de referência do SUS se adaptem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento, foi definido o repasse a eles de incentivo, financeiro através da Portaria nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008 (BRASIL, 2008c).

### 3 METODOLOGIA

A seguir, apresenta-se a metodologia que foi utilizada na pesquisa.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória é bastante flexível, ela busca esmiuçar algo, para tornar o problema mais claro. Já a pesquisa descritiva conhece, descreve e estuda as características dos seus sujeitos (GIL, 2008).

Conforme Minayo (2004), na pesquisa qualitativa, o pesquisador é envolvido por ela, pois estuda as relações, as opiniões e a história da população que dela participa.

#### 3.2 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Centro Obstétrico do Hospital Fêmeina, localizado em Porto Alegre.

A coleta de dados foi efetuada em março de 2011.

#### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos da pesquisa profissionais, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos obstetras e médicos neonatologistas atuantes no centro obstétrico do referido local. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas na sala dos(as) enfermeiros(as) pertencente ao Centro Obstétrico do Hospital Fêmeina. O número de participantes foi determinado pela saturação das

informações.

Como critério de inclusão, o profissional devia atuar no centro obstétrico por pelo menos dois anos, o que garante que ele esteja familiarizado com o ambiente e com as rotinas da instituição.

Como critérios de exclusão, foram considerados os profissionais contratados pela instituição por um período menor do que dois anos, e os profissionais que não têm interesse em participar da pesquisa.

Para haver o sigilo quanto à identidade dos participantes da pesquisa, os mesmos foram identificados através de nomes de flores: Violeta, Girassol, Cravo, Magnólia, Jasmim, Camélia, Margarida, Dália, Anis, Lótus e Orquídea.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados pela autora do estudo em março de 2011. Como instrumento para a coleta de dados, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), com duração máxima de 30 minutos. Foi realizada uma entrevista piloto para avaliar a aplicabilidade do instrumento.

Foi registrada sob forma de gravação e, após, transcrita na íntegra.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das informações obtidas através das entrevistas, foi utilizada a técnica de análise temática.

Conforme Minayo (2004), a análise temática refere-se à afirmação de um determinado assunto, que pode ser esboçado por uma palavra, frase ou resumo. Ainda, segundo Minayo (2004), a análise temática está dividida em três etapas:

- a) Pré-Análise, quando os objetivos iniciais da pesquisa são comparados com os dados coletados, para que, então, possam ser escolhidos os documentos a serem analisados;

- b) Exploração do material, que significa reduzir o material, ou seja, selecionar os trechos mais pertinentes dos dados coletados;
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação, quando as informações obtidas são interpretadas e relacionadas com o referencial teórico, o que fundamenta a pesquisa.

O quadro a seguir ilustra as categorias e subcategorias que emergiram nesse estudo e que serão discutidas e analisadas posteriormente:

<b>PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO RECOMENDADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE – OPINIÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE</b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
6.3 PRÁTICAS HUMANIZADORAS INSTITUÍDAS	<p><b>6.3.1 Presença do acompanhante como direito</b></p> <p><b>6.3.2 Contato precoce com o recém-nascido e amamentação</b></p>
6.4 IMPEDIMENTOS DAS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO	<p><b>6.4.1 Resistência à mudanças</b></p> <p><b>6.4.2 O poder médico</b></p> <p><b>6.4.3 Espaço físico</b></p> <p><b>6.4.4 Número de funcionários X Número de pacientes</b></p>
6.5 CONHECENDO AS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO	

Fonte: Quadro de autoria da pesquisadora.

## 4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa, juntamente com a carta de solicitação para a realização do estudo, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e submetido à sua avaliação e à sua aprovação (APÊNDICE B). Após sua aprovação, deu-se início à pesquisa.

Aos sujeitos da pesquisa, foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), o qual foi ser preenchido e assinado em duas vias, ficando uma em posse do participante e outra da pesquisadora do estudo. Os dados registrados serão guardados durante cinco anos, ao final dos quais serão destruídos.

A pesquisa não envolve riscos aos participantes, pois foram realizadas somente entrevistas. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre os objetivos, a justificativa e os métodos de investigações utilizados durante a pesquisa, bem como sobre o caráter voluntário de sua participação, não havendo danos pessoais, ou qualquer tipo de encargo financeiro.

A identidade dos participantes ficou no anonimato, e as informações fornecidas foram confidenciais, não havendo exposição dos mesmos, pois durante as entrevistas estiveram presentes apenas a pesquisadora e o(a) entrevistado(a).

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram consideradas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa e Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº 196/96).

## **5 COMPROMISSO DE PUBLICAÇÃO**

Comprometo-me a divulgar os resultados da pesquisa para a equipe de profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos obstetras e médicos neonatologistas do Centro Obstétrico do Hospital Fêmeina, através de um relatório.

Comprometo-me, também, a encaminhá-lo para avaliação e publicação na Revista Científica do Grupo Hospitalar Conceição.

Disponibilizarei para o Centro de Documentação e para o Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição uma cópia do estudo.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados obtidos nessa pesquisa, que serão discutidos e analisados a partir das entrevistas feitas com os profissionais.

