

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA  
LUISA FRANZON BRUN

**PRÁTICAS HUMANIZADORAS UTILIZADAS DURANTE O TRABALHO  
DE PARTO E PARTO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR – PERCEPÇÃO DE  
PUÉRPERAS**

São Leopoldo  
2013

LUISA FRANZON BRUN

**PRÁTICAS HUMANIZADORAS UTILIZADAS DURANTE O TRABALHO  
DE PARTO E PARTO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR – PERCEPÇÃO DE  
PUÉRPERAS**

Monografia de conclusão de curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica apresentada 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

2013

## 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 conhecer a percepção de puérperas sobre o desenvolvimento de práticas humanizadoras no trabalho de parto e parto num ambiente hospitalar. Foram entrevistadas quinze puérperas. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e analisadas pelo método de análise de conteúdo sugerido por Gomes (2012). A partir dos dados coletados surgiram três categorias temáticas: Vivências do trabalho de parto e parto; A interação mãe-bebê logo após o nascimento; Bem-estar no trabalho de parto e parto. Da categoria “Vivências do trabalho de parto e parto” surgiram duas subcategorias: Atendimento da equipe de saúde; Nascimento e dor. Da categoria “A interação mãe-bebê logo após o nascimento” emergiram duas subcategorias: Contato pele a pele com o recém-nascido e amamentação; Significado da interação mãe-bebê no pós-parto imediato. Da categoria “Bem-estar no trabalho de parto e parto, surgiram quatro subcategorias: Métodos não farmacológicos para o alívio da dor; Deambulação e mudança de posição; Presença do acompanhante como direito da mulher; Manutenção da parturiente em npo, prática adequada?.Concluiu-se que as práticas humanizadoras estão sendo estimuladas nas instituições de saúde, entretanto, ainda há aspectos a melhorar.

**Descritores:** trabalho de parto; parto; parto humanizado.

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>1.1 Questão de Pesquisa</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>1.2 Objetivos</b> .....  | <b>9</b>  |
| 1.2.1 Objetivo geral .....  | 9         |
| 1.2.2 Objetivos específicos.....  | 9         |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>2.1 O Contexto Atual da Assistência ao Parto no Brasil</b> .....   | <b>10</b> |
| <b>2.2 Humanização da Assistência ao Parto no Brasil</b> .....  | <b>15</b> |
| 2.2.1 Práticas Recomendadas pelo Ministério da Saúde .....  | 17        |
| <b>3 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>3.1 Tipo de estudo</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>3.2 Campo de pesquisa</b> .....  | <b>26</b> |
| <b>3.3 Sujeitos da pesquisa</b> .....   | <b>26</b> |
| <b>3.4 Coleta de dados</b> .....  | <b>27</b> |
| <b>3.5 Análise dos dados</b> .....  | <b>27</b> |
| <b>4 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....  | <b>30</b> |
| <b>6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....  | <b>31</b> |
| <b>6.1 Caracterização das puérperas</b> .....   | <b>31</b> |
| <b>6.2 Práticas humanizadoras utilizadas durante o trabalho de parto e parto em uma instituição hospitalar – percepção de puérperas</b> ..... | <b>31</b> |
| 6.2.1 Vivências do trabalho de parto e parto .....  | <b>31</b> |
| 6.2.1.1 Atendimento da equipe de saúde .....  | <b>32</b> |
| 6.2.1.2 Nascimento e dor.....   | <b>32</b> |
| 6.2.2 A interação mãe-bebê logo após o nascimento.....  | <b>33</b> |
| 6.2.2.1 Contato pele a pele com o recém-nascido e amamentação .....   | <b>33</b> |
| 6.2.2.2 Significado da interação mãe-bebê no pós-parto imediato .....   | <b>35</b> |
| 6.2.3 Bem-estar no trabalho de parto e parto.....   | <b>36</b> |
| 6.2.3.1 Métodos não farmacológicos para o alívio da dor.....  | <b>36</b> |
| 6.2.3.2 Deambulação e mudança de posição. ....  | <b>40</b> |
| 6.2.3.3 Presença do acompanhante como direito da mulher .....   | <b>43</b> |
| 6.2.3.4 Manutenção da parturiente em npo, prática adequada?.....  | <b>47</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>   | <b>49</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>51</b> |
| <b>APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....</b>                     | <b>55</b> |
| <b>APÊNDICE B – Solicitação para a realização do estudo.....</b>            | <b>56</b> |
| <b>APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) .....</b> | <b>57</b> |
| <b>APÊNDICE D – Termo de compromisso.....</b>                               | <b>58</b> |
| <b>ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de ética da Unisinos .....</b>    | <b>59</b> |
| <b>ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de ética do GHC.....</b>          | <b>60</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Antigamente o parto era visto como um acontecimento natural e fisiológico, realizado por parteiras e acontecia no domicílio da gestante. Neste ambiente, a mulher sentia-se segura e protegida para ter o seu bebê, pois estava na presença de pessoas de sua confiança. Com a transferência do parto domiciliar para o contexto hospitalar as antigas parteiras foram substituídas por profissionais de saúde e a mulher perdeu a autonomia durante o seu trabalho de parto e parto.

Segundo Mamede, F.; Mamede, M.; Dotto (2007) a parturiente deixou de ser a protagonista no processo de parturição, permanecendo em uma posição passiva, enquanto os profissionais passaram a assumir o controle sobre o nascimento, realizando uma série de intervenções e modificando as práticas obstétricas. O modelo de assistência caracterizado pelo elevado índice de medicalização e de excesso de práticas invasivas tomou vulto a partir do modelo intervencionista e curativo, instaurado no Brasil principalmente após a década de 1960 (MAMEDE, F., MAMEDE, M., DOTTO, 2007).

Com a institucionalização do parto e nascimento o processo de parturição sofreu diversas transformações. O parto tornou-se um evento médico-centrista, com a utilização de tecnologias duras e condutas invasivas e desnecessárias. A mulher passou a ser objeto desse processo e se viu inserida em um ambiente estranho e muitas vezes hostil, sem a privacidade e o conforto que teria em seu domicílio, envolta de profissionais de saúde desconhecidos que nem sempre são receptivos e acolhedores. Além disso, ela permanece a maior parte do tempo sem a presença de um acompanhante de sua livre escolha para apoiá-la durante o trabalho de parto e parto.

Neste ambiente, a parturiente ainda é privada de alimentos e líquidos por via oral e permanece a maior parte do trabalho de parto semi-imobilizada, ficando sujeita à utilização de drogas para a indução do parto e ao uso rotineiro da episiotomia (DINIZ, 2001). A transformação do cenário criada a partir da hospitalização do parto contribuiu para torná-lo um evento estressante e doloroso e de difícil enfrentamento para a mulher e sua família.

O uso de técnicas intervencionistas e de recursos tecnológicos utilizados no processo de parturição não melhoraram a segurança e qualidade na assistência à mulher e ao bebê, e não diminuíram as taxas de morbimortalidade materna e neonatal. Por isso, este contexto tem sido questionado em âmbito mundial e provoca diversos debates sobre alternativas de se obter uma maternidade mais segura para todas as mulheres. Órgãos internacionais e nacionais têm procurado resgatar o nascimento como um processo fisiológico, com menos intervenções,

enfatizando a importância da utilização de métodos mais naturais na evolução do processo de parturição (MAMEDE, F., MAMEDE, M., DOTTO, 2007).

Nesse sentido é que a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 1996 o Programa Maternidade Segura: um guia prático. Com esse programa a OMS objetivava incentivar práticas de humanização do parto e nascimento, tornando esse momento o mais natural e prazeroso possível para a mulher. Estimular o protagonismo da parturiente durante o trabalho de parto e parto, incentivar a presença do acompanhante de sua livre escolha, evitar práticas invasivas e desnecessárias, entre outras, são condutas que visam à promoção de um parto mais saudável e a garantia do bem-estar materno e fetal.

No Brasil, a partir desse movimento de desmedicalização do parto e nascimento foram criados outros programas e políticas públicas visando incentivar uma maior humanização do processo de parturição, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) criado em 2000 e a Lei Federal nº 11.108 criada em 2005, conhecida como a “Lei do acompanhante”. Essa Lei garante à mulher o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Além disso, em 2011 o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, que é uma estratégia que busca criar um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, garantindo às mulheres a realização de um parto seguro através de boas práticas de atenção e ainda, garantindo a presença de um acompanhante de livre escolha da gestante (BRASIL, 2012a).

As políticas públicas na área de saúde da mulher cada vez mais incentivam o uso de práticas humanizadoras em todas as maternidades do Brasil, visando um resgate à humanização do parto e nascimento. Deste modo, este estudo tem como intencionalidade servir de subsídio às equipes de saúde para que possam debater e discutir acerca da importância do uso de condutas humanizadoras durante o trabalho de parto e parto e assim, qualificar o atendimento ofertado às gestantes. Justifica-se, portanto, por contribuir para a área da saúde, em especial a área da enfermagem obstétrica, tanto no que diz respeito à divulgação dessas práticas, bem como aos benefícios de sua utilização às parturientes.

Além disso, o próprio serviço de saúde, ao implementar o uso de condutas humanizadoras recomendadas pela OMS torna-se um hospital de referência, e ainda, utiliza métodos menos invasivos, menos onerosos e mais naturais, o que propicia o desenvolvimento de um trabalho de parto e parto mais saudável e menos doloroso para a mulher e sua família.

## **1.1 Questão de Pesquisa**

Qual a percepção de puérperas sobre as práticas humanizadoras utilizadas durante o trabalho de parto e parto em uma instituição hospitalar?

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção de puérperas sobre o desenvolvimento de práticas humanizadoras no trabalho de parto e parto num ambiente hospitalar.

### 1.2.2 Objetivos específicos

a) verificar que práticas humanizadoras foram oferecidas às puérperas durante o trabalho de parto e parto na instituição;

b) identificar fatores que facilitaram ou dificultaram o bem-estar das puérperas no decorrer do trabalho de parto e parto.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O Contexto Atual da Assistência ao Parto no Brasil

A assistência obstétrica no Brasil atualmente está focada no modelo biomédico, o que tem contribuído para a permanência e o crescente número de procedimentos invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto e parto, muitas vezes de maneira desnecessária e sem a participação da parturiente e sua família (MOURA et al., 2007).

O modelo de atenção ao parto vigente na maioria das maternidades do país mantém a parturiente em posição litotômica, semi-imobilizada, durante todo o trabalho de parto e parto, o que acaba impedindo a mulher de escolher a posição em que gostaria de ter o seu bebê, além de dificultar a livre deambulação e o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor. Outras práticas utilizadas nesse modelo são o abuso de drogas para a indução do parto, a privação de alimentos e líquidos por via oral à parturiente, o uso rotineiro da episiotomia e a ausência de um acompanhante de livre escolha da mulher (DINIZ, 2001).

Com a hospitalização do parto a mulher, que antes tinha a autonomia para decidir de que maneira seria conduzido seu trabalho de parto e parto, perdeu o controle desse momento no instante em que o parto deixou de ser realizado no domicílio e começou a ser realizado no âmbito hospitalar. As parteiras deram lugar à atuação dos profissionais de saúde, que passaram a assumir o poder de decisão e o controle sobre o trabalho de parto e parto tornando a parturiente uma coadjuvante desse evento (BRASIL, 2001).

Segundo Moura et al. (2007), a institucionalização do parto propiciou a medicalização e controle do período gravídico puerperal, e o parto, antes considerado um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de diversos atores conduzindo este período. Além disso, muitas práticas abusivas e sem evidência científica são impostas à mulher durante o processo parturitivo sem o seu consentimento, o que tem posto em risco não só a sua integridade física, mas também, trazendo danos muitas vezes irreversíveis à sua condição emocional.

O modelo intervencionista atual utiliza algumas práticas que são consideradas prejudiciais ou ineficazes pela OMS e que devem ser eliminadas do atendimento obstétrico em diversas instituições hospitalares, tais como: o uso rotineiro do enema e da tricotomia, a permanência da parturiente em posição de decúbito dorsal e o não estímulo à deambulação, o

abuso na utilização da ocitocina para a indução do parto, o estímulo ao esforço de puxo prolongado e dirigido (Manobra de Valsalva), a revisão rotineira do útero após o parto, entre outras.

A realização do enema e da tricotomia ainda são práticas utilizadas rotineiramente nas instituições, tendo como justificativa evitar o risco de infecção da mãe e do bebê, assim como o constrangimento da mulher com a perda de conteúdo fecal durante o período expulsivo dentro da sala de parto, no caso do enema. Entretanto, não há evidências científicas que comprovem a redução do número de infecções com a realização do enema e da tricotomia. Portanto, essas práticas são consideradas desnecessárias e só deveriam ser utilizadas quando solicitadas pela mulher e não como uma rotina pré-estabelecida (OMS, 1996).

As posições supinas (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto e de litotomia durante o parto são as mais utilizadas nas maternidades. Entretanto, o modo como o trabalho de parto deve ser conduzido é uma decisão da mulher; ao profissional cabe o papel de suporte à parturiente, conferindo a ela a possibilidade de escolher o que lhe convém, em um momento em que, notadamente, ela é a protagonista (OLIVEIRA, et al.; 2011a).

Segundo a OMS (1996), a permanência da posição de decúbito dorsal durante o primeiro estágio do trabalho de parto afeta o fluxo sanguíneo uterino. O útero pesado pode causar uma compressão aorto-cava, e o menor fluxo sanguíneo pode comprometer o estado fetal. No entanto, ficar em pé ou em decúbito lateral está relacionado com uma maior intensidade e maior eficiência das contrações (sua capacidade de causar a dilatação cervical). Sendo assim, a OMS (1996) afirma que não há indícios que apoiem o estímulo à posição supina durante o primeiro estágio do trabalho de parto. A única exceção é quando houver rompimento de membranas em presença de uma cabeça fetal não encaixada.

O uso rotineiro da posição de decúbito dorsal durante o trabalho de parto e parto ocorreu em função da elevação de intervenções obstétricas, tais como o monitoramento eletrônico fetal e a infusão de ocitocina e anestesia epidural, que exigiam a manutenção das mulheres deitadas e estáticas durante o trabalho de parto. No entanto, há menos de três séculos, a maioria das parturientes de todas as raças e culturas assumia a posição vertical durante o trabalho de parto e parto (MAMEDE, F., MAMEDE, M., DOTTO, 2007).

De acordo com Mamede, F., Mamede, M. e Dotto (2007, p. 333) “o parto na posição supina é mantido devido à comodidade médica, em detrimento de uma participação mais ativa da mulher”.

Mudar de posição frequentemente (a cada 30 minutos aproximadamente) e deambular ajudam a aliviar a dor. As mudanças de posição ajudam a acelerar o trabalho de parto por

acrescentar os benefícios da gravidade e as mudanças no formato da pelve. A posição e a frequência de mudança de posição possuem grandes efeitos sobre a atividade e a eficiência uterina. A deambulação facilita a rotação fetal por alterar o alinhamento da parte da apresentação com a pelve (RICCI, 2008). Por isso, Mamede, F., Mamede, M. e Dotto (2007) afirmam que a deambulação faz parte do conjunto de práticas que devem ser estimuladas na fase ativa do trabalho de parto. De acordo com Sabatino, Caldeyro-Barcia (2000 apud MAMEDE, F., MAMEDE, M., DOTTO, 2007, p. 334)

a ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto e parto, impedindo a compressão dos grandes vasos maternos, aumentando os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixe, ventilação pulmonar e equilíbrio acido-básico, além da eficiência das contrações uterinas. A posição vertical produz melhor efeito na progressão do trabalho de parto, devido à melhor circulação uterina, permitindo que as fibras musculares cumpram com sua função contrátil de maneira eficiente, resultando em uma duração do trabalho de parto mais curta.

Segundo Gallo et al. (2011, p. 46) “a deambulação é um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miométrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal”. As contrações uterinas aumentam de intensidade e se tornam mais efetivas para a dilatação do colo com a deambulação e a mudança de posição (BRASIL, 2001).

O estímulo à deambulação e a mudança de posição no trabalho de parto e parto demonstra muitas vantagens para mãe e filho. Isso possibilita considerar que a liberdade de posição e a deambulação da parturiente durante o progresso do trabalho de parto são maneiras de cuidado benéficas à parturiente e que devem ser incentivadas (MAMEDE, F., MAMEDE, M., DOTTO, 2007), visto que, a imobilidade materna pode contribuir para o aumento do número de distócias e risco de partos operatórios, por prejudicar a progressão ou descida fetal (SILVA, et al., 2011a).

Para a OMS (1996) tanto para o primeiro quanto para o segundo estágios de trabalho de parto é recomendado que as mulheres adotem qualquer posição que lhes agrade, preferivelmente evitando longos períodos em decúbito dorsal. Deve-se estimulá-las a experimentar aquilo que for mais confortável, e suas escolhas devem ser apoiadas. Os prestadores de serviço necessitam de treinamento para comandar e realizar partos em outras

posições além da supina, a fim de não ser um fator inibidor na escolha de posições (OMS, 1996).

A utilização de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos é outra prática que deve ser evitada. Segundo a OMS (1996), a administração da ocitocina somente pode ser realizada em ambiente hospitalar, sob a responsabilidade do obstetra e seguindo alguns critérios clínicos. Esta deve ser administrada após a ruptura espontânea ou artificial das membranas e caso a velocidade de dilatação cervical seja menor do que 1 cm por hora. Portanto, não está claro que o uso liberal da correção da dinâmica uterina com ocitocina em qualquer momento ofereça benefícios para mulheres e bebês.

O esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto é uma prática amplamente utilizada nas maternidades. No entanto, é contraindicada pela OMS (1996), uma vez que a mulher, ao permanecer alguns segundos sem respirar e fazendo força, acaba comprometendo as trocas gasosas materno-fetais, principalmente se estiver em decúbito dorsal, pois essa posição facilita a compressão da aorta e acaba reduzindo o fluxo sanguíneo para o útero.

A revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto deve ser evitada. Após a expulsão da placenta é importante examiná-la minuciosamente a fim de detectar anormalidades (infartos, hematomas, inserção anormal do cordão umbilical), mas principalmente pra verificar sua integridade. Se houver suspeita de dequitação incompleta (retenção de restos placentários), deve-se tomar providências para a exploração da cavidade uterina. Se pequenas partes das membranas estiverem faltando, a exploração uterina não é necessária. Ou seja, a OMS (1996) só recomenda a revisão uterina caso haja suspeita de que restos placentários tenham permanecido dentro do útero, e não como uma conduta rotineira. A exploração manual do útero pode causar infecção, traumatismo mecânico, ou até mesmo choque.

O Programa Maternidade Segura: um guia prático (OMS, 1996) aborda ainda algumas práticas que foram classificadas como “práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado”, como a restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, o controle da dor por agentes sistêmicos ou analgesia peridural, exames vaginais repetidos e frequentes, o uso liberal e rotineiro da episiotomia, a exploração manual do útero após o parto, entre outras.

Em muitas maternidades se tem como rotina manter a parturiente sem líquidos e alimentos por via oral (NPO) durante todo o trabalho de parto e parto com o intuito de que ela

não apresente náuseas e vômitos durante esse processo e, caso necessite da realização de uma cesárea de urgência, não aspire conteúdo gástrico em função da anestesia geral.

Muitas mulheres realmente não sentem fome durante o trabalho de parto, principalmente pela dor e desconforto que estão sentindo. Entretanto, sentem necessidade de beber água (OMS, 1996). O trabalho de parto é um processo que pode demorar horas e que prepara a mulher para o nascimento de seu filho. O parto é um evento muito desgastante, em que a mulher precisa estar forte e fazer força para expelir o bebê. Nesse sentido, permanecer muito tempo em NPO pode prejudicar o desempenho materno na realização do parto. Segundo a OMS (1996), o parto exige disposição e energia da mulher. A restrição severa de ingestão oral pode levar à desidratação, e à cetose maternas. Estas podem ser evitadas pela oferta de líquidos e alimentos leves por via oral durante o trabalho de parto.

O controle da dor por agentes sistêmicos é outra prática frequentemente utilizada de modo inadequado. A petidina é uma das drogas mais utilizadas para o alívio sistêmico da dor. Sabe-se que essa droga pode causar efeitos colaterais maternos, como por exemplo, hipotensão ortostática, náuseas, vômitos e tonturas. Todas as drogas sistêmicas utilizadas para o alívio da dor atravessam a placenta, e a maioria delas causa depressão respiratória no bebê e anormalidades de comportamento neonatal, incluindo relutância para mamar. O diazepam pode causar depressão respiratória neonatal, hipotonia, letargia e hipotermia (OMS, 1996).

Nesse sentido é fundamental que o profissional de saúde explique a parturiente os efeitos colaterais que os analgésicos sistêmicos podem provocar, principalmente no bebê, antes de administrá-los. O recém-nascido de uma mãe que recebeu analgésico pode apresentar sofrimento fetal e nascer com depressão respiratória.

O controle da dor por analgesia peridural é o método mais utilizado no trabalho de parto normal. Entretanto, deve-se ter cuidado ao utilizá-lo, pois, segundo a OMS (1996), com esse método de analgesia há uma tendência para que o primeiro estágio do trabalho de parto seja mais longo e que a utilização da ocitocina seja mais freqüente. Em vários relatos e estudos, constatou-se um aumento do número de partos vaginais operatórios, especialmente se o efeito analgésico foi mantido durante o segundo estágio do trabalho de parto, suprimindo assim o reflexo do puxo na parturiente.

A mulher que se encontra em trabalho de parto muitas vezes é submetida a exames vaginais repetidos e frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço. Essa prática é mais comum em hospitais universitários onde o número de alunos e residentes de medicina é bastante grande. Em geral, o toque vaginal é realizado por todos os alunos e, posteriormente, verificado e repetido pelo professor. Entretanto, segundo a OMS (1996) isto

somente pode ser feito depois de se obter o consentimento da parturiente. As mulheres não devem ser coagidas a passar por exames vaginais repetidos ou frequentes feitos por vários profissionais de saúde ou estudantes. Além disso, a OMS (1996) afirma que esta é uma atividade essencial na avaliação do início e do progresso do trabalho de parto, mas recomenda que só seja realizada por profissionais treinados, com mãos limpas e usando luvas estéreis e, ainda, que o número de exames vaginais seja limitado ao estritamente necessário.

Em muitas maternidades do país é comum o uso liberal ou rotineiro de episiotomia. Entretanto, o uso liberal da episiotomia está associado a maiores taxas de traumatismo ao períneo e a menores taxas de mulheres com um períneo intacto (OMS, 1996). De acordo com a OMS (1996) não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico. Em um parto normal pode ocasionalmente haver uma indicação válida para uma episiotomia, como por exemplo, sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto ou ameaça por laceração de terceiro grau, mas recomenda-se o uso limitado dessa intervenção.

## **2.2 Humanização da Assistência ao Parto no Brasil**

Objetivando a mudança do modelo de assistência obstétrica atual para um modelo mais humanizado, a OMS criou em 1996 o Programa Maternidade Segura: um guia prático. Um dos objetivos deste documento é identificar as rotinas utilizadas mais corriqueiramente durante o trabalho de parto e tentar estabelecer algumas normas de boas práticas para a conduta do trabalho de parto sem complicações (OMS, 1996). A OMS conceitua parto normal como

[...] de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho em boas condições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996, p. 9).

bem como, conceitua a humanização do nascimento como

um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê,

que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001, p. 9).

Nesse sentido, com o movimento de humanização do parto e nascimento o Ministério da Saúde visa à transição do modelo intervencionista atual para um modelo humanizado. Desta forma tem se empenhado em criar diversos programas e políticas públicas que incentivem a utilização de práticas humanizadoras como as recomendadas pelo Programa Maternidade Segura (OMS, 1996).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) é um exemplo de programa criado pelo Ministério da Saúde como uma forma de estimular a humanização do processo de parturição. Criado em 2000 tem como princípios garantir que toda gestante tenha o direito a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; o direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

O Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê é outro documento criado em 2011 pelo Ministério da Saúde que também aborda o direito ao parto humanizado e a assistência de qualidade, enfatizando a importância de toda gestante ser escutada e ter as suas dúvidas esclarecidas durante sua internação; escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e parto; ser incentivada a adotar as posições como sentada e de cócoras, que são mais favoráveis para a boa evolução do parto, além de incentivar o contato pele a pele do binômio mãe-bebê na primeira hora após o parto, o clampeamento tardio do cordão umbilical e a presença do acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto (BRASIL, 2011b).

A opção por acompanhante e a escolha de quem deve ser essa pessoa são decisões e direitos exclusivos da gestante. Algumas instituições contam com voluntárias — as doulas — que dão apoio físico e emocional às mulheres e ao acompanhante durante o trabalho de parto (BRASIL, 2011b, p. 45).

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou também a Rede Cegonha, que é uma estratégia que busca criar um novo modelo de atenção ao parto e nascimento, garantindo às mulheres a realização de um parto seguro através de boas práticas de atenção (BRASIL, 2012a). Enfim, esse são alguns exemplos de políticas públicas criadas pelo governo visando a melhoria na qualidade da assistência prestada à gestante em todo o período gravídico-puerperal, bem como

reduzir o abuso no número de cesarianas, diminuir a taxa de mortalidade materno e neonatal e resgatar o caráter fisiológico do parto e nascimento.

### 2.2.1 Práticas Recomendadas pelo Ministério da Saúde

Tendo como base as práticas desnecessárias, ineficazes e até mesmo prejudiciais a OMS estabeleceu no Programa Maternidade Segura (1996) um conjunto de práticas que devem ser estimuladas e implementadas como rotina nas maternidades, chamadas de “práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas no parto normal”. Abaixo segue a lista de algumas das práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde.

1º Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família. A mulher tem o direito de decidir o local onde será realizado seu parto, seja em seu domicílio, em um centro de parto normal ou no hospital, bem como o profissional que o realizará, podendo ser o médico obstetra ou o(a) enfermeiro(a) obstetra. Entretanto, para que ela possa realizar o parto domiciliar ela deve apresentar uma gestação de baixo risco. Da mesma forma, o(a) enfermeiro(a) obstetra só pode realizar o parto se este for normal, sem distócia. Caso contrário cabe ao médico a sua realização.

As portarias nº 2.815, de 29 de maio de 1998 e a nº 163, de 22 de setembro de 1998 regulamentam a realização do parto normal sem distócia por enfermeiro(a) obstetra, sendo sua função identificar a distócia e tomar as devidas providências até a chegada do médico; prestar assistência à parturiente; realizar episiotomia e episiorrafia com anestesia local, quando necessário; acompanhar o trabalho de parto e executar o parto normal sem distócia. A atuação desse profissional tem sido considerada uma estratégia importante para a redução dos índices de cesárea e no restabelecimento da humanização do parto e nascimento.

Segundo a OMS (1996), a mulher deve dar à luz num local onde se sinta segura. No caso de uma gestante de baixo risco este local pode ser a sua casa, um centro de parto de pequeno porte, ou talvez a maternidade de um hospital de maior porte. Entretanto, deve ser um local onde toda a atenção e cuidados estejam concentrados em suas necessidades e segurança, o mais perto possível de sua casa e de sua própria cultura.

2º Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto. É mister que desde a primeira consulta de pré-natal a mulher faça

uma avaliação do risco gestacional, devendo esta ser contínua até o final da gestação e durante todo o trabalho de parto e parto, pois conforme a OMS (1996, p. 8) “a qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mãe a um nível mais complexo de assistência”.

3º Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento. Alguns procedimentos, como por exemplo, a verificação dos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial) são considerados de rotina e são importantes por terem implicações sobre o resultado final do parto, podendo influenciar o seu manejo. Por isso, esses procedimentos não devem ser eliminados, devendo, antes de serem realizados, explicados à mulher. Além disso, é importante que seja garantido à mulher conforto e bem-estar, avaliando as necessidades maternas, bem como a intensidade de sua dor e proporcionando apoio emocional.

4º Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.

5º Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto. É importante que a parturiente e seu acompanhante tenham sua privacidade preservada durante todo o processo de parturição. O quarto de pré-parto deve ser um ambiente calmo e acolhedor, que propicie tranquilidade à mulher e possibilite a intimidade do casal. O número de profissionais de saúde que presta assistência direta à gestante deve ser limitado ao mínimo possível (OMS, 1996), pois o barulho e a movimentação excessiva podem provocar estresse na mulher, o que poderia prejudicar a progressão do trabalho de parto.

6º Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto fornecendo às mulheres todas as informações e explicações que desejarem. É importante que a equipe de saúde acolha a gestante que chega à maternidade de forma integral, oferecendo apoio, carinho e explicando todas as dúvidas que ela possa ter em relação ao trabalho de parto e parto.

7º Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto. O direito à presença do acompanhante na sala de parto e pós-parto nas maternidades do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantido pela Lei 11.108, de 07 de abril de 2005. De acordo com esta Lei os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à mulher, de um acompanhante de sua preferência durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Para o Ministério da Saúde o processo de humanização do nascimento inclui a presença de um acompanhante de livre escolha da gestante durante todo o processo de parturição. O respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante é uma prática classificada

como comprovadamente útil e que deve ser estimulada. A presença de um acompanhante representa um suporte emocional à parturiente e a auxilia a enfrentar o nascimento com mais tranquilidade e segurança, diminuindo toda a ansiedade e medo que esse momento pode provocar (BRASIL, 2001).

Foi realizado um estudo com 14 puérperas de uma maternidade pública de Fortaleza (CE), no período de Agosto a Setembro de 2009, cujo objetivo era analisar a percepção de puérperas acerca da presença/participação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto. A presença do acompanhante estava relacionada à minimização dos sentimentos de solidão que se somavam às dores das parturientes. Segundo os autores do estudo a “participação do acompanhante tornou o processo de nascimento mais tranquilo, pois o apoio proporcionado permitiu que a parturiente se sentisse mais segura pela presença de outra pessoa que colaborou ativamente com suas necessidades de cuidado” (OLIVEIRA et al., 2011b, p. 251).

Conforme outro estudo realizado com 24 pais que estiveram presentes durante o trabalho de parto e parto de sua companheira, no período de Março a Agosto de 2009, em um Hospital universitário de Porto Alegre (RS), os pais perceberam sua presença como a melhor forma de proporcionar apoio à mulher, contribuindo para que ela se sentisse mais segura e oportunizando-a de ter uma vivência mais agradável desse momento. Além disso, os pais demonstraram preocupação com o fato de a mulher ficar sozinha e acreditavam que isso poderia gerar nelas um sentimento de abandono e solidão, o que contribuiria de forma negativa para o nascimento do bebê (PERDOMINI, 2010).

Nesse mesmo estudo também se pode concluir que alguns pais enxergavam seu papel de acompanhante como de cuidadores e ajudavam a equipe de saúde a realizar os cuidados necessários com a parturiente, além de manter uma postura fiscalizadora, observando atentamente todos os procedimentos que eram realizados com a mulher. Entretanto, a autora concluiu que mesmo com a Lei do Acompanhante ainda existe certa resistência da equipe em permitir a presença do acompanhante continuamente (PERDOMINI, 2010).

De acordo com 14 estudos científicos brasileiros e internacionais realizados com mais de cinco mil mulheres, as gestantes que contam com um acompanhante no parto e no pós-parto ficam mais tranquilas e seguras durante o processo de parturição. A presença do acompanhante contribui para redução do tempo do trabalho de parto e para diminuir o número de cesáreas. A permanência de outra pessoa junto à mulher no parto e pós-parto contribui também para reduzir a possibilidade da mulher sofrer de depressão pós-parto. Além disso, o

acompanhante pode ainda ajudar a mulher nas tarefas básicas com o bebê no pós-parto, quando a mãe encontra-se em fase de reabilitação (BRASIL, 2012b).

Sendo assim, o Ministério da Saúde reconhece os benefícios relacionados à presença do acompanhante e recomenda que as instituições de saúde estejam preparadas para a introdução dessa nova prática, assegurando a permanência de um acompanhante de preferência da mulher dentro das maternidades. É fundamental que os profissionais envolvidos na atenção obstétrica tenham uma mudança de atitude e de postura, informando à gestante sobre os seus direitos, incentivando e garantindo a inserção e o acolhimento do acompanhante durante todo o processo de nascimento. Além disso, para que os acompanhantes possam permanecer junto das parturientes em tempo integral faz-se necessário uma adaptação das maternidades em relação à estrutura física dos centros obstétricos, para proporcionar maior privacidade e conforto para a parturiente e seu acompanhante.

8º A utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor são medidas utilizadas na tentativa de minimizar a dor e o desconforto das mulheres durante o trabalho de parto, ou então, reduzir o tempo de exposição da parturiente ao sofrimento gerado nesse momento. Segundo Silva, Strapasson e Fischer (2011b), esses métodos possibilitam às mulheres a redução do medo, a autoconfiança e a satisfação, além de serem utilizados como uma opção a fim de substituir, na medida do possível, os anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a utilização dos métodos não farmacológicos possibilita uma diminuição na necessidade de drogas analgésicas, uma maior satisfação com o processo do nascimento e a ausência de efeitos adversos. Além disso, estes métodos podem reduzir a percepção da dor e são considerados métodos não invasivos (DAVIM et al., 2008). Ainda, segundo Gallo et al., (2011, p. 42) “a utilização desses recursos no trabalho de parto busca resgatar o caráter fisiológico da parturição”

Existem diversos métodos não farmacológicos que, se associados ou não, podem ser utilizados como recursos para o alívio da dor no trabalho de parto. Esses métodos não visam à substituição integral dos métodos farmacológicos de minimização da dor, mas sim, modificar a atitude da mulher e seu acompanhante para que, ao invés de relacionar o trabalho de parto ao medo, ao sofrimento e a dor, passem a aceitá-lo com compreensão, tranquilidade e com uma maior participação da parturiente e de seu acompanhante, resgatando o nascimento como um momento da família (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, um dos exemplos que podemos citar de método não farmacológico para o alívio da dor é a bola suíça. A introdução da bola suíça é uma das alternativas para a promoção da livre movimentação da parturiente durante o trabalho de parto (SILVA, et al., 2011a). Ela pode ser utilizada por mulheres que desejam adotar diferentes posições durante o primeiro período clínico do parto. A bola suíça, também é conhecida como bola do nascimento, bola *bobath*, *gym ball*, *birth ball*, *fit ball*, entre outros termos. É uma estratégia que estimula a posição vertical, possibilita a adoção da posição não supina, incentiva o exercício do balanço pélvico por ser um objeto lúdico que traz benefícios psicológicos, além de ter baixo custo financeiro (SILVA, et al., 2011a).

O uso da bola possibilita o alívio das tensões nervosas por trazer lembranças das brincadeiras de criança, além de manter os joelhos da parturiente afastados, não ocasionando, portanto, nenhuma tensão na musculatura adutora. Deste modo, a pressão da bola sobre o períneo é igualada possibilitando que a cintura pélvica fique posicionada à frente em relação à coluna espinhal, propiciando um melhor posicionamento para o feto (LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003).

Outra medida não farmacológica que pode ser utilizada para o alívio da dor é o banho. De acordo com Gallo et al. (2011), o mecanismo de alívio da dor por este método ocorre pela diminuição da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, minimizando a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. Para a aplicação terapêutica desse recurso o ideal é que a temperatura da água esteja em torno de 37 a 38°C, sendo necessário que a parturiente permaneça no mínimo 20 minutos no banho, com a ducha sobre a região dolorosa, normalmente localizada na região lombar ou abdome inferior. A água aquecida provoca a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, provocando um maior relaxamento muscular. O banho de chuveiro pode ser oferecido à mulher no início da fase ativa do parto, ou seja, quando as contrações começam a aumentar de frequência e intensidade (BRASIL, 2001).

Davim et al. (2008) realizaram um ensaio clínico do tipo intervenção terapêutica “antes e após” no período de setembro de 2005 a fevereiro de 2006. O estudo foi realizado com 100 parturientes de uma Unidade de Parto Humanizado (UPH) da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O objetivo do estudo era avaliar a efetividade do banho de chuveiro para o alívio da dor de parturientes na fase ativa do trabalho de parto. Ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após” à aplicação do banho de chuveiro nos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino, os autores encontraram uma diferença significativa ( $p=0,000$ ) no alívio da dor após aplicação dessa estratégia, demonstrando uma

redução da dor na medida em que aumentava a dilatação do colo uterino, sendo maior aos 8 cm e menor aos 9 cm. Deste modo, pode-se afirmar que o banho de chuveiro é um método efetivo no alívio da intensidade da dor de mulheres na fase ativa do trabalho de parto.

Outra opção sugerida por Ricci (2008) é o banho de imersão, sendo utilizado quando a parturiente já estiver na fase ativa de trabalho de parto para evitar a desaceleração das contrações secundárias ao relaxamento muscular. As opções de hidroterapia podem ser desde banheiras comuns até banheiras com hidromassagem, dependendo da instituição hospitalar. Entretanto, geralmente essa técnica é utilizada mais comumente em centros de parto normal.

Uma terceira opção que pode ser aplicada durante o trabalho de parto é a massagem. Esta pode ser realizada tanto pelo profissional de saúde que assiste à mulher bem como pelo acompanhante. Segundo Ricci (2008), a massagem utiliza o tato para estimular o relaxamento e o alívio da dor. “É um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos” (GALLO et al., 2011, p. 44). A massagem é um recurso de alívio da dor por potencializar a produção de endorfinas. As endorfinas reduzem a transmissão de sinais entre células nervosas e, desta forma, diminuem a percepção da dor. Além disso, a massagem desvia a atenção da mulher da dor que ela está passando (RICCI, 2008), podendo ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto, assim como ser combinada com outras terapias (GALLO et al., 2011).

A massagem como um recurso de relaxamento tem como objetivo permitir que as parturientes conheçam melhor o seu corpo, percebendo as diferenças entre relaxamento e contração e identificando as posições que são mais confortáveis para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto, desta forma, favorecendo sua evolução. Além disso, tem por objetivo ainda ajudar as parturientes no controle das sensações das contrações durante esse período (BRASIL, 2001).

O método de Lamaze é conhecido mais popularmente como método psicoprofilático da dor e foi introduzido por Lamaze em 1954. A mulher é ensinada a substituir suas reações à dor, ao medo e à perda de controle, por um comportamento mais positivo. Neste método são associados os relaxamentos musculares controlados e as técnicas de respiração. A mulher é ensinada a contrair grupos específicos de músculos, enquanto relaxa outros. No início do trabalho de parto a parturiente é orientada a inspirar profundamente, focar sua atenção num objeto selecionado, posicionado em um local facilmente visto pela mulher, e expirar lenta e profundamente, usando o peito (BRASIL, 2001).

Conforme um estudo realizado com puérperas, no período de Agosto a Dezembro de 2006, em três maternidades públicas de cada um dos estados da Região Sul do Brasil, o

conforto no trabalho de parto referido por essas mulheres estava relacionado ao uso da bola, ao apoio na barra, à caminhada, ao relaxamento do banho e à massagem (FRELLO; CARRARO, 2010). Esse estudo nos permite inferir que o conforto sentido pelas parturientes durante o trabalho de parto estava diretamente relacionado com o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, não sendo mencionados pelas mulheres os métodos farmacológicos como provedores de conforto.

De acordo com Silva et al. (2011a, p. 657)

promover o conforto e a satisfação da mulher no trabalho de parto estão entre as tarefas mais importantes dos provedores de cuidados. As práticas que têm estes objetivos fazem parte de um contexto de valorização do parto fisiológico e do uso adequado de tecnologias na assistência ao parto e nascimento, que incluem desde modificações nos ambientes de assistência ao parto até o emprego de práticas não medicamentosas de alívio à dor do parto; estas causam menos efeitos colaterais para a mãe e o bebê e podem permitir à mulher mais sensação de controle no parto.

Apesar dos benefícios da utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho, Sescato, Souza e Wall (2008) afirmam que no cotidiano da prática profissional esses recursos ainda são pouco utilizados e a assistência ao trabalho parto e parto ainda é objeto de intensa medicalização. Compete ao profissional de saúde ofertar à parturiente os métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, oportunizando-a de vivenciar esse momento com mais naturalidade e menos sofrimento. Entretanto, nem todos os profissionais têm a conduta de oferecer esses recursos à mulher nesse momento. Essa conduta, possivelmente, dependerá do grau de conhecimento do profissional em relação aos benefícios desses métodos e o quanto ele considera importante sua utilização.

Segundo Sescato, Souza e Wall (2008, p. 586) “é essencial que cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções”. Nesse sentido, para que se possa garantir um modelo de assistência ao parto e nascimento mais humanizado, desmedicalizado e com práticas menos intervencionistas, espera-se que a equipe de saúde, como responsável pela humanização da assistência, garanta à mulher a liberdade de escolha do método de alívio da dor que desejar, seja farmacológico ou não farmacológico, mas sempre priorizando o uso dos recursos não farmacológicos, proporcionando, assim, uma melhor vivência do trabalho de parto pela parturiente e sua família.

9º O monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente é parte dos cuidados essenciais durante o trabalho de parto para avaliar o bem-estar fetal e verificar o risco de sofrimento fetal.

10º Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.

11º Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.

12º Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue é uma prática utilizada nas maternidades. Nesse estágio do trabalho de parto ocorre a separação e a expulsão da placenta (dequitação) tendo como principais riscos maternos a hemorragia durante ou após essa separação e a retenção de restos placentares (OMS, 1996). O manejo do terceiro estágio pode influenciar a incidência e o volume da perda sanguínea, por isso tem-se como rotina administrar a ocitocina via intramuscular imediatamente após o desprendimento do ombro anterior, ou após o nascimento do bebê, pois ela reduz significativamente a perda sanguínea após o parto (OMS, 1996).

13º Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto. Logo depois do parto o bebê deve ser colocado sobre o corpo da mãe para sentir seu cheiro e calor e ter contato com a mama. Esse cuidado é fundamental para a criação do vínculo materno-fetal, além de estimular a amamentação, que deve começar, se possível, na primeira hora de vida (BRASIL, 2011). O contato pele a pele e os olhos nos olhos fortalecem os laços afetivos entre a mãe e o bebê, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno é um processo que envolve a interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009).

Outra prática que deve ser estimulada é o clampeamento tardio do cordão umbilical. Para evitar a perda de sangue do bebê e proteger a criança contra o desenvolvimento da anemia o corte do cordão umbilical não deve ser feito imediatamente, mas apenas depois que o cordão parar de pulsar, o que ocorre em torno de 3 minutos após o parto. A ligadura imediata é indicada em alguns casos, como por exemplo, se a mãe é soropositiva ou se o sangue da mãe e do filho forem incompatíveis (BRASIL, 2011b).

O clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele imediato e o início da amamentação exclusiva são três práticas simples que, além de proporcionar benefício

instantâneo ao recém-nascido, podem ter impacto à longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê e, possivelmente, afetem o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério (BRASIL, 2011a).

### **3 CAMINHO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

A abordagem metodológica utilizada nesta pesquisa foi qualitativa do tipo exploratório-descritiva.

Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa compreende conceitos particulares. Ela trabalha com os significados das ações e relações humanas, das emoções, das crenças e valores, considerando-se assim, um nível de realidade que não pode ser quantificado.

A pesquisa exploratória possibilita ao pesquisador uma maior proximidade com o problema de pesquisa, além de possuir o caráter de explorar algo com vistas a tornar o problema mais visível ao pesquisador. A pesquisa descritiva é aquela em que o pesquisador descreve as características do sujeito de pesquisa podendo estabelecer relações entre variáveis (GIL, 2010).

#### **3.2 Campo de pesquisa**

A pesquisa foi realizada na Unidade de Alojamento Conjunto do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), que é integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e trata-se de um hospital geral, público, de grande porte, localizado no município de Porto Alegre (RS).

#### **3.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram as puérperas internadas na Unidade de Alojamento Conjunto que permaneceram em trabalho de parto no Centro Obstétrico, que concordaram em participar da pesquisa e que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C). O número de participantes foi determinado conforme o critério de saturação das informações, totalizando quinze puérperas. De acordo com Minayo (2010, p. 196)

o pesquisador deve preocupar-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão.

Pode-se considerar que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Por critério de saturação se entende o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo.

Foram excluídas do estudo aquelas que chegaram ao Centro Obstétrico em período expulsivo e aquelas que não aceitaram participar do estudo.

### **3.4 Coleta de dados**

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora no período de Abril de 2013. Como instrumento para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista individual semiestruturada (APÊNDICE A), com perguntas abertas para se obter espontaneidade nas respostas. As entrevistas foram realizadas na Unidade de Alojamento Conjunto, em local reservado e tendo duração máxima de 30 minutos.

Na entrevista semiestruturada o pesquisador tem mais flexibilidade, pois não há um conjunto de questões que devem ser feitas em uma ordem específica, em geral, é realizado uma pergunta ou colocado um tópico, e o entrevistado fica livre para narrar sua história (POLIT, BECK E HUNGLER, 2004).

As entrevistas foram gravadas de acordo com a permissão das participantes, e posteriormente, transcritas na íntegra pela pesquisadora, para que houvesse fidedignidade das informações coletadas.

### **3.5 Análise dos dados**

A análise dos dados foi realizada a partir do material coletado nas entrevistas semiestruturadas, seguindo o método de análise de conteúdo sugerido por Gomes (2012), que seguiu as seguintes etapas:

Pré-análise: Nesta etapa foi realizada a transcrição das gravações e posterior leitura exaustiva de todo material selecionado, com a finalidade de impregnação do conteúdo.

Exploração do material: Posteriormente o pesquisador buscou definir os núcleos de sentido, que são expressões, palavras ou frases significativas apontadas em partes dos textos que foram agrupadas e formaram as categorias temáticas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: Na terceira e última etapa procurou-se estabelecer inter-relações entre as informações obtidas e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões com base nos objetivos.

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

| <b>PRÁTICAS HUMANIZADORAS UTILIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR – PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS</b> |   |  |
|---|---|--|
| <b>CATEGORIAS</b>   |   |  |
| <b>VIVÊNCIAS DO TRABALHO DE PARTO E PARTO</b>   | <b>A INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ LOGO APÓS O NASCIMENTO</b>  | <b>BEM-ESTAR NO TRABALHO DE PARTO E PARTO</b>  |
| <b>SUBCATEGORIAS</b>  | <b>SUBCATEGORIAS</b>  | <b>SUBCATEGORIAS</b>   |
| <b>ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE<br/><br/>NASCIMENTO E DOR</b>   | <b>CONTATO PELE A PELE COM O RECÉM-NASCIDO E AMAMENTAÇÃO<br/><br/>SIGNIFICADO DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ NO PÓS-PARTO IMEDIATO</b> | <b>MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR<br/><br/>DEAMBULAÇÃO E MUDANÇA DE POSIÇÃO<br/><br/>PRESENÇA DO ACOMPANHANTE COMO DIREITO DA MULHER<br/><br/>MANUTENÇÃO DA PARTURIENTE EM NPO, PRÁTICA ADEQUADA?</b> |

#### 4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa, juntamente com a carta de solicitação para a realização do estudo (APÊNDICE B), foi avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (ANEXO A) e do Grupo Hospitalar Conceição (ANEXO 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 preenchido e assinado em duas vias, ficando uma via de posse do participante e outra da pesquisadora do estudo. Os dados registrados serão guardados durante cinco anos, ao final dos quais serão destruídos.

Os participantes do estudo foram esclarecidos do tema, dos objetivos, da justificativa e dos métodos de investigação utilizados durante a pesquisa, bem como do caráter voluntário de sua participação, não havendo danos pessoais ou qualquer tipo de encargo financeiro.

A identidade dos participantes ficou em anonimato e as informações fornecidas foram confidenciais, não havendo exposição dos mesmos.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram consideradas as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa e Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96).

## **5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Comprometo-me a divulgar os resultados da pesquisa para a equipe de enfermagem do Centro Obstétrico e da Unidade de Alojamento Conjunto do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

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 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A seguir serão apresentados os resultados obtidos nesse estudo, começando pela caracterização dos sujeitos da pesquisa e finalizando com a análise e discussão dos dados.

### **6.1 Caracterização das puérperas**

Nessa pesquisa foram entrevistadas quinze puérperas internadas na Unidade de Alojamento Conjunto e que permaneceram em trabalho de parto no Centro Obstétrico. As participantes da pesquisa tinham idades entre dezesseis e quarenta anos, sendo que, do total entrevistado, doze eram múltíparas e três eram primíparas. Quanto ao tempo de duração do trabalho de parto, houve uma variação de quatro a vinte horas.

### **6.2 Práticas humanizadoras utilizadas durante o trabalho de parto e parto em uma instituição hospitalar – percepção de puérperas**

A seguir serão apresentadas as categorias que emergiram ao longo da pesquisa e que serão analisadas à luz do referencial teórico, para obter-se a compreensão da questão de pesquisa e para responder aos objetivos do presente estudo. Deste estudo foram pontuadas três categorias temáticas: Vivências do trabalho de parto e parto; A interação mãe-bebê logo após o nascimento; Bem-estar no trabalho de parto e parto.

Da categoria “Vivências do trabalho de parto e parto” surgiram duas subcategorias: Atendimento da equipe de saúde; Nascimento e dor. Da categoria “A interação mãe-bebê logo após o nascimento” emergiram duas subcategorias: Contato pele a pele com o recém-nascido e amamentação; Significado da interação mãe-bebê no pós-parto imediato. Da categoria “Bem-estar no trabalho de parto e parto, surgiram quatro subcategorias: Métodos não farmacológicos para o alívio da dor; Deambulação e mudança de posição; Presença do acompanhante como direito da mulher; Manutenção da parturiente em npo, prática adequada?.

#### **6.2.1 Vivências do trabalho de parto e parto**

Essa categoria objetiva refletir à respeito do processo de nascimento vivenciado pelas puérperas, comentando sobre como essas avaliaram o atendimento oferecido pela equipe de

saúde, bem como o que elas consideraram mais marcante na experiência de seu trabalho de parto e parto.

#### 6.2.1.1 Atendimento da equipe de saúde

Ao serem questionadas sobre o atendimento oferecido pela equipe de saúde, todas as entrevistadas afirmaram que o atendimento foi bom ou ótimo, demonstrando satisfação com a qualidade da atenção em saúde:

*“Foi bom, me trataram bem [...] fui bem atendida”. (P2)*

*“Foi bom, me trataram muito bem”. (P4)*

*“Foi bom, foi ótimo”. (P7)*

O apoio e o conforto ofertado pela equipe de saúde durante o parto, como por exemplo, ao orientarem a mulher o momento mais adequado de fazer força durante o período expulsivo, é bem visualizado no discurso a seguir:

*“Pra mim todos eles me trataram bem, me ajudaram, me confortaram, disseram pra mim que era pra eu esperar dar as “contração” pra fazer a força pra sair [...] eles ficaram do meu lado, um do lado do outro, me ajudando, um falando uma coisa outro falando outra, assim eu fui me acalmando”. (P5)*

*“Ótimo. Foi ótimo. Eu adorei todos, todos me trataram muito bem, com carinho [...]”. (P5)*

*“Maravilhoso, muito bom mesmo. Todos eles, tanto médico como as enfermeiras, tão sempre auxiliando né, muito bom”. (P12)*

#### 6.2.1.2 Nascimento e dor

Com base nas entrevistas realizadas, a maioria das puérperas afirmou considerar mais marcante durante a vivência do trabalho de parto e parto a dor das contrações uterinas e o momento do nascimento, conforme podemos observar nos relatos abaixo:

*“O que mais me marcou foi as dores que eu senti fazendo força”. (P5)*

*“O que mais me marcou foi as contrações finais, pra mim é o mais marcante, não tem como esquecer”. (P12)*

*“Foi a dor”. (P6)*

*“[...] me marcou mais na hora que ele nasceu, o momento do nascimento”. (P2)*

*“Na hora que a nenê nasceu”. (P4)*

Houve aquelas que se lembraram da qualidade do atendimento oferecido pelos profissionais de saúde, considerando essa assistência como o fator que mais lhe marcou durante a sua permanência na maternidade:

*“Foi o cuidado deles comigo. Os cuidados deles eu achei muito especial sabe, bem rápido, bem cuidadoso, não tenho do que me queixar, foi bom mesmo”. (P8)*

*“O que mais me marcou foi a atenção e a boa vontade dos funcionários, médicos e enfermeiras”. (P13)*

*“Pra mim foi tudo, porque eu fui super bem atendida, tanto pelas enfermeiras como pelos médicos. Pra mim, na verdade, nem parecia que tava ali pra ganhar, era um bate papo de comadre, todo mundo ali conversando normal”. (P14)*

## 6.2.2 A interação mãe-bebê logo após o nascimento

Essa categoria objetiva refletir sobre as práticas que incentivam a interação mãe-bebê logo após o nascimento, como o contato pele a pele precoce e a amamentação nos primeiros minutos de vida. Além disso, visa mostrar qual a importância desse primeiro contato na visão da mulher. Desta categoria surgiram duas subcategorias: Contato pele a pele com o recém-nascido e amamentação e Significado da interação mãe-bebê no pós-parto imediato.

### 6.2.2.1 Contato pele a pele com o recém-nascido e amamentação

As puérperas foram questionadas se foi lhes oportunizado permanecer em contato pele a pele com o seu bebê imediatamente após o parto. Todas as entrevistadas afirmaram que sim, abaixo segue alguns exemplos:

*“Sim, foi colocado, por meia hora”. (P2)*

*“Foi colocada direto no colo [...] ficou uma meia hora”. (P4)*

*“Assim que ela nasceu colocaram no meu colo”. (P1)*

Conforme o Manual Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças, do Ministério da Saúde (2011a), após

o nascimento deve-se colocar o recém-nascido, se estiver ativo e reativo, diretamente sobre o abdome ou tórax da mãe, com a pele do recém-nascido em contato com a pele da mãe. O contato pele a pele não deve estar limitado à sala de parto; deve ser praticado tão frequentemente quanto possível durante os primeiros dias de vida, para manter a temperatura do recém-nascido, promover a amamentação e fortalecer o vínculo entre a mãe e o seu bebê.

O contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido imediatamente após o parto ainda ajuda na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Essa prática promove a amamentação logo após o parto, pois aproveita o primeiro período de alerta e o comportamento inato do bebê de abocanhar e sugar a mama durante a primeira hora de vida, geralmente sem requerer nenhuma ajuda em particular (BRASIL, 2011a). Das quinze puérperas entrevistadas doze afirmaram que amamentaram seu bebê logo após o nascimento. Entretanto, houve aquelas que não conseguiram amamentar por razões diversas:

*“Não, não, ele não chegou a mamar. Só ficou ali deitadinho, ela limpou ele, ele ficou ali comigo um pouquinho e aí depois ele foi lá pra outra salinha”. (P6)*

*“Elas falaram que eu podia, mas ele não pegou”. (P2)*

Os profissionais de saúde possuem um papel fundamental na promoção do contato pele a pele precoce e na amamentação na primeira hora de vida. É importante que, logo após o nascimento, o profissional que assiste ao parto coloque o bebê direto sob o colo da mãe, para que a interação entre eles já inicie nesse momento. O profissional também deve estimular a mulher a amamentar o recém-nascido, auxiliando-a na posição mais correta para a pega e mais confortável para ambos. Nesse sentido, é importante que seja oferecido tempo para a mãe permanecer com o seu bebê, para que possa amamentá-lo corretamente e sem pressa. Nos discursos abaixo evidenciamos o papel da enfermeira em estimular a amamentação do recém-nascido:

*“Na hora que eu ganhei, no pós-parto, eu não sabia que eu já podia dar o seio pra ela. Daí uma enfermeira que disse “- Não mãe, pode sim, não tem problema nenhum”. Aí eu amamentei ela”. (P1)*

*“Mamou, a enfermeira ajudou a botar ele no meu peito e ele mamou [...]”. (P5)*

O aleitamento materno logo após o parto ajuda a prevenir a morbidade e a mortalidade neonatais, está associado a maior duração da amamentação, a maior duração do aleitamento materno exclusivo, e ainda, estimula a liberação da ocitocina, que provoca a contração uterina (BRASIL, 2011a).

### 6.2.2.2 Significado da interação mãe-bebê no pós-parto imediato

Foi solicitado às puérperas que descrevessem qual a importância e o significado do primeiro contato com o seu filho logo após o nascimento e quais os sentimentos vivenciados por elas. No pós-parto imediato, após o alívio da dor, a mulher manifesta o desejo de ver o seu filho e de poder tê-lo aos seus braços. Tudo isso vem associado aos sentimentos de ansiedade, de medo, de insegurança, de emoção e de alegria (SANTOS, et al., 2012):

*“[...] foi importante, eu acho que eu pude conhecer bem o rostinho dele, gravar bem o rosto, o jeito, ele também pode me conhecer antes de ser levado lá pra dentro”. (P3)*

*“Sim, foi importante pra ele ter o primeiro contato com a mãe né, ficar junto comigo, se aquecer [...] a gente tava muito ansioso esperando pra conhecer ele depois de tanto tempo dentro da minha barriga né, ficamos muito felizes”. (P15)*

Essas falas ilustram bem a importância do primeiro contato mãe-bebê para as puérperas, pois é considerado um momento único, em que acontece o primeiro reconhecimento do bebê e que a mulher pode pela primeira vez, apreciar o seu filho e vivenciar fortes sentimentos de emoção (MATOS, et al., 2010).

Segundo um estudo realizado com dezesseis puérperas, em uma maternidade do Interior de São Paulo entre dezembro de 2005 a janeiro de 2006, a experiência de realizar o contato pele a pele precoce e amamentação ainda na sala de parto é traduzida pela puérpera como um momento único e marcante. É neste momento que ela pode conhecer seu filho, viver uma experiência nova, diferente e gratificante. O primeiro momento em que a mãe tem a oportunidade de ver, tocar, pegar e amamentar seu filho representa toda a espera que ocorre durante a gestação (BARBOSA, et al., 2010).

O Ministério da Saúde (2011a) recomenda ainda, que depois do parto deve-se adiar, pelo menos durante a primeira hora de vida, qualquer procedimento rotineiro de atenção ao recém-nascido que separe a mãe de seu bebê, com o objetivo de permitir o contato pele a pele ininterrupto entre a mãe e o bebê.

Na fala a seguir percebe-se como foi importante o primeiro contato da mãe com seu bebê, sem que houvesse uma separação entre eles logo após o nascimento:

*“Pra mim foi muito importante né, porque foi o primeiro contato dela comigo né, não teve aquela separação brusca, de pegar, tirar e já levar né, então foi bem legal, foi bem bom”. (P12)*

*“[...] da minha primeira menina eu só vi o rostinho dela e já levaram ela, e depois que trouxeram. E ele não, ele a gente teve aquele primeiro momento assim com ele. Ele ali, ele olhou pra gente com o olhinho bem aberto, deu umas risadinhas, então acho que foi mais emocionante assim pra gente que tava tão ansioso esperando ele né, foi bem bom”. (P6)*

E ainda, o momento em que a mãe toca seu bebê, sente sua pele, seu cheiro e o recebe em seu colo é percebido como muito especial:

*“Foi importante pra ele ter um aconchego, sentir um pouquinho ele, ver o quanto é bom ter uma coisinha tão pequenininha assim nos teus braços, por mais que seja pouco tempo né, mas pra mim foi muito importante”. (P14)*

*“Sim. Foi importante [...] o reconhecimento dela comigo, o cheirinho tudo”. (P7)*

O momento do primeiro contato deve ser valorizado em função da importância que tem para a mulher, pois é marcante para ela, influenciando sua trajetória e história da amamentação, portanto deve ser realizado de forma a gerar experiências positivas (BARBOSA, et al., 2010).

### 6.2.3 Bem-estar no trabalho de parto e parto

Essa categoria aborda temas relacionados com o bem-estar da parturiente durante o trabalho de parto e parto, fazendo referência às práticas de humanização do parto e nascimento recomendadas pelo Ministério da Saúde. Essas práticas devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto visando tornar esse momento o mais natural possível, evitando o abuso de práticas invasivas e desnecessárias e incentivando o protagonismo da mulher. Durante as entrevistas foram abordados temas relacionados aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, o estímulo à deambulação e à mudança de posição ao longo do trabalho de parto, a presença do acompanhante como direito da parturiente, a posição escolhida pela mulher para o nascimento do bebê e a manutenção da parturiente em npo.

Deste modo, dessa categoria emergiram quatro subcategorias: Métodos não farmacológicos para o alívio da dor; Deambulação e mudança de posição; Presença do acompanhante como direito da mulher; Manutenção da parturiente em npo, prática adequada?.

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

Essa subcategoria visa relatar quais os fatores que contribuíram no alívio da dor e do desconforto durante o trabalho de parto vivenciado pelas puérperas. Os métodos não farmacológicos, quando aplicados durante o trabalho de parto, diminuem a dor provocada pelas contrações uterinas, aumentam a satisfação materna e melhoram os resultados obstétricos. As mulheres apresentam-se mais colaborativas e apreciam a sensação de controle que ganham ao manejarem ativamente a dor que sentem, o apoio que recebem do acompanhante e dos cuidadores, além da liberdade de movimentação e de escolha dos movimentos (OLIVEIRA; BONILHA; TELLES, 2012).

Os métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como por exemplo, a bola, a massagem e o banho de chuveiro foram os mais lembrados pelas entrevistadas como métodos que minimizaram a dor e o desconforto durante o trabalho de parto. Algumas mulheres fizeram a associação de mais de um método, como por exemplo, a realização da massagem enquanto permaneciam na bola, ou então, a massagem durante o banho. Outras puérperas, no entanto, relataram que optaram por apenas um método, ou a bola ou o banho, por preferir um método ao outro.

*“Só fui pro banho, pra bola não [...] fiquei mais ou menos uma hora no chuveiro. O banho alivia bastante a dor. Tanto quando tu bota a barriga embaixo do chuveiro como as costas, pelo menos pra mim né”. (P15)*

*“O banho te deixa o corpo relaxado, te deixa mais confortável, ainda com a massagem melhora mais ainda [...]”. (P14)*

*“Me levaram pra bola e pro banho [...] minha mãe fez massagem em mim também”. (P11)*

*“A bola e o banho que ajudou bastante. A bola foi muito bom, porque eu tava louca de dor nas costas né [...] é muito boa a bola, e o banho também com água quente. No banho eu fiquei uns quinze minutos e na bola uns trinta minutos. O banho ajudou a aliviar a dor nas costas, a gente sai mais relaxada, a gente não sai com tanta dor”. (P12)*

A hidroterapia durante o trabalho de parto pode promover a sensação de relaxamento e de alívio da dor minimizando riscos relacionados ao parto e às intervenções farmacológicas (MAZONI; FARIA; MANFREDO, 2009).

*“Eu acho que o que ajuda mesmo é o banho, te relaxa mesmo, te deixa prontinha pro parto e alivia as dores [...] como eu queria dividir o chuveiro com os outros cada uma tinha meia hora, mas eu vi que uns cinco, dez minutinhos já tava bom, já saía depois voltava [...]”. (P14)*

De acordo com Silva e Oliveira (2006), o banho como um método de alívio da dor durante o trabalho de parto tem as vantagens de reduzir e postergar o uso de fármacos no controle da dor, proporcionando condições para a colaboração ativa da parturiente e permitindo maior participação do acompanhante.

A dilatação do colo uterino foi citada pelas puérperas como uma consequência positiva da realização do banho de chuveiro:

*“Não, eu só fui no chuveiro [...] aí debaixo do chuveiro dilatou rápido, daí nem fui pra bola eu fui direto pra sala ter o nenê. O chuveiro que me ajudou mais a dilatar”. (P5)*

*“Acho que foi uma boa ajuda. Ajudou muito o chuveiro, ajudou muito a dilatar pra ele nascer, porque eu não tinha nenhuma dilatação”. (P5)*

Das quinze puérperas entrevistadas oito fizeram uso da bola obstétrica durante o trabalho de parto. A bola constitui-se como um dos métodos não farmacológicos de alívio da dor. Está classificado, juntamente com outras recomendações da OMS (1996), na categoria de condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas no trabalho de parto e parto (OLIVEIRA; BONILHA; TELLES, 2012).

*“Eu acho que de pouco um tudo, mas o que eu mais gostei foi da bola [...] me ajudou muito pra diminuir a dor, me aliviou bastante [...]”. (P4)*

Segundo um estudo realizado em 2011, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com gestantes de baixo risco e enfermeiras, que objetivava conhecer as indicações e as repercussões do uso da bola obstétrica por mulheres em trabalho de parto e entre as enfermeiras que indicaram tal uso, observou-se que a aplicação da bola obstétrica foi amplamente indicada pela enfermeira com a finalidade de alívio da dor da mulher em trabalho de parto e também houve indicações do uso da bola obstétrica visando a uma melhor evolução do trabalho de parto. Foram relatadas como repercussões do uso da bola obstétrica a inserção do acompanhante no trabalho de parto, a associação com outros métodos não farmacológicos, a liberdade de movimento e o alívio da dor. Observou-se, ainda, que a utilização da bola para o alívio da dor gerada pelas contrações uterinas foi considerada satisfatória tanto pelas mulheres quanto pelas enfermeiras. Todas as mulheres relataram alívio da dor, o que também foi percebido pelas enfermeiras, que consideraram adequadas suas indicações (OLIVEIRA; BONILHA; TELLES, 2012).

*“Na bola a dor diminui cada vez mais, alivia sabe. No chuveiro também, só que na bola tu tem a sensação que tá diminuindo aquela dor cada vez mais sabe”. (P8)*

Segundo Lopes, Madeira e Coelho (2003), o uso da bola suíça por parturientes é um recurso a mais a ser incentivado pelos profissionais de saúde, por tratar-se de outra opção de conforto para a promoção da posição vertical durante o trabalho de parto.

Além do uso da bola, da massagem e do banho de chuveiro, as técnicas de respiração e a atenção oferecida pelos profissionais de saúde foram lembrados pelas puérperas como fatores positivos e que ajudaram a minimizar o desconforto do trabalho de parto:

*“As gurias me ajudaram, me confortaram, disseram que não era pra mim ficar nervosa, que era pra me ajudar, que era pra mim respirar fundo [...] meu conforto foi esse”. (P5)*

*“Fizeram massagem na minha barriga, nas minhas costas, disseram ”- eu vou fazer massagem pra te ajudar”. (P5)*

*“Assim, eu passei por tudo, pelo chuveiro pela bola, por tudo, mas eu acho que a atenção das gurias ali embaixo. Teve uma enfermeira que ela me abraçou em vários momentos assim, fez massagem nas minhas costas, daí ela que me levou pro banho também, também lá em vários momentos ela fez massagem, conversou, tentou me acalmar ao máximo assim...eu achei que foi bem importante assim, bem bom”. (P6)*

*“Foi bastante coisa...de ficar lá no chuveiro, de usar a bola...vários fatores que as enfermeiras falaram que ajudou mesmo. Foi muito bom”. (P1)*

*“Pra bola eu fui, pro chuveiro tudo, tudo, fizeram massagem e ficaram dando carinho o tempo todo sabe, dando força na hora [...]”. (P8)*

Algumas das entrevistadas relataram também que a associação dos métodos não farmacológicos com a analgesia/anestesia ajudou no alívio da dor, como podemos observar em algumas das falas abaixo:

*“A disponibilidade do médico ali me ajudando, oferecendo remédio pra aliviar a dor e o meu marido podendo estar junto também, fazendo massagem [...]”. (P7)*

*“Foi quando eles me deram a anestesia, aí passou totalmente a dor. Quando eu cheguei lá eles me deram o banho até chegar as contrações pra mim ganhar ela, mas foi rápido, só uns cinco, dez minutos, fiquei ali só pra ver se aliviava a dor, que daí com o banho ajudou um pouco a aliviar a dor”. (P10)*

*“Eu tomei a analgesia. Sim, fui pro banho [...] fiquei uns dez minutos no banho mais ou menos, massagem também fizeram”. (P13)*

Houve uma puérpera que comentou sobre a importância dos métodos não farmacológicos de alívio da dor ao afirmar que com eles não seria necessário “tomar nenhuma medicação”, o que retrata bem o quanto essas práticas podem ser positivas para a parturiente, ao promoverem o conforto e a diminuição da dor de uma maneira mais natural e menos invasiva:

*“O banho foi muito bom porque me aliviou muito, muito mesmo assim, a massagem também me aliviou bastante [...] mas eu acho que é uma boa porque aí tu não precisa tomar nenhuma medicação né [...]”.* (P6)

#### 6.2.3.2 Deambulação e mudança de posição.

A deambulação e a mudança de posição no trabalho de parto são práticas humanizadoras recomendadas pelo Ministério da Saúde (OMS, 1996). Nesta pesquisa, a maioria das puérperas referiu ter sido incentivada pelos profissionais de saúde a sair do leito e caminhar bastante durante o trabalho de parto, bem como, mudar de posição no momento em que desejasse. Os relatos a seguir ilustram bem isso:

*“Eles me estimularam a caminhar [...] quando eu cheguei tava com 2 dedos de dilatação...tinha uma doutora que disse pra mim assim “- volta daqui duas horas”, e eu fiquei naquele corredor de uma ponta pra outra [...] com dois dedos eu fui caminhar, voltei tava com quase oito”.* (P5)

*“Um pouco deitada, um pouco caminhando... me incentivaram bastante a caminhar porque tinha pouca dilatação, daí eles não quiseram me dar muita medicação, aí fizeram mais eu fazer caminhada”.* (P10)

*“Caminhei o tempo todo. As enfermeiras falaram que era pra eu caminhar porque ia ajudar a diminuir aquela dor toda que eu tava sentindo [...]”.* (P15)

O movimento de caminhar associado à ação da gravidade, e o aumento do canal de parto, este último proporcionado pela posição de cócoras, são considerados os principais motivos de benefícios da postura ativa da mulher durante o trabalho de parto, pois estão ligados principalmente à menor duração do período de dilatação, expulsivo e melhor dinâmica da contratilidade uterina. Além disso, favorecem a diminuição do uso de analgesia em mulheres que utilizaram as posturas verticais no primeiro e no segundo estágios do trabalho de parto (BAVARESCO, et. al.; 2011).

No entanto, algumas puérperas lembraram ter permanecido a maior parte do tempo deitadas na cama, seja pela dor das contrações, desconforto de permanecer em pé, ou então por alguma barreira física, como a infusão de soroterapia endovenosa, por exemplo, o que dificultava a mobilidade materna:

*“Eu caminhei só um pouco, depois não consegui mais por causa das dores [...] ficava mais deitada porque me sentia melhor assim né [...]”*. (P6)

*“Não, não pude caminhar porque eu tava com o soro. Até não consegui também caminhar por causa das dores do parto, mas fiquei mais é deitada [...] me incentivaram a caminhar, mas eu não consegui”*. (P3)

Mouta et. al. (2008) afirmam que permanecer em decúbito dorsal por longo tempo favorece a compressão de grandes vasos sanguíneos pelo útero, dificultando as trocas gasosas entre mãe e feto, e diminuindo a efetividade das contrações uterinas. Contribui também para tornar esse parto mais longo, levando assim ao maior número de intervenções obstétricas e aumentando a dor. Por outro lado, segundo Silva, et al. (2007), as posturas verticais durante o trabalho de parto e parto apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna maximizando os puxos expulsivos maternos e facilitando o desprendimento fetal.

Nesse sentido, é importante orientar a mulher à respeito dos benefícios da posição vertical para ela e seu bebê, assim como, incentivar a livre movimentação, visando uma maior efetividade das contrações e melhor evolução do trabalho de parto. Porém, os profissionais devem permitir a liberdade de posição da parturiente, dando-lhe autonomia para decidir em qual posição deseja ficar, respeitando aquelas que não se sentirem à vontade de caminhar e desejarem permanecer deitadas no leito em alguns momentos:

*“[...] eu caminhei muito, aí depois, às vezes eu sentava um pouquinho, às vezes eu deitava. Quando eu tava quase pra ganhar, quando chegou os oito dedos ali, aí era o jeito que eu achava que tinha que ficar, como elas falaram, “se tu quer sentar tu senta, se tu quer deitar tu deita, se tu quer ficar deitada na bola tu fica”, em nenhum momento elas me obrigaram a ficar deitada né”*. (P1)

*“Eu fiquei a maioria do tempo deitada. Por causa das dores né, daí eu não conseguia levantar. A enfermeira falou pra eu caminhar, mas eu mesma não conseguia ficar de pé, porque minha contração era de um em um minuto, aí eu não conseguia ficar de pé. Até caminhei antes, quando eu cheguei, caminhei, fui pro banho, mas depois não consegui muito, só ficava deitada”*. (P2)

Criou-se nos hospitais um ritual para o acompanhamento das parturientes, por meio de aparelhos cada vez mais sofisticados, resultando na restrição das parturientes ao leito, a fim de acompanhar cada variação dos batimentos cardíofetais. Como consequência, a restrição na movimentação das parturientes se tornou uma prática inserida no universo cultural dos profissionais, gerando inseguranças quanto à adequada evolução do trabalho de parto e ao bem-estar do feto, caso esse não esteja sendo constantemente monitorado (WEI; GUALDA; JUNIOR, 2011).

Uma das puérperas comentou a cerca dessa restrição em função da monitorização contínua, comentando da impossibilidade de caminhar por ter que permanecer monitorizada continuamente:

*“Eu não gostei porque ela colocou o aparelhinho pra ficar escutando o coraçãozinho dele e eu não podia me mexer, e eu com dor né, queria levantar, caminhar, tomar banho, mas não deu [...] não precisava ficar com “aquele negócio”, achei muito ruim”. (P9)*

Segundo um estudo realizado com 35 mulheres, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em 2011, visando conhecer a experiência e a percepção dessas mulheres em relação à deambulação e à ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, mais da metade das entrevistadas referiu que a movimentação e a deambulação foram benéficas durante o trabalho de parto, enquanto as outras relataram que preferiam ficar deitadas. O primeiro grupo apontou que a movimentação proporcionou o alívio da dor, possibilitou a ida ao chuveiro e acelerou o trabalho de parto. Além disso, a rápida dilatação do colo uterino foi atribuída à movimentação. O incentivo da equipe para a deambulação também foi percebido como importante para a evolução do trabalho de parto para o primeiro grupo. Já o segundo grupo, relacionou a preferência por permanecer deitada, devido ao risco de o bebê nascer durante a movimentação e à dificuldade para fazer força na posição vertical (WEI; GUALDA; JUNIOR, 2011).

Quando questionado às puérperas se elas puderam optar pela posição que gostariam de realizar o parto, observou-se que os profissionais de saúde ainda detém o poder de decisão na hora do nascimento, impondo à parturiente a posição na qual ela deve permanecer para o nascimento do bebê, sem questionar a sua vontade, como se pode observar nos discursos a seguir:

*“Não, apenas me colocaram na cama e na posição da maca mesmo, com as pernas pra cima, na posição do parto”. (P3)*

*“Me colocaram direto na cama deitada [...]”. (P9)*

*“Deitada direto [...] só mandaram deitar na cama pra fazer o parto só”. (P10)*

*“Não, só botaram na cama mesmo”. (P14)*

Segundo Mouta et al. (2008), o hospital, de um modo geral, é um local onde a mulher é privada de sua vontade, até mesmo de escolher qual a posição mais confortável para seu parto. Todas as puérperas afirmaram que em momento algum lhes foi perguntado em qual posição gostariam de ter o seu bebê, ficando submetidas à imposição dos profissionais de saúde. A sociedade, em geral, não detém o conhecimento a cerca das diferentes posições de nascimento, considerando como única opção a posição de litotomia, principalmente por ser a mais utilizada pela grande maioria das mulheres. Nas falas a seguir é possível constatar isso pelo fato de uma das entrevistadas afirmar que “achava que era normal, achava que era assim”, o que restringe a posição de nascimento à de litotomia. A outra puérpera, ao dizer que “como era parto normal tinha que deitar mesmo”, nos faz acreditar que ela desconhece as múltiplas variedades de posições existentes para se realizar um parto:

*“Não me perguntaram...ninguém falou nada [...] eu achei normal, achei que era assim”. (P4)*

*“[...] eu entrei na sala e já tinha que ficar na posição pra ganhar mesmo, daí era parto normal né, tinha que deitar”. (P1)*

#### 6.2.3.3 Presença do acompanhante como direito da mulher

Essa subcategoria aborda a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato como direito da mulher. A partir dos relatos das entrevistadas percebeu-se que a maioria das parturientes foi informada desse direito, permanecendo com acompanhante em tempo integral:

*“Fiquei acompanhada do meu esposo. O tempo todo [...] ele tava ali o tempo todo, na hora de cortar o cordão que botaram o bebê em cima de mim ele tava ali presente”. (P1)*

*“Meu marido ficou comigo o tempo todo. Ele assistiu o parto também”. (P4)*

*“Disseram, disseram...fiquei com acompanhante todo o tempo, no trabalho de parto e na hora da criança nascer”. (P10)*

*“Fiquei com meu marido, ficou todo o trabalho de parto, o quanto ele quisesse ele podia ficar ali”. (P13)*

*“Sim, disseram. Tanto antes quanto durante e depois”. “Fiquei com meu esposo todo o trabalho de parto, desde o começo até o fim”. (P14)*

*“Meu marido ficou junto comigo. Ficou durante todo o trabalho de parto e assistiu o parto também”. (P15)*

Todavia, algumas puérperas falaram que nem sempre puderam permanecer acompanhadas por alguém de sua livre escolha o tempo todo, como podemos observar nas falas abaixo:

*“Meu esposo ficou comigo, só que ele não ficou ali junto né, ele ficou ali na sala de espera. Depois quando eu fui pro banho ele entrou”. (P2)*

*“Não, meu marido pode entrar uns quinze minutos ali na hora do trabalho de parto, antes do parto ele pôde entrar, acho que um momento que eles fizeram tipo assim um horário de visita que daí entrou todos os acompanhantes e quando eu tava no chuveiro também que daí ela perguntou se eu queria que chamasse meu acompanhante, aí ele veio, ficou um pouquinho e aí depois ele saiu [...]”. (P6)*

O direito de ter um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato é garantido pela Lei do Acompanhante nº 11.108 (BRASIL, 2005), porém muitas pessoas desconhecem essa lei, deixando de exigir seus direitos quando chegam à maternidade. Além disso, muitas mulheres não realizam um pré-natal adequado, momento mais adequado para serem informadas a respeito da Lei do Acompanhante.

*“Não. Nem sabia que dava pra ficar acompanhada ali dentro [...] durante o trabalho de parto fiquei sozinha e durante o parto também”. (P3)*

A falta de conhecimento das gestantes e seus familiares permite com que os profissionais detenham o poder de decisão em relação à presença ou não do acompanhante, visto que, a vigência dessa lei não assegura necessariamente o seu cumprimento. Nos discursos abaixo fica bem claro essa realidade:

*“Eu até questionei quando eu cheguei, só que elas disseram que não, que no momento que desse eles chamavam, mas o tempo todo não”. (P6)*

*“Não. Fiquei sozinha, eu até queria, mas não deixaram, disseram que não podiam deixar... só pra menos de idade”. (P11)*

*“O meu marido ficou comigo na hora do parto só, no trabalho de parto não, porque não deixaram. Inclusive a gente pedia e eles não deixavam entrar... só deixaram ali naquele horário de visita né, mas eles diziam que não podia entrar”. (P13)*

O apoio emocional de um acompanhante de escolha da parturiente é eficaz para que a mulher possa suportar a dor e tensão. É importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados quanto à relevância da presença do acompanhante para parturiente no decorrer do trabalho de parto, como também precisam estar preparados para executarem suas atividades junto ao acompanhante e parturiente, informando-os sobre a evolução e condutas a serem realizadas durante o processo de nascimento (MOURA et al., 2007).

Deste modo, caberia aos profissionais de saúde informar à gestante que chega à maternidade sobre o direito de permanecer acompanhada por quem ela desejar durante todo o processo do nascimento. De acordo com Teles et al. (2010a), a enfermagem tem importância fundamental no acolhimento do acompanhante durante o processo de parto, interagindo e fornecendo orientações necessárias para que ele desempenhe o papel de provedor de suporte e, conseqüentemente, tenha uma participação ativa e contribuição positiva durante o parto. Nesse sentido, nos relatos a seguir observa-se que, em alguns momentos, houve empenho dos profissionais em informar às gestantes e seus familiares sobre seus direitos:

*“Fiquei com a minha tia...durante todo o trabalho de parto e na hora do parto ela assistiu também. Ela mesmo quis e os médicos também deixaram. Desde quando eu fiz a primeira consulta aqui já tinham me falado que eu tinha direito”. (P8)*

*“Fiquei acompanhada da minha irmã, ela quis assistir. Sim, todo momento que elas tavam comigo lá dentro as gurias...o doutor vinha e falava “- na hora de tu ganhar tu tem um acompanhante, tem alguém aí?”, “- tenho, tenho a minha irmã eu dizia, a minha irmã que tava comigo desde a hora que eu cheguei”. (P5)*

Segundo Moura et al. 2007, a presença do acompanhante proporciona bem estar físico e emocional a mulher e favorece uma boa evolução no período gravídico puerperal. O acompanhante passa segurança durante todo o processo parturitivo, o que pode diminuir as complicações na gestação, parto e puerpério, a utilização de analgesia, ocitocina, partos cesáreos e o tempo de hospitalização do binômio, mãe e filho. A maioria das puérperas afirmou ser muito bom poder ter alguém de sua confiança ao seu lado, proporcionando apoio e segurança nesse momento:

*“[...] é um apoio, é bom, ajuda, porque é uma segurança que tu tem ali do teu lado, uma pessoa...até na hora de ficar no banheiro, na hora da bola ele ficou comigo, todos os momentos ele ficou comigo, porque às vezes nem sempre as enfermeiras podem ficar o tempo todo, por mais que elas queiram né te ajudar...mas aí tu sempre tem uma pessoa ali do teu lado né, é muito bom, ajudou bastante”. (P1)*

O acompanhante torna-se o apoio emocional constante para a mulher em trabalho de parto, auxiliando na redução de sentimentos como medo, apreensão e angústia que podem acometer a parturiente nesse momento, contribuindo positivamente para a evolução fisiológica do nascimento (JARDIM, 2009).

*“Foi bom porque a gente se sente mais segura né, a gente fica com medo que possa acontecer qualquer coisa ali na hora e não ter alguém pra...alguém próximo, mas foi importante por isso, eu me senti mais calma com a presença dele ali na hora do parto”. (P3)*

*“É uma segurança pra gente né, porque, sei lá a gente se sente mais segura, porque imagina sozinha numa sala de parto, num hospital que tu nunca tinha entrado [...] é uma segurança mesmo”. (P8)*

*“Eu acho importante porque tu não se sente tão sozinha né, no momento que tem um familiar teu ali do lado, não tem só pessoas estranhas né”. (P13)*

Algumas puérperas lembraram como foi significativo ter alguém que as incentivasse durante o trabalho de parto e, principalmente no parto, quando achavam que não tinham mais forças e capacidade de ter o nenê:

*“[...] o tempo todo né quando eu achava que não ia conseguir e dizia “-não aguento mais fazer força” ele ali junto “-não, mais um pouquinho daqui a pouco tá aí a nossa bonequinha”, foi bem importante esse apoio”. (P7)*

*“Pra mim me trouxe mais confiança, por ele tá ali junto comigo me trouxe mais a confiança que eu ia conseguir fazer, conseguir ter o parto, se a pessoa não tivesse eu ia achar que eu não ia acabar conseguindo”. (P10)*

A presença do companheiro também faz com que algumas mulheres sintam-se mais valorizadas por eles, uma vez que eles presenciam o sofrimento vivenciado por elas:

*“Pra gente se sentir mais segura sabe. Também uma novidade assim, como o homem não sabe o que é carregar uma barriga, aquele peso e tudo mais, na hora do principal ele tá ali presente pra ver o quanto a gente sofre pra botar o filho*

*que eles colocam no mundo junto com a gente, isso eu acho muito importante”.*  
(P14)

Segundo um estudo realizado em 2008, com 105 puérperas, na Maternidade Escola Assis Chateaubriand em Fortaleza-CE, que objetivava averiguar a importância do acompanhante durante o processo de trabalho de parto na perspectiva de puérperas, as mulheres relataram a incorporação de sentimentos positivos ao receber esse tipo de apoio, tais como: segurança, coragem, tranquilidade e conforto, com consequente redução do medo e ansiedade. Outras trouxeram a companhia contínua de uma pessoa ao lado como uma forma de suporte emocional, já que reduz a solidão e o medo em um ambiente desconhecido. O conforto físico fornecido pelo acompanhante tais como massagens e auxílio no alívio das dores também fizeram com que algumas mulheres tivessem uma visão positiva da participação deste personagem durante o parto (TELES, et. al., 2010a).

#### 6.2.3.4 Manutenção da parturiente em npo, prática adequada?

Na presente subcategoria será comentado acerca da permanência da mulher em npo (nada por via oral) durante o trabalho de parto. Das quinze puérperas entrevistadas dez afirmaram que foram informadas de que podiam ingerir água ou gelatina durante o trabalho de parto caso desejassem:

*“Eu não fiquei em jejum, me deram água e gelatina. Eu pedi daí”.* (P4)

*“Não, eu comi, foi oferecido uma gelatina e eu tomei água”.* (P6)

*“Sim, eu comi, bebi água. Gelatina e água”.* (P12)

*“Ofereceram gelatina e água pra gente”.* (P14)

*“Não, não fiquei em jejum, eu disse que tava com sede e aí a moça me deu água [...] depois eu comi gelatina também”* (P3)

O hospital aonde foi realizado a coleta de dados para esta pesquisa tem como rotina oferecer água e gelatina para as parturientes ingerirem durante o trabalho de parto, como uma forma de evitar que a mulher permaneça em npo por muitas horas e prejudique seu desempenho no momento do parto. No entanto, cinco puérperas afirmaram não saber que podiam alimentar-se durante o trabalho de parto e ainda, disseram que ninguém as questionou se estavam com sede ou fome:

*“Fiquei em jejum [...] não pedi, eu achei até que não podia tomar nada assim né [...], ninguém ofereceu”. (P2)*

*“Fiquei em jejum. Todo o tempo em jejum, assim, eles não me falaram nada”. (P8)*

*“Fiquei em jejum, não comi e nem bebi nada, mas também eu não pedi né”. (P5)*

*“Ninguém me disse que eu podia comer né [...] achei que não dava mesmo [...]”. (P15)*

*“Foi tão rápido que nem deu tempo de pensar em comer [...] não tava com fome aquela hora, só pensava nas dores [...], mas ninguém me ofereceu [...]”. (P13)*

Segundo um estudo realizado com 35 mulheres, no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em 2011, visando conhecer a experiência e a percepção dessas mulheres em relação à deambulação e à ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto, a mudança referente à oferta de alimentos durante o trabalho de parto foi percebida positivamente e houve a constatação que a ingestão de alimentos, naquele momento, além de não causar nenhum transtorno durante o parto, propiciou às mulheres melhores condições físicas para fazer força no período expulsivo (WEI; GUALDA; JUNIOR, 2011).

Como podemos observar dos discursos das entrevistadas, muitas mulheres não sabem que é possível alimentar-se com uma dieta leve durante o trabalho de parto, tendo em vista que a grande maioria das maternidades mantém a mulher em npo durante todo o processo de nascimento. Além disso, elas não compreendem os motivos da necessidade ou não do jejum e os profissionais não se preocupam em dar explicações.

Entretanto, sabe-se que essa prática é inadequada e deve ser eliminada, pois, como citado na revisão de literatura, a OMS (1996) orienta a oferta de líquidos e alimentos leves por via oral durante o trabalho de parto, como, por exemplo, água, chá, suco de frutas e gelatina, prevenindo a desidratação e garantindo o bem-estar materno. Nesse sentido, os profissionais de saúde que prestam assistência devem oferecer a dieta à parturiente em trabalho de parto, ou então, orientá-la que solicite quando tiver vontade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem estimulando iniciativas que favoreçam a mudança no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal através da implantação de uma proposta de atendimento mais humanizado ao parto nos serviços de saúde. Neste sentido, este trabalho desenvolveu-se com o intuito de servir de subsídio às equipes de saúde para que possam refletir acerca da importância do uso de condutas humanizadoras durante o trabalho de parto e parto e assim, qualificar o atendimento ofertado às gestantes.

Ao finalizar este estudo, constatou-se que o atendimento oferecido pela equipe de saúde, de uma maneira geral, foi considerado de qualidade por todas as puérperas, principalmente pela atenção, apoio e carinho prestado pelos profissionais em todo o processo de nascimento.

O contato pele a pele logo após o nascimento associado à amamentação na primeira hora de vida é uma das práticas humanizadoras recomendadas pela OMS. Respondendo aos objetivos propostos pelo estudo, verificou-se que o contato pele a pele foi uma prática que ocorreu em todos os pós-parto, permanecendo os bebês no colo da mãe por, pelo menos, meia hora. Todavia, a amamentação na primeira hora de vida não foi estimulada em todos os nascimentos.

Em relação aos fatores que contribuíram no alívio da dor durante o trabalho de parto, a maioria das puérperas mencionou o uso da bola obstétrica, do banho de chuveiro e da massagem associada a ambos. Esses métodos foram vistos como facilitadores da evolução do trabalho de parto, pois ajudaram no alívio da dor, estimularam o relaxamento, promoveram o conforto e aceleraram a dilatação do colo uterino. A associação desses métodos com a analgesia também foi mencionada por algumas mulheres.

Quanto a deambulação e a mudança de posição, a maioria das puérperas referiu ter sido incentivada pelos profissionais de saúde a sair do leito e caminhar durante o trabalho de parto, bem como, mudar de posição no momento em que desejasse. Entretanto, houve aquelas que permaneceram a maior parte do tempo deitadas na cama, seja pela dor das contrações, pelo desconforto de permanecer em pé, ou então devido ao uso da ocitocina endovenosa.

Observou-se que há muita resistência dos profissionais em questionar a mulher qual a posição para o nascimento do bebê. Nenhuma das entrevistadas teve a opção de escolher como gostaria de realizar seu parto.

O direito de ter um acompanhante de sua livre escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato foi informado à maioria das mulheres. Entretanto, a presença

do acompanhante durante todo o processo de nascimento é uma prática que ainda não foi estabelecida na instituição onde ocorreu este estudo, tendo em vista que algumas puérperas relataram que não puderam permanecer acompanhadas todo o tempo, conforme preconizado pela lei.

Outra questão importante é a rotina de manter a parturiente em npo durante o trabalho de parto. Neste estudo concluiu-se que ainda existem mulheres que permanecem em npo por longas horas pela falta de informação e por não receberem a orientação adequada dos profissionais de saúde.

A realização deste estudo possibilitou conhecer a implementação das práticas humanizadoras na rotina de uma instituição de saúde através da percepção das puérperas. Concluiu-se que a instituição onde foi realizada esta pesquisa procura oferecer um atendimento mais humanizado às gestantes, seguindo as orientações da OMS. Entretanto, ainda existem muitos aspectos a serem melhorados. Sabe-se da dificuldade que existe em aderir à política de humanização, não apenas por falta de recursos financeiros e pela própria estrutura física das maternidades, mas, principalmente, por haver resistência por parte de alguns profissionais em aceitar novas filosofias e mudanças de rotinas.

Nesse sentido, é fundamental que as instituições que atendem as gestantes em todo o ciclo gravídico-puerperal estejam cientes das políticas de humanização que envolvem o parto e nascimento e procurem divulgá-las aos profissionais que prestam assistência direta a essas mulheres, para que haja uma mudança de postura por parte destes profissionais com o intuito de oferecer um atendimento mais humanizado e menos intervencionista durante o processo de nascimento.

Este estudo é relevante para que as equipes de saúde possam discutir sobre as práticas humanizadoras recomendadas pela OMS. Todavia, é necessário que mais estudos sobre a humanização do parto e nascimento sejam realizados para podermos aprimorar o atendimento prestado nas maternidades, garantir os direitos da mulher e de seus familiares e resgatar o caráter fisiológico da parturição.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 6023**: informação e documentação: referências - elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BARBOSA, Vania; ORLANDI, Fabiana de Souza; DUPAS, Giselle; BERETTA, Maria Isabel Ruiz; FABBRO, Márcia Regina Cangiani. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 2, p. 366-373, abril-junho, 2010.

BAVARESCO, Gabriela Zanella; SOUZA, Renata Stefânia Olah de; ALMEICA, Berta; SABATINO, José Hugo; DIAS, Mirella. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3259-3266, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo os seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.815, de 29 de maio de 1998a**. Estabelece que o(a) enfermeiro(a) obstetra está apto(a) para realizar parto normal sem distócia. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2815.htm>>. Acesso em 06 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 163, de 22 de setembro de 1998b**. Regulamenta a realização de parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. 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: 06 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 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: 09 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica nº 23. **Saúde da criança: Nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37082](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082)>. Acesso em: 03 dez. 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acompanhante no parto traz mais segurança para a mãe.** Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24112](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24112)> . Acesso em: 05 dez. 2012b.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; TORRES, Gilson Vasconcellos; DANTAS, Janmilli Costa; MELO, Eva Saldanha; PAIVA, Cecília Pessoa; VIEIRA, Daniele; COSTA, Isabelle Katherinne Fernandes. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev Electr Enferm**, v. 10, n. 3, p. 600-9, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: 25 Nov. 2012.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro; v. 18, n. 3, p. 441-5, julho-setembro, 2010.

GALLO, Rubneide Barreto Silva; SANTANA, Licia Santos; MARCOLIN, Alessandra Cristina; FERREIRA, Cristine Homsy Jorge; DUARTE, Geraldo; QUINTANA, Silvana Maria. Recursos não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Rev Femina**, v. 39, n. 1, p. 41-48, janeiro, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5º ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GOMES, Romeu. A análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (org). **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. 31º ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p. 79- 107 cap. IV.

JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa. **Pai-acompanhante e sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho**. [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

LOPES, Tatiana Coelho; MADEIRA, Leila Maria; COELHO, Suelene. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Rev Min Enferm**, v. 7, n. 2, p. 134-9, julho-dezembro, 2003.

MAMEDE, Fabiana Villela; ALMEIDA, Ana Maria; NAKANO, Ana Márcia Spanó; GOMES, Flávia Azevedo; PANOBIANCO, Marislei Sanches. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Esc Anna Nery**, v. 11, n. 3, p. 466-71, setembro, 2007.

MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela; DOTTO, Leila Maria Geromel. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. **Esc Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 331-6, junho, 2007.

MATOS, Thaís Alves; SOUZA, Morgana Stefani de; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos; VELHO, Manuela Beatriz; SEIBERT, Eli Rodrigues Camargo; MARTINS, Nezi

Maria. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília; v. 63, n. 6, p. 998-1004, novembro-dezembro, 2010.

MAZONI, Simone Roque; FARIA, Denise Gonzalez Stellutti de; MANFREDO, Vanda Aparecida. Hidroterapia durante o trabalho de parto: relato de uma prática segura. **Arq Ciênc Saúde**, v. 16, n. 1, p. 40-4, janeiro-março, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de S. (org). **Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade**. 31º ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012 p. 9-29 cap. I.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inez Sampaio; MENDONÇA, Rita de Cássia Magalhães; ARAÚJO, Olívia Dias; ROCHA, Silvana Santiago. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, julho-agosto, 2007.

MOUTA, Ricardo José Oliveira; PILOTTO, Diva Thereza dos Santos; VARGENS, Octavio Muniz da Costa, PROGIANTIL, Jane Márcia. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro; v. 16, n. 4, p. 472-6, outubro-dezembro, 2008.

OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino; RODRIGUES, Dafne Paiva; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Rev Enferm UERJ**, v. 19, n. 2, p. 249-54, abril-junho, 2011a.

OLIVEIRA, Andressa Suelly Saturnino; RODRIGUES, Dafne Paiva; GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; FELIPE, Gilvan Ferreira; GALIZA, Francisca Tereza; MONTEIRO, Lidiane Colares Monteiro. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. **Cogitare Enferm**, v. 16, n. 2, p. 247-53, abril-junho, 2011b.

OLIVEIRA, Laura Leismann de; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi, TELLES, Jéssica Machado. Indicações e repercussões do uso da bola obstétrica para mulheres e enfermeiras. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 3, p. 573-580, julho-setembro, 2012.

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

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas. **A participação do pai como acompanhante da mulher no processo de nascimento** [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

POLIT, Denise F.; BECK, Cherye Tatano.; HUNGLER, Bernardette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. 712p.

SANTOS, Luciano Marques dos; AMORIM, Aurea Angela Salles; SANTANA, Rosana Castelo Branco de; LOPES, Daniela de Medeirosa. Vivências de puérperas sobre o contato com o recém-nascido e o aleitamento no pós-parto imediato. **Rev pesq cuid Fundam online**, v.4, n.3, p.2570-77, julho-setembro, 2012.

SESCATO, Andréia Cristina; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; WALL, Marilene Loewen. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 4, p. 585-90, outubro-dezembro, 2008.

SILVA, Flora Maria Barbosa da; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de; O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 1, p. 57-63, 2006.

SILVA, Lucas Barbosa da; SILVA, Manoela Porto; SOARES, Paula Cristina Martins; FERREIRA, Quesia Tamara Mirante. Posicoes maternas no trabalho de parto e parto. **FEMINA**, v. 35, n. 2, p. 101-6, fevereiro, 2007.

SILVA, Lia Mota; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos; SILVA, Flora Maria Barbosa; ALVARENGA, Marina Barreto. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 5, p. 656-62, 2011a.

SILVA, Eveline Franco; STRAPASSON, Márcia Rejane; FISCHER, Ana Carla dos Santos. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. **Rev Enferm UFSM**, v. 1, n. 2, p. 261-71, maio-agosto, 2011b.

TELES, Liana Mara Rocha; AMÉRICO, Camila Félix; PITOMBEIRA, Hércia Carla dos Santos; FREITAS, Lydia Vieira; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. Parto acompanhado na perspectiva de quem o vivencia. **Rev Enferm UFPE on line**, v. 4, n. 2, p. 498-503, abril-junho, 2010a.

TELES, Liana Mara Rocha; PITOMBEIRA, Hércia Carla dos Santos; OLIVEIRA, Amanda Souza de; FREITAS, Lydia Vieira; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. Parto com acompanhante e sem acompanhante: a opinião das puérperas. **Cogitare Enferm**, v.15, n. 4, p. 688-94, outubro-dezembro, 2010b.

VARGENS, Octavio Muniz Costa; PROGIANTI, Jane Márcia; SILVEIRA, Anna Carolina Ferreira. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 2, p. 339-46, 2008.

WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa; JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira Santos; Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 20, n. 4, p. 717-25, outubro-dezembro, 2011.

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

### **Projeto de Pesquisa: PRÁTICAS HUMANIZADORAS UTILIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR – PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS**

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Pseudônimo:

Idade:

Duração do trabalho de parto:

#### ROTEIRO DE PERGUNTAS

- 1- O que você considerou mais marcante na experiência de seu trabalho de parto e parto?
- 2- Que fatores você acredita que contribuíram para minimizar o desconforto do teu trabalho de parto e parto?
- 3- Que fatores você acredita que dificultaram o seu bem-estar do decorrer do trabalho de parto e parto?
- 4- Como foi o tratamento oferecido pela equipe de saúde?
- 5- No decorrer do seu trabalho de parto foi lhe oferecido algo que pudesse aliviar o desconforto da dor gerada pelas as contrações uterinas?
- 6- Em algum momento durante o período em que esteve internada no Centro Obstétrico lhe foi informado sobre o direito de ter um acompanhante durante o seu trabalho de parto, parto e pós-parto?
- 7- Durante o seu trabalho de parto você pode alimentar-se ou beber água?
- 8- No decorrer do trabalho de parto e parto foi lhe oferecido a oportunidade de ficar na posição que desejasse?

**APÊNCICE B – Solicitação para a realização do estudo**

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC

Porto Alegre, Março de 2013.

Prezados senhores:

Venho por meio desta, solicitar a este comitê a avaliação e aprovação do projeto de pesquisa: “PRÁTICAS HUMANIZADORAS UTILIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR – PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS”, cujos dados devem ser colhidos com a participação das puérperas internadas na Unidade de Alojamento Conjunto, durante sua internação, no período de Abril de 2013, 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 a disposição para maiores esclarecimentos e questionamentos que a esta solicitação se fizerem necessários.

Certos de contar com o vosso apoio e colaboração, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

Luisa Franzon Brun

Acadêmica de 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, intitulada: "Práticas humanizadoras utilizadas durante o trabalho de parto e parto em uma instituição hospitalar – percepção de puérperas", que tem como objetivo principal conhecer a percepção de puérperas sobre o desenvolvimento de práticas humanizadoras no trabalho de parto e parto num ambiente hospitalar. O tema escolhido se justifica pela importância de contribuir para a área da saúde, em especial a área da enfermagem obstétrica, tanto no que diz respeito à divulgação dessas práticas, bem como aos benefícios de sua utilização às parturientes.

O trabalho será realizado pela aluna do curso de especialização em enfermagem obstétrica Luisa Franzon Brun sob a supervisão e 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 8 perguntas pré estabelecidas. 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 5 (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 isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a mim, da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e 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 novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Luisa Franzon Brun, telefone (51) 99961134, email: [lulifb@yahoo.com.br](mailto:lulifb@yahoo.com.br) e endereço: Avenida Palmeira, nº 445 / 302 Bairro Petrópolis – Porto Alegre.

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: Luisa Franzon Brun

## APÊNDICE D – Termo de compromisso

Prezados senhores:

Declaro que para realizar a pesquisa: “Práticas humanizadoras utilizadas durante o trabalho de parto e parto em uma instituição hospitalar – percepção de puérperas”, tenho conhecimento da resolução 196/96, normatizadora da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e assumo o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa.

Atenciosamente,

---

Luisa Franzon Brun

Acadêmica de Especialização em Enfermagem Obstétrica

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

---

Leila Regina Rabelo

Orientadora da Pesquisa

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

**ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de ética da Unisinos**

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)  
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

*Versão março/2008*

**UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**RESOLUÇÃO 019/2013**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

**Projeto:** Nº CEP 13/009    **Versão do Projeto:** 18/03/2013    **Versão do TCLE:** 18/03/2013

**Coordenadora:**

Pesquisadora: Luisa Franzon Brun (PPG em Enfermagem)

**Título:** Práticas humanizadoras utilizadas durante o trabalho de parto e parto em uma instituição hospitalar - percepção de puérperas.

**Parecer:** O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 18 de março de 2013.

  
Prof. Dr. José Roque Junges  
Coordenador do CEP/UNISINOS

## ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de ética do GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.  
Av. Francisco Trevis 596  
CEP 91560-200 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357 2000  
CNPJ: 02.787.118/001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO  
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa  
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.  
Rua Domingos Prádo, 20  
CEP 91640-000 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3357 4100  
CNPJ: 02.787.128/001-76

HOSPITAL FÊMINA S.A.  
Rua Mostardero, 12  
CEP 91450-001 - Porto Alegre - RS  
Fone: 3314 5200  
CNPJ: 02.693.134/001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião extraordinária realizada em 27 de março de 2013, avaliou o seguinte projeto de pesquisa:

**Projeto:** 13-066

**Versão do Projeto:**

**Versão do TCLE:**

**Pesquisadores:**

LUISA FRANZON BRUN

**Título:** Práticas humanizadoras utilizadas durante o trabalho de parto e parto em uma instituição hospitalar - percepção de puérperas.

Documentação: Aprovada

Aspectos Metodológicos: Adequados

Aspectos Éticos: Adequados

Parecer final: Este projeto de pesquisa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (se aplicável), por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO neste CEP.

Daniel Demétrio Faustino da Silva  
Coordenador-geral do CEP-GHC

Porto Alegre, 28 de março de 2013.