



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

ALINE MARIA CARVALHO MAIA MENDONÇA

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À PARTURIENTE PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DO CENTRO DE PARTO DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND**

FORTALEZA

2015

ALINE MARIA CARVALHO MAIA MENDONÇA

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DO CENTRO DE PARTO DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND**

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Professor Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M493h Mendonça, Aline Maria Carvalho Maia.

Humanização na assistência a parturiente pela equipe multiprofissional do Centro de Parto da Maternidade Escola Assis Chateubriand / Aline Maria Carvalho Maia Mendonça. – 2015.

159 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2015.

Orientação: Prof. Dr. Alvaro Jorge Madeiro Leite.

1. Parto Humanizado. 2. Humanização da Assistência. 3. Trabalho de Parto. I. Título.

CDD 610

ALINE MARIA CARVALHO MAIA MENDONÇA

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE PELA EQUIPE
MULTIPROFISSIONAL DO CENTRO DE PARTO DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Professor Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Aprovada em: 15/06/2015

BANCA EXAMINADORA

Álvaro J. Leite
Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Francisco Herlânio Costa Carvalho,
Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Carvalho
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Nádia Maria Girão S. de Almeida
Prof. Dra. Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida
Universidade Federal do Ceará (UFC)/ Escola de saúde Pública do Ceará (ESP)

*Deus,
Amor infinito e supremo.*

*Aos meus pais Raimundo e Lúcia,
Doadores de uma vida,
Que com seu amor e paciência me educaram para o saber viver.*

*Ao meu marido Thiago Mendonça,
Meu companheiro e meu amor,
Sempre me compreendendo e apoiando para realização de meus sonhos.*

*Ao meu filho João Davi,
Que mesmo ainda em meu ventre,
És para mim meu maior tesouro e motivação para concluir essa dissertação.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que com seu infinito amor, me abençoa desde a entrada nesta Pós-Graduação, me fortalecendo nos momentos de dificuldade e me ensinando com as realidades.

À minha família, pela paciência e dedicação, pois compreenderam a importância do momento pelo qual estava passando para idealização do meu sonho de pesquisadora.

Ao professor Álvaro Jorge Madeiro Leite, por todos seus ensinamentos durante o período de sua orientação, suas palavras de conforto, sua dedicação, sua competência e incentivo no desenvolvimento de toda a pesquisa, me proporcionando o amadurecimento pessoal e acadêmico.

Ao professor Francisco Herlânio Costa Carvalho, por sua amizade e colaboração para o aperfeiçoamento desta pesquisa, mostrando-se sempre disponível para questionamentos, fazendo somar com suas observações neste trabalho.

A querida professora Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida, por seu apoio, carinho e colaboração, que com suas considerações, possibilitou o aprimoramento dessa dissertação.

A todos os professores que fazem parte do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, em especial, ao Professor Carlos Henrique e Professor Gomes, que com suas habilidades e conhecimentos estatísticos me orientaram para a construção da análise deste estudo, fazendo assim exercer minha experiência com os ensinamentos adquiridos através de suas disciplinas.

A todos os colegas de mestrado, em especial Helaine Cristina e Aline Lemos, que compartilharam comigo toda a trajetória deste momento marcante em nossas vidas, com suas dificuldades e felicidades vividas durante a jornada ao longo de dois anos.

As secretárias Dominick e Zenaíde, que sempre prestativas, foram essenciais nas orientações necessárias para realização de todas as tarefas envolvidas no mestrado.

As 170 mães que participaram desta pesquisa, pois foram extremamente importantes e fundamentais para a concretização do objetivo desta pesquisa.

Enfim, a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste sonho pessoal, que se concretiza com a apresentação de seus resultados. Muito obrigado!

*“humanização e desumanização,
são possibilidades históricas do homem como um ser incompleto e
consciente de sua incompleticidade.
Tão somente a primeira, contudo, constitui sua verdadeira vocação.
A segunda, pelo contrário, é a distorção da vocação”*

(PAULO FREIRE)

RESUMO

O trabalho de humanização se constitui na transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos que visem a atenção à saúde e gestão de serviços, no sentido de respeito e valorização do ser humano. Assistir as mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade é compromisso fundamental de todos os profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde da mulher. Torna-se objetivo desse estudo avaliar aspectos do processo de humanização na assistência prestada à gestante em trabalho de parto pela equipe multiprofissional do Centro de Parto Humanizado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Estudo transversal, realizado no Centro de Parto Humanizado da Maternidade Assis Chateaubriand, envolvendo 170 puérperas que tiveram seus partos normais. Tendo variável dependente denominada “Parto Humanizado” classificada pela presença do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. Analisado pelo programa Stata (versão 11.2). Aprovado pelo comitê de ética pelo nº 830.275. Mais de 1/2 das puérperas entrevistadas eram maiores de 20 anos, ou seja, o número de adolescentes que pariram de parto normal foi de 60 (30,0%), onde em sua maioria (64,0%) encontrava-se casada e/ou união estável. Este estudo revelou algumas fragilidades quanto ao desfecho estudado, observando que o Parto Humanizado esteve abaixo de 50%. Observou-se na análise bivariada relação ao parto humanizado uma associação com a escolaridade quando menor ou igual a 7 anos, sendo possível identificar que mães com níveis de escolaridade baixa, possuem um fator predisponente para a não adesão de boas práticas ao parto. No histórico gestacional (categoria multigesta), obteve uma relação considerada com o parto humanizado, ressaltando que quando a mãe teve um histórico gestacional anterior, há uma maior probabilidade de adoção a práticas benéficas que favorecem ao trabalho de parto e parto. Ter “realizado fórceps” apresentou associação com o parto humanizado, e na tentativa de justificar essa associação, procuramos compreender se o real motivo foi o tamanho adquirido na amostra deste estudo ou condições clínicas desfavoráveis das puérperas. A realização da prática do aleitamento materno na primeira hora de vida esteve inferior quando comparado ao contato pele a pele. Concluímos que quando realizadas em paralelo essas