### 6.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO

As entrevistas foram realizadas na sala dos(as) enfermeiros(as) pertencente ao Centro Obstétrico do Hospital Fêmima. Foram necessários três dias para realizar as visitas ao Centro Obstétrico para que as entrevistas fossem concluídas. Em relação entrevistas realizadas, houve grande receptividade por parte dos profissionais.

O Hospital Fêmima fica localizado no bairro Moinhos de Vento. Foi inaugurado em 18 de março de 1968. O Hospital Fêmima é dedicado a saúde feminina, ou seja, é um hospital da mulher.

Presta cuidados à gestante durante o pré-natal, realiza o parto, cuidando da saúde de mãe e bebê, trata de complicações, como hipertensão ou dependência química. O Hospital possui 189 leitos.

O Centro Obstétrico foi reinaugurado em 22 de abril de 2010, após uma reforma. Possui 66 funcionários, sendo em torno de 13 durante manhã e tarde e 11 durante à noite. São atendidas, em média, 384 pacientes ao mês.

### 6.2 PERFIL DOS PARTICIPANTES

As entrevistas feitas para obter as informações desejadas foram feitas com onze profissionais (três técnicos(as) em enfermagem, três enfermeiros(as), quatro médicos(as) obstetras e um médico(a) neonatologista com, no mínimo dois anos de experiência em Centro Obstétrico.

O tempo de atuação dos profissionais em obstetrícia e o tempo de serviço na instituição variou de dois anos à trinta e quatro anos.

Quanto a carga horária dos profissionais participantes do estudo, dois(uas) realizam plantão de seis horas diárias no turno da manhã e os outros nove participantes, doze horas noturnas, sendo doze por trinta e seis horas.

### 6.3 PRÁTICAS HUMANIZADORAS INSTITUÍDAS

A primeira categoria desse estudo trata sobre as práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento que são utilizadas na instituição.

Os profissionais entrevistados disponibilizaram um período durante seu plantão para colaborar com a realização das entrevistas, demonstrando entusiasmo ao responder as perguntas propostas.

Dessa categoria emergiram 2 (duas) subcategorias: Presença do acompanhante como direito e o Contato precoce com o recém-nascido e amamentação.

#### 6.3.1 Presença do acompanhante como direito

A presente subcategoria relata sobre a presença do acompanhante como direito da mulher durante o pré-parto e o parto.

Em grande parte das entrevistas realizadas foi relatado que o acompanhante é permitido durante todo o trabalho de parto da parturiente até o momento do nascimento do bebê, conforme mencionado nas seguintes falas:

[...] há permanência enquanto ela estiver no pré-parto, depois acompanha na hora do parto o nascimento do nenê. (Margarida)

[...] é o familiar que acompanha a paciente no pré-parto, no parto. Eu acho que essa é a prática mais humanizadora que tem né. (Dália)

Chama a atenção de que a lei federal nº 11.108 preconiza que o acompanhante deve ser permitido durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato, e o que percebe-se é que o acompanhante é permitido somente durante o trabalho de parto e o parto, até o nascimento do bebê.

Para oficializar o direito da mulher a ter um acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, foi criada a Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, preconizando que o SUS é obrigado a permitir a presença de um acompanhante à mulher durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato e quem deve escolher o acompanhante é a própria parturiente, que pode ser qualquer pessoa que desejar. (BRASIL, 2005).

Percebe-se que o hospital em questão encontra dificuldades em se adequar à lei proposta. Um dos fatores que impede o cumprimento desta lei é a estrutura física inadequada do centro obstétrico do presente hospital. Abaixo seguem algumas das falas que tornam clara essa afirmação:

[...] a gente não consegue deixar eles na sala de recuperação no pós, porque lá está sempre lotado, até pra privacidade de todas as pacientes, né [...] (Camélia)

[...] ficam muitas pacientes aglomeradas né ali na sala de recuperação que tem cinco leitos com cortina, e chega a ficar dez, quinze pacientes [...] sempre que possível, que elas ficam por mais tempo aqui eles entram [...] (Girassol)

[...] na sala de recuperação, devido a ter outras pacientes, tem que ter mais cuidado, a gente pede pra eles se retirarem. (Dália)

O número elevado de puérperas na sala de recuperação impede que haja privacidade entre as mesmas, além de os acompanhantes não terem a oportunidade de permanecer junto delas no período do pós-parto imediato, o que seria importante para que fosse iniciado o vínculo entre mãe, pai e bebê.

Sabe-se da importância do cumprimento da lei federal que preconiza a presença do acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato como direito, mas é importante ressaltar que muitas vezes o acompanhante nem sempre está preparado para acompanhar a mulher no momento do nascimento do seu bebê. Conforme observado nas seguintes falas:

Eu acho que o familiar despreparado é um familiar que mais atrapalha do que ajuda. (Jasmim)

Eu acho que os familiares tinham que, pra poder acompanhar a paciente eu acho que eles tinham que fazer um curso de pré-natal, participar do pré-natal junto [...] (Magnólia)

Segundo Motta e Crepaldi (2005), o acompanhante não recebe informação suficiente de como se desenvolve o trabalho de parto e o parto e de como a mulher se expressa durante este processo, causando dificuldade de relacionamento entre o acompanhante e a parturiente.

Por esse motivo é importante que ocorra uma preparação do acompanhante e da mulher durante o pré-natal, onde seja explicado antecipadamente como ocorre o parto, as fases do parto, como a mulher age em cada fase e qual o papel do acompanhante nesse momento.

Entretanto, alguns dos entrevistados acreditam ser positiva a presença do acompanhante à parturiente, não interferindo no trabalho da equipe de profissionais atuantes no Centro Obstétrico, conforme as falas abaixo:

[...] o familiar está assistindo também até a mãe no pré-parto, então isso ajuda, colabora pra que a mãe se sinta mais tranquila com a presença do familiar próximo, depois na sala de parto. (Cravo)

[...] isso foi uma coisa muito bem aceita e mudou completamente tudo, eu acho que o bem-estar da paciente assim, é notório né, eu acho que essa parte mudou, ela fica menos ansiosa, mais tranqüila, independente se é marido ou mãe [...]

[...] com o acompanhante ela se sente mais segura né, e pra gente também é bom, porque o familiar, ele tenta acalmar a paciente, eu acho que é bom. (Dália)

Em um estudo realizado numa maternidade em São Paulo, os profissionais acharam positiva a presença de um acompanhante junto da parturiente, não interferindo no bom andamento do trabalho de parto e parto, pois a atenção ficou centrada na mulher. (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007).

De acordo com Motta e Crepaldi (2005), existe o acompanhante com presença passiva, que é aquele que não tem nenhuma interação com a parturiente, que está presente somente fisicamente na sala de parto e não colabora para que haja uma diminuição da ansiedade da mulher. A referência familiar quer dizer o acompanhante que tem vontade de apoiar a mulher, mas necessita ser orientado pela equipe de saúde no que pode fazer para colaborar com o bom andamento do trabalho de parto. Já o acompanhante ativo consegue ter uma interação com a

parturiente, dando-lhe apoio emocional e físico durante o trabalho de parto, deixando-lhe calma e também auxiliando na mudança de posição, na deambulação, fazendo-lhe massagem e oferecendo-lhe carinho.

O acompanhante necessita receber informações referentes ao seu papel ao lado da mulher durante o trabalho de parto, parto e o pós-parto imediato. É interessante ressaltar também que se torna fundamental que ocorram conversas durante o pré-natal entre o profissional, a gestante e seu acompanhante, esclarecendo as dúvidas e dando orientações relativas ao trabalho de parto e parto.

Percebe-se que o acompanhante não é permitido durante o pós-parto imediato pela falta de estrutura física do centro obstétrico, tornando-se importante que ocorra a adequação desta estrutura e(ou) a limitação do número de pacientes atendidas, para que a lei do acompanhante seja cumprida de forma adequada e que as demais parturientes e puérperas tenham sua privacidade respeitada.

### **6.3.2 Contato precoce com o recém-nascido e amamentação**

A presente subcategoria refere-se ao direito do contato precoce entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto, juntamente com a amamentação na primeira hora de vida do bebê.

Em algumas das entrevistas foi relatada a importância do contato entre o binômio mãe e bebê e da amamentação, de acordo com as falas abaixo:

Aqui é assim, no atendimento, priorizar sempre o binômio mãe e filho, promover a aproximação do nenê com a mãe. (Cravo)

Ao nascer, coloca-se o bebê direto pele a pele com a mãe e já oferece o seio materno. (Girassol)

[...] a colocação pra amamentar o bebê logo na primeira hora de vida, o auxílio depois, na recuperação também se elas tiverem dificuldade de amamentação, orientar sobre os cuidados com o bebê. (Violeta)

A partir das falas acima é possível perceber que os profissionais entrevistados estão empenhados em seguir as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde com relação ao estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê.

Conforme Monteiro, Gomes, Nakano (2006), os laços afetivos entre a mãe e o recém-nascido são estabelecidos a partir do contato pele a pele, que deve ocorrer nas primeiras duas horas após o parto. Além disso, o contato corporal de ambos favorece a colonização de microrganismos na pele do bebê que são importantes para o desenvolvimento de sua imunidade.

O contato precoce entre a mãe e o bebê é muito importante, não somente para estabelecer um vínculo afetivo entre ambos, mas também para promover o aleitamento materno nas primeiras horas de vida do recém-nascido, que é imprescindível para a saúde do neonato.

A ejeção do leite materno é estimulada pelo hormônio ocitocina, liberado pela mãe, que por sua vez é estimulado pelo calor, odor e o toque entre a mãe e o bebê. [...]. É importante que ocorra o aleitamento materno exclusivo pelo menos até os seis primeiros meses de vida do bebê, pois pode evitar doenças respiratórias na infância, tendo como exemplo a pneumonia e a bronquiolite. (TOMA, 2008).

Há certa preocupação por parte dos profissionais em realizar logo as rotinas de admissão, o que é próprio do ambiente hospitalar, mas não deixam de priorizar a aproximação entre mãe e bebê, tornando-se de extrema importância e ocasionando um atendimento diferenciado, oportunizando que a mulher e o bebê sejam os protagonistas daquele momento.

De acordo com Odent (2002), existe um período fundamental para a efetivação do vínculo mãe-bebê que ele denomina de “período primal”. Este momento de reconhecimento do binômio repercute na vida afetiva da criança e na sua capacidade de relacionamento interpessoal no futuro. O mesmo autor salienta que o contato precoce mãe-bebê estimula hormônios maternos fundamentais para a descida do leite, bem como a vasoconstrição uterina para que ocorra a adequada dequitação placentária, evitando hemorragias.

Portanto, é importante que o profissional da área obstétrica possibilite o contato precoce entre a mãe e o bebê, para que ocorra um vínculo afetivo entre ambos e também para que o bebê se adapte a vida extra-uterina mais facilmente.

## 6.4 IMPEDIMENTOS DAS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO

A segunda categoria desse estudo trata dos fatores que interferem na utilização das práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento na instituição.

Dessa categoria emergiram 4 (quatro) subcategorias: Resistência à mudanças, O poder médico, Espaço físico e Número de funcionários X Número de pacientes.

### 6.4.1 Resistência à mudanças

A presente subcategoria refere-se à resistência de alguns profissionais quando deparados com mudanças na rotina de trabalho.

Em algumas entrevistas, pode-se observar que existe uma certa resistência à mudanças por parte de alguns profissionais, normalmente os mais antigos que atuam na instituição. Conforme seguem nas respostas abaixo:

É uma pena que ainda a equipe antiga não aceita muito bem, são mais resistentes, a equipe jovem já aceita melhor. (Orquídea)

Eu acho que a resistência à coisas novas, porque assim, a maioria das equipes, principalmente as equipes médicas que são mais resistentes [...]. (Lótus)

Muitos profissionais não se adéquam à mudanças, como exemplo, a presença do acompanhante, o protagonismo da mulher durante o pré-parto e o parto e o respeito ao contato precoce entre mãe e bebê, conforme as falas citadas acima.

Segundo a OMS (1996), o objetivo da qualidade da assistência ao parto é que se tenha uma boa relação entre a mulher e o profissional de saúde, onde a mesma e sua família sintam confiança na assistência prestada pela equipe de profissionais, que deverão avaliar com freqüência a dor sentida durante o trabalho de parto e a necessidade da mulher receber apoio durante o pré-parto e o parto.

A resistência de alguns profissionais ocasiona uma forma heterogênea de trabalho entre a equipe multidisciplinar, isto porque alguns profissionais se adéquam

às mudanças propostas e outros não. Quem perde com isso acaba sendo a mulher, o acompanhante e o recém-nascido. Portanto, é importante que ocorra uma reciclagem destes profissionais, e que os mesmos se conscientizem de que as mudanças surgem para o melhor andamento do trabalho e para o bem-estar da mulher e do bebê, que devem ser os protagonistas do processo de nascimento.

#### 6.4.2 O poder médico

A presente subcategoria refere-se ao poder médico durante o pré-parto, e parto das mulheres internadas no centro obstétrico.

Foi relatado por parte dos participantes do estudo a presença do poder médico, e o quanto isto dificulta o trabalho da equipe multidisciplinar, e principalmente o protagonismo da parturiente.

[...] a cultura médica é muito fechada é muito fechada para as coisas novas, a hospitalização do nascimento é uma coisa muito forte, porque é prático o nascimento hospitalizado [...] quando tu tem que dar autonomia pra mulher e daí tu mexe no poder médico, isso trás dificuldade de aceitação por parte de algumas equipes [...] (Lótus)

Segundo a OMS (1996), o profissional que presta assistência no pré-parto, parto e no pós-parto deve fornecer todas as informações e explicações necessárias para a parturiente.

A sensação que eu tenho é que o médico tem receio de perder o poder dele, e na realidade, se a gente for pensar o parto não é do médico e ele não tem realmente poder sobre aquele parto [...] parto ele só tem que não atrapalhar [...] (Lótus)

Do momento em que a mulher interna no centro obstétrico até o momento do nascimento do bebê, o protagonismo deve ser dado a ela. A equipe tem a função de amparar a mulher, dar apoio e auxiliá-la durante o processo de nascimento.

De acordo com Nagahama e Santiago (2005), junto da institucionalização do parto surgiu a autonomia do saber médico sobre as mulheres, tornando-as um simples objeto do próprio trabalho de parto e parto, que hoje está desumanizado pela falta de autonomia destas mulheres sobre o próprio corpo.

Na vivência durante o estágio curricular da pós-graduação, pode-se constatar que a equipe de profissionais é apenas facilitadora do trabalho de parto e parto, pois o protagonismo é da mulher e do bebê.

#### **6.4.3 Espaço físico**

A presente subcategoria refere-se ao espaço físico restrito da sala de pré-parto e da sala de recuperação do centro obstétrico. Abaixo seguem algumas falas dos participantes desse estudo que retratam esta temática:

Eu acho que o espaço físico é muito pequeno, mas mesmo assim a gente tem orientado que o familiar deixe o local onde a paciente está pra algum exame, alguma coisa e depois ele retorna, então é bem apertadinho, é a cama e uma cadeira do lado (risos). (Violeta)

Eu acho que o pré-parto podia ser mais bem organizado assim, eu acho que é muito pequeno o espaço do leito, que tem que ficar o familiar junto, tanto que quando a gente quer examinar a paciente, por exemplo, daí o familiar tem que sair, nem sempre tem cadeira pro familiar sentar [...] (Magnólia)  
O espaço aqui é meio exíguo do lado do leito da paciente, permanecem ali, meio desconfortável, porque às vezes não tem poltrona, não tem cadeira, mas vai se fazendo o possível. (Margarida)

Como visto, a falta de espaço físico no centro obstétrico dificulta tanto para que se tenha uma privacidade adequada à parturiente e seu acompanhante, quanto para que a mulher utilize os métodos não-farmacológicos de alívio à dor.

Conforme a OMS (1996), a mulher tem o direito de escolher a posição em que se sentir mais confortável e que sinta menos dor durante o trabalho de parto, como caminhar, ficar em pé, sentada, ou até mesmo tomar um banho. Estas posições podem ser utilizadas alternadamente ou como a mulher preferir, desde que não haja nenhuma restrição.

Existem métodos não farmacológicos para a indução do parto, que consistem na acupuntura, auxiliando também na diminuição da dor; a homeopatia ajuda a obter o relaxamento e acelera o parto; a cromoterapia também causa relaxamento durante as contrações; E a terapia floral diminui o nível de ansiedade e o medo da mulher. (DUARTE, 2010).

O espaço físico é um grande facilitador ou um criador de obstáculos para que seja estabelecida a humanização durante o processo de nascimento, como pode-se observar nas falas dos participantes do estudo. Seria importante adequar o espaço físico ao número de mulheres atendidas, ou vice-versa.

#### **6.4.4 Número de funcionários X Número de pacientes**

A presente subcategoria refere-se ao pequeno número de funcionários para um elevado número de pacientes atendidas no centro obstétrico.

Durante as entrevistas, com frequência os participantes mencionam o

Às vezes tem o nosso movimento que é muito grande né, então às vezes a gente não tem esse tempo de poder orientá-las, de deixar um período maior o bebê com a mãe, porque a gente já está precisando da sala porque vai entrar outra paciente né, então acho que o nosso fluxo é muito grande e isso prejudica bastante. (Violeta)

[...] é super importante pra nós que fosse estabelecido um limite de pacientes a serem atendidos, uma carga máxima de atendimento, porque não é possível, é humanamente impossível e acaba a gente não conseguindo fazer nenhum tipo de humanização quando tu tem ao invés de seis ou oito, que é a nossa capacidade e temos aqui dentro às vezes vinte ou às vezes trinta pacientes. (Jasmim)

Nós somos um número muito pequeno pra um número muito grande, que dizer, eu acredito que a grande maioria dos hospitais que a gente vê, é que existe um número limite a partir do qual as pacientes param de internar. Aqui nós não temos nunca isso. (Jasmim)

Aqui é superlotado, nós temos dezesseis, dezessete leitos e geralmente quarenta pacientes, então não tem muito como deixar, às vezes as pacientes estão pelo corredor, então não tem muito como dar essa privacidade, mas no eu dá no limite a gente sempre libera. (Camélia)

Com um pequeno número de profissionais atuantes e um elevado número de pacientes internadas torna-se inviável que as mulheres tenham privacidade, que possa ser realizada a humanização como é preconizada pelo Ministério da Saúde e que os acompanhantes permaneçam junto da mulher durante o pós-parto imediato, pois como citado acima, o ambiente é superlotado.

A duração do trabalho de parto varia de mulher para mulher, geralmente as primigestas permanecem em trabalho de parto por um tempo maior, sendo de 12 à

16hs, em média. Já nas multíparas, a duração varia de 6 à 10hs, lembrando que cada mulher tem as suas particularidades e age de uma forma diferente. (ONG..., 2007).

Levando em conta o tempo estimado da duração do trabalho de parto de uma parturiente a humanização fica prejudicada. Se houvesse um limite, um número máximo de mulheres internadas facilitaria o atendimento e o protagonismo da mulher durante o processo de nascimento.

## 6.5 CONHECENDO AS PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO

A terceira categoria desse estudo trata do conhecimento dos profissionais entrevistados referente às práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde.

Em grande parte das entrevistas pode-se perceber que os participantes conhecem a presença do acompanhante como direito, pois a grande maioria se deteve apenas a essa prática humanizadora. Alguns responderam que conhecem apenas na prática, outros que já ouviram falar ou até que não conhecem. Para ilustrar essa afirmação, seguem algumas falas dos participantes:

(Risos) olha, acredito que conhecer especificamente todas elas acho que não, mas a gente já ouviu falar [...] (Jasmim)

(Risos), não sei. (Magnólia)

Na teoria não, a gente tem mais na prática. (Violeta)

A movimentação da parturiente durante o trabalho de parto é uma das práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde e que deve ser incentivada pelos profissionais.

A parturiente deve ter a liberdade de deambular e trocar de posição quando desejar durante o trabalho de parto, pois isso trás benefícios tanto para a mulher quanto para o bebê que irá nascer. (MAMEDE, F.; MAMEDE, M.; DOTTO, 2007).

Além da deambulação, existem as formas não farmacológicas de alívio da dor e indução do parto.

Dentre as formas não farmacológicas para a indução do parto está a caminhada, importante para que as contrações uterinas fiquem uniformes. O banho quente ou morno auxilia no relaxamento dos músculos, ajudando também na dilatação. (TERRA et al., 2006).

Sabe-se o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, mas também é importante salientar o que são consideradas práticas desnecessárias.

De acordo com a OMS (1996), existem muitas intervenções no processo de parturição que são desnecessárias, que podem ser prejudiciais e, por isso, devem ser desestimuladas. A analgesia peridural é uma prática executada inadequadamente, pois fornece o alívio da dor, mas faz com que o trabalho de parto seja mais longo tornando o uso da ocitocina sintética mais presente; quanto à posição da parturiente, não está comprovado que a posição supina seja mais satisfatória para um bom andamento do trabalho de parto. Somente em casos de rompimento de membrana, em que não há encaixe da cabeça do feto, portanto é que não devem ser estimuladas as mudanças de posições durante o trabalho de parto (pelo risco de prolapso de cordão); o livre uso da episiotomia nos partos vaginais não comprova que há benefícios, mas contribui para uma maior incidência de trauma no períneo.

O profissional possui um papel de extrema importância durante o processo de nascimento juntamente com a parturiente.

Segundo a OMS (1996), o profissional que presta assistência no pré-parto, parto e no pós-parto deve fornecer todas as informações e explicações necessárias para a parturiente. Além de permitir e apoiar a presença do acompanhante à mulher.

Segundo a OMS (1996), é permitida a presença de um acompanhante de livre escolha da mulher para acompanhá-la durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

E, imediatamente após o nascimento o recomendado é que o bebê fique junto da mãe.

O direito ao contato precoce com o recém-nascido imediatamente após o parto é mais um dos direitos reservados tanto para a mulher quanto para o bebê, pois estimula o reconhecimento entre ambos. Além disso, possibilita ao bebê entrar em contato com a flora cutânea da mãe, o que lhe confere maior imunidade. O contato precoce estimula para que a criança mame no peito logo após o parto, trazendo inúmeros benefícios ao binômio. (OMS, 1996).

As práticas humanizadoras estão estabelecidas, o que deve-se fazer é que as equipes multidisciplinares se adéquem a elas.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo possibilitou perceber que os profissionais acreditam que conhecem as práticas humanizadoras do nascimento recomendadas pelo Ministério da Saúde, mas que na verdade não conhecem por completo.

O centro obstétrico é um local onde a mulher deve ser acolhida, como foco da atenção dos profissionais, e onde os seus direitos sejam respeitados.

Uma das práticas humanizadoras do nascimento instituída é a presença do acompanhante, mas não adequadamente, devido o acompanhante ser permitido apenas durante o pré-parto e o parto. Durante o pós-parto imediato o acompanhante deve se retirar, pela falta de espaço físico.

Outra prática humanizadora que parece estar estabelecida é o contato pele a pele entre o binômio mãe e bebê. Conforme relatado nas entrevistas, o contato é estabelecido na primeira hora de vida do neonato.

Por outro lado, há resistência de alguns profissionais quanto a realização e concretização dessas mudanças. A equipe médica parece ser mais resistente por aparentar que o poder do trabalho de parto e parto lhe será retirado, segundo os participantes do estudo.

Observou-se que na grande maioria das falas dos entrevistados, surgiu a questão do espaço físico como impedimento para que se estabeleça o atendimento humanizado, juntamente com um elevado número de pacientes para um pequeno número de funcionários. Unindo esses três aspectos gera uma real dificuldade em realizar os cuidados, como preconizados, devido a falta de privacidade das parturientes durante o trabalho de parto e após, na sala de recuperação, onde o acompanhante já não é permitido devido a falta de espaço físico adequado. Com o grande fluxo de pacientes e um número reduzido de funcionários não há possibilidade de prestar um atendimento diferenciado à todas as mulheres internadas, como exemplo, a utilização da bola, o banho de imersão ou aspersão, enfim, o atendimento humanizado torna-se prejudicado.

Durante as entrevistas, a grande maioria dos participantes do estudo respondeu que conhecem as práticas humanizadoras, mas ao longo da entrevista pode-se perceber que na verdade o que é de conhecimentos dos mesmos é apenas a presença do acompanhante como direito.

Conclui-se que esse estudo é relevante para os profissionais da área da saúde no sentido de reconhecerem que a mulher, o bebê e seu familiar possuem direitos durante o processo de parturição e que esses devem ser respeitados. Saliendo a importância de adequar a estrutura física e número de profissionais à demanda de pacientes para contribuir com um atendimento humanizado.

Sugere-se novos estudos que possam contribuir para que ocorra uma unificação do atendimento humanizado entre os serviços. Também se sugere que seja colocado em prática o que as autoridades em saúde legitimam como medicina baseada em evidências, a fim de tornar o parto humanizado uma realidade em nossa sociedade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Maternidades têm até dezembro para incentivar parto humanizado**. Brasília, 2008 Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/220708.htm>. Acesso em: 20 ago 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional de Incentivo ao Parto Normal e Redução da Cesárea Desnecessária**. Brasília, 2010. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_ar ea=124&CO\\_NOTICIA=11929](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=11929)>. Acesso em: 20 ago 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Ambiência**. 2.ed. Brasília, 2008a. 32 p. (Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Visita Aberta e Direito a Acompanhante**. 4.ed. Brasília, 2008b. 31 p. (Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e humanizada**. Brasília, 2006. 162 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional Pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias**. Brasília, 2010. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_ar ea=124&CO\\_NOTICIA=11929](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_ar ea=124&CO_NOTICIA=11929)>. Acesso em: 20 ago 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998**. Regulamenta a realização de Parto Normal sem Distócia realizado por Enfermeiro Obstetra. Brasília, 1998a. Disponível em: < [sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/SAS\\_P163\\_98obst.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/SAS_P163_98obst.doc)>. Acesso em: 19 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 466, de 14 de junho de 2000**. Estabelece para cada estado um limite percentual máximo de realização de cesarianas em relação ao total de partos realizados. Brasília, 2000a. Disponível em: < [sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM\\_P466\\_00obst.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P466_00obst.doc)> Acesso em: 21 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 27 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 888/GM, de 12 de julho de 1999.** Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades-Modelo no Sistema Único de Saúde. Brasília, 1999. Disponível em: < [sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM\\_P888\\_99obst.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P888_99obst.doc)>. Acesso em: 19 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 985/GM, de 5 de agosto de 1999.** Cria o Centro de Parto Normal (CPN). Brasília, 1999a. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>>. Acesso em: 19 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2005a. Disponível em: < [dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2005/.../GM-1067.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2005/.../GM-1067.htm)>. Acesso em: 20 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999.** Aprova o Regulamento do Prêmio Nacional Prof. Galba de Araújo. Brasília, 1999b. Disponível em: < [sna.saude.gov.br/legisla/legisla/.../GM\\_P1.406\\_99informes.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/.../GM_P1.406_99informes.doc)>. Acesso em: 20 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.080, de 13 de novembro de 2001.** Estabelece que as Unidades Federadas que desejarem aderir ao pacto para redução das taxas de cesarianas poderão apresentar suas propostas de adesão. Brasília, 2001a. Disponível em: < [sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/)>. Acesso em: 21 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005.** Regulamenta a presença do acompanhante às mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o SUS. Brasília, 2005b. Disponível em: < [dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2005/.../GM-2418.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2005/.../GM-2418.htm)>. Acesso em: 21 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998.** Estabelece que o(a) enfermeiro(a) obstetra está apto(a) para realizar parto normal sem distócia. Brasília, 1998. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em 19 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008.** Define o repasse de incentivo financeiro aos Hospitais Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e humanização para atenção ao parto e ao nascimento. Brasília, 2008c. Disponível em: < [www.femerj.org.br/.../2008/...Dezembro/PORTARIA%20N%203136-GM\\_Ministério%20da%20Saúde.pdf](http://www.femerj.org.br/.../2008/...Dezembro/PORTARIA%20N%203136-GM_Ministério%20da%20Saúde.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Assistência Integral a Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática.** Brasília, 1984. 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRÜGGMANN, Odaléa Maria; OSIS, Maria José Duarte; PARPINELLI, Mary Ângela. Apoio no nascimento: percepção de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, p. 1-9, 2007.

CAPARROZ, Sueli Castilho; **O Resgate do parto normal**. 1 ed. Joinville: Editora Joinville, 2003.

CONDEÇO, Luisa. **Dignificar as parteiras**. 2004. Disponível em: <<http://doulasdeportugal.blogspot.com/2004/12/dignificar-as-parteiras.html>>. Acesso em: 21 jun. 2010.

DESLANDES, Suely Ferreira. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 615-626, 2005.

DUARTE, Ana Cris. **Quem são as doulas: o que significa “doula”**. Disponível em: <<http://www.doulas.com.br/doulas.html>>. Acesso em: 29 jun. 2010.

ESPINOSA, Camila. **Conhecimento de mulheres sobre seus direitos enquanto parturientes**. Porto Alegre: 2009. 63p. p. 44-50.

FILHO, Jorge de Rezende. **Obstetrícia Fundamental**. 11 ed. Ed. Guanabara, 2008. 610 p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008. 175 p.

KRUNO, Rosimery Barão. **Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização**. 2004. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela; DOTTO, Leila Maria Geromel. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 331-336, jun. 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004. 114 p.

MONTEIRO, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 427-432, 2006.

MOTTA, Cibele Cunha Lima da; CREPALDI, Maria Aparecida. O pai no parto e apoio emocional: a perspectiva da parturiente. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 30, p. 105-118, 2005.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul./ago. 2007.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2002. 138 p.

ODENT, Michel. **O camponês e a Parteira**: uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ed. Groud, 2003. 189 p.

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de et al. Tipo de Parto: Expectativas das Mulheres. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-674, set./out. 2002.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra; 1996.

ONG AMIGAS DO PARTO. **FAQ Trabalho de Parto**. 2007. Disponível em: [http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?Itemid=67&id=296&option=com\\_content&task=view](http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?Itemid=67&id=296&option=com_content&task=view)>. Acesso em: 05 abr. 2011.

PRISZKULNIK, Goldete; MAIA, Anselmo Carrera. Parto Humanizado: influências no segmento saúde. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 80-88, 2009.

REHUNA. **Quem Somos**. 2010. Disponível em: [http://www.rehuna.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=45&Itemid=64](http://www.rehuna.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=64)>. Acesso em: 21 ago 2010.

RICCI, Susan Scott. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. Ed. Guanabara, 2008. 712 p.

RUANO, Rodrigo et al. Dor do parto – Sofrimento ou necessidade? **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.53, n.5, p. 384-384, out. 2007.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento**: um modelo teórico. 2002. 260f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Florianópolis, 2002. Disponível em: <[http://www.amigasdoparto.org.br/2007/dls/dissertacao\\_MLSantos.pdf](http://www.amigasdoparto.org.br/2007/dls/dissertacao_MLSantos.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2010.

TERRA, Paloma et al. **Métodos naturais de indução do parto**. 2006. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.org.br>>. Acesso em: 05 abr. 2011.

TOMA, Tereza Setsuko; REA, Marina Ferreira. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 235-246, 2008.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Humanizar é preciso**: escute o som desta melodia. In: A melodia da humanização. Reflexões sobre o cuidado do processo do nascimento. Florianópolis: Cidade futura, 2001. p. 74-79.

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Pseudônimo: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação na área: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço na instituição: \_\_\_\_\_

Carga horária e turno: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE PERGUNTAS

- 1 Você conhece as práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento?
- 2 Se sim, quais dessas práticas são utilizadas na instituição?
- 3 Qual a sua opinião a respeito da utilização dessas práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde?
- 4 Na sua opinião, quais os fatores que interferem na utilização das práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento?
- 5 A presença de acompanhante à parturiente é permitida?
  - Se não é permitida, por qual motivo?
  - Se é permitida, em que momento geralmente o acompanhante entra?
  - Até que momento o acompanhante permanece junto à mulher?
  - Conhece a lei federal que dá o direito à parturiente de ter um acompanhante durante o pré parto, o parto e o pós-parto imediato?
- 6 Gostaria de acrescentar algo?

## **APÊNCICE B – SOLICITAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC

Porto Alegre, dezembro de 2010.

Prezados senhores:

Venho por meio desta solicitar a este comitê a avaliação e a aprovação do projeto de pesquisa: “PRÁTICAS HUMANIZADORAS DO NASCIMENTO RECOMENDADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE – OPINIÃO DE PROFISSIONAIS ATUANTES EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PORTO ALEGRE”, cujos dados devem ser colhidos com a participação dos profissionais atuantes no centro obstétrico, durante seu período de trabalho, em fevereiro de 2011, conforme metodologia do projeto de pesquisa em anexo. A realização deste estudo é condição imprescindível que a Universidade do Vale do Rio dos Sinos exige para a conclusão do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos e questionamentos que a esta solicitação se fizerem necessários.

Certa de contar com o seu apoio e colaboração, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Camila Espinosa

Acadêmica da Especialização em Enfermagem Obstétrica

Leila Regina Rabelo

Orientadora da Pesquisa

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), intitulada: “**Práticas humanizadoras do nascimento recomendadas pelo Ministério da Saúde – Opinião de profissionais atuantes em um hospital público de Porto Alegre**”, que tem como objetivo principal desvelar a opinião dos profissionais técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos obstetras e médicos neonatologistas atuantes em um determinado centro obstétrico de Porto Alegre a respeito da utilização das práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde referentes ao processo de nascimento. O tema escolhido justifica-se pela importância de se acrescentarem informações à equipe multiprofissional que possam contribuir para um ajuste às recomendações do Ministério da Saúde e para um atendimento mais humanizado à parturiente.

O trabalho está sendo realizado pela aluna do curso de especialização em enfermagem obstétrica Camila Espinosa, sob a supervisão e a orientação da Prof<sup>a</sup> Ms. Leila Regina Rabelo.

Para alcançar os objetivos do estudo, será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 30 minutos, na qual você irá responder seis perguntas preestabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais, e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora principal durante cinco anos e, após, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

EU \_\_\_\_\_, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;
- de que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa;
- sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que, em caso de dúvida ou de novas perguntas, poderei entrar em contato com a pesquisadora Camila Espinosa, telefone (51) 9269-6452, e-mail: camilaenf@pop.com.br e endereço: Rua Marcílio Dias, nº 678 / 202 Bairro Menino Deus – Porto Alegre;
- **também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-Geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, pelo telefone 3357-2407.**

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Nome:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Nome da pesquisadora: Camila Espinosa

## APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO

Prezados senhores:

Declaro, para realizar a pesquisa “Práticas humanizadoras do nascimento recomendadas pelo Ministério da Saúde – Opinião de profissionais atuantes em um hospital público de Porto Alegre”, que tenho conhecimento da resolução nº 196/96, normatizadora da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento desta.

Atenciosamente,

---

Camila Espinosa

Acadêmica da Especialização em Enfermagem Obstétrica

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

---

Leila Regina Rabelo

Orientadora da Pesquisa

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