práticas, o sucesso de uma favorece o da outra, por isso a importância em encorajar, ajudar e apoiar na aplicação delas no pós-parto imediato.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Humanização da Assistência; Trabalho de parto

ABSTRACT

The humanization of work constitutes the transformation of institutional culture through the collective construction of ethical commitments and methods aimed at health care and service management in the sense of respect and appreciation of the human being. Watch women at delivery and birth in safety and dignity is a fundamental commitment of all health professionals involved in health care of women. It is aim of this study was to evaluate aspects of the process of humanization in care to pregnant women in labor by the multidisciplinary team of Humanized Birth Center Maternity School Assis Chateaubriand. Cross-sectional study conducted in Humanized Birth Center Maternity Assis Chateaubriand, involving 170 mothers who had their normal deliveries. Having called dependent variable "Humanized Birth" classified by the presence contact skin to skin and breastfeeding in the first hour of life. Analyzed by Stata (version 11.2) program. Approved by the ethics committee at No. 830.275. More than half of the interviewed mothers were older than 20 years, ie, the number of teens who gave birth vaginally was 60 (30.0%), where the majority (64.0%) were in married and / or stable. This study revealed some weaknesses regarding the outcome studied, noting that the Humanized Birth was below 50%. It was observed in the bivariate analysis compared to humanized birth an association with education when less than or equal to 7 years and identified that mothers with low education levels, have a predisposing factor for non-adherence to good practice delivery. In gestational history (multigesta category), obtained a considered relationship with the humanized delivery, noting that when the mother had a previous pregnancy history, are more likely to adopt the beneficial practices that favor to labor and delivery. Having "done forceps" was associated with the humanized delivery, and in an attempt to justify this association, we try to understand the real reason was the size acquired in our sample or unfavorable conditions of mothers. The realization of breastfeeding practices in the first hour of life was lower when compared to skin contact. We conclude that when performed in parallel these practices, the success of favoring the other, so the importance to encourage, help and support in the implementation of them in the immediate postpartum period.

Keywords: Humanized Childbirth; Humanization of Assistance; Labor

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Distribuição da criação do escore 0 a 2 para construção do desfecho **46**
Parto Humanizado
- Figura 2** Modelo teórico de determinação do Parto Humanizado a parti da assistência recebida pela puérpera durante sua passagem pelo **62**
Centro de Parto Humanizado da MEAC
- Figura 3** Distribuição da ocorrência do escore 0-2, baseado na realização das **73**
práticas selecionadas humanizadas
- Figura 4** Distribuição da frequência do escore 0-2, baseado na realização das **73**
práticas selecionadas humanizadas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características da amostra inicial de 200 puérperas que tiveram parto normal no Centro de Parto Humanizado da MEAC no período de Out/ 2014 à Jan/ 2015.	64
Tabela 2	Características da amostra final das puérperas que tiveram parto normal no Centro de Parto Humanizado da MEAC no período de Out/ 2014 à Jan/ 2015.	69
Tabela 3	Distribuição da frequência da criação do escore 2 para construção do desfecho Parto Humanizado	74
Tabela 4	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Distal – Características sociodemográficas do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	75
Tabela 5	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Distal – Comportamentos nocivos ao bebê do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	76
Tabela 6	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Distal – Informação do Recém-nascido do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	77
Tabela 7	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Intermediário – Antecedentes obstétricos do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	78
Tabela 8	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Intermediário – Realização do Pré-natal do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	80

Tabela 9	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte I) – Relacionada ao Trabalho de Parto do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	82
Tabela 10	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte I) – Relacionada ao Parto do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	86
Tabela 11	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte II) – Presença do acompanhante do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	89
Tabela 12	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte II) – Satisfação da mãe com a equipe do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	90
Tabela 13	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte II) – Pós-parto imediato do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	91
Tabela 14	Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte II) – Sentimento da mãe do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição das variáveis independentes integrantes do componente distal do modelo hierárquico teórico: Características sociodemográficas das puérperas	47
Quadro 2	Descrição das variáveis independentes integrantes do componente distal do modelo hierárquico teórico: Comportamentos da gestante nocivos ao bebê	48
Quadro 3	Descrição das variáveis independentes integrantes do componente distal do modelo hierárquico teórico: Informações relacionadas ao recém-nascido.	49
Quadro 4	Descrição das variáveis independentes integrantes do componente intermediário do modelo hierárquico teórico: Procedentes obstétricos	50
Quadro 5	Descrição das variáveis independentes integrantes do componente intermediário do modelo hierárquico teórico: Realização do pré-natal	51
Quadro 6	Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte I do modelo hierárquico teórico: características do trabalho de parto	52
Quadro 7	Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte I do modelo hierárquico teórico: características do parto	55
Quadro 8	Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte II do modelo hierárquico teórico: características da presença do acompanhante	56

- Quadro 9** Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte II do modelo hierárquico teórico: características da satisfação da mãe com a equipe **57**
- Quadro 10** Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte II do modelo hierárquico teórico: características do pós-parto imediato **58**
- Quadro 11** Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte II do modelo hierárquico teórico: características do sentimento da mãe **59**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
CO	Centro Obstétrico
CPH	Centro de Parto Humanizado
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DG	Diabete gestacional
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HTVL	Vírus linfotrópico da célula humana
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa do Hospital Amigo da Criança
ITU	Infecção do Trato Urinário
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NL	Não lembra
NS	Não sabe
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PMT	Prematuridade
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPP	Pré-parto, Parto, Pós-parto
RN	Recém-nascido
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SDR	Síndrome do desconforto respiratório
SI	Sem informação
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TP	Trabalho de Parto
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	29
2.1	Geral	29
2.2	Específicos	29
3	REVISÃO DE LITERATURA	30
3.1	Conhecendo a humanização	30
3.2	Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM)	33
3.3	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)	35
3.4	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e Política Nacional de Humanização (PNH).....	38
4	METODOLOGIA	41
4.1	Tipo de estudo	41
4.2	Local de estudo	41
4.3	População e critérios de inclusão e exclusão	43
4.4	Período e Amostra	43
4.5	Coleta de dados	44
4.5.1	Instrumento	44
4.5.2	Procedimento em etapas para coleta de dados	44
4.5.2.1	Apreciação, informação e assinatura do termo de consentimento	44
4.5.2.2	Fontes de dados	45
4.5.2.3	Aplicação do instrumento	45
4.6	Variáveis	46
4.6.1	Variável dependente.....	46

4.6.2	Variáveis independentes dos componentes individuais da modelagem teórica	47
4.6.2.1	Variáveis independentes do componente distal: características sociodemográficas das puérperas, comportamentos das gestantes nocivos ao bebê e informações do recém-nascido	47
4.6.2.2	Variáveis independentes do componente intermediário: características dos procedentes obstétricos e realização do pré-natal.....	50
4.6.2.3	Variáveis independentes do componente proximal- parte I: características relacionadas ao trabalho de parto e parto	52
4.6.2.4	Variáveis independentes do componente proximal- parte II: características da presença do acompanhante; satisfação da mãe com a equipe; pós-parto imediato e sentimento da mãe	56
4.7	Análise de dados	60
4.8	Aspectos éticos legais	61
5	RESULTADOS	63
5.1	Características da amostra inicial e amostra final das puérperas que tiveram parto normal no CPH/MEAC	63
5.1.1	Distribuição das características das 200 puérperas que tiveram seus partos normais no CPH/MEAC	63
5.1.2	Distribuição das características das 170 puérperas que tiveram seus partos normais no CPH/MEAC	68
5.2	Distribuição da frequência da criação do escore 2 para construção do desfecho parto humanizado	73
5.3	Análise bivariada das variáveis que compuseram o modelo teórico, relacionadas ao desfecho Parto Humanizado.....	74
5.3.1	Análise bivariada das variáveis relativas ao componente distal do modelo teórico para determinação do Parto Humanizado	74

5.3.2	Análise bivariada das variáveis relativas ao componente intermediário do modelo teórico para determinação do Parto Humanizado	78
5.3.3	Análise bivariada das variáveis relativas ao componente proximal (parte I e II) do modelo teórico para determinação do Parto Humanizado	82
6	DISCUSSÃO	93
6.1	Limitação do estudo	116
6.2	Implicação do estudo	118
7	CONCLUSÃO	120
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	133
	APÊNDICE B- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO DA GESTANTE)	136
	APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (CHECK LIST PRONTUÁRIO- PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO)	143
	APÊNDICE D – DIÁRIO DE CAMPO (DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO REALIZADA PELA PESQUISADORA)	144
	ANEXO A – FICHA DE MONITORAMENTO DA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	155
	ANEXO B – FICHA DE MONITORAMENTO DA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO	157
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/MEAC	158

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, vêm crescendo no Brasil as iniciativas no sentido de institucionalizar a avaliação em saúde, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais (AQUINO, 2006). Nesse sentido, Novaes (2000), sendo considerada a primeira autora a publicar sobre a avaliação de serviços, vem nos dizer que as avaliações de programas, serviços e tecnologias de saúde inserem-se com diferentes graus de adesão nos sistemas.

A avaliação da qualidade da atenção à saúde Serapioni (2009) diz que fundamenta-se num enfoque multidimensional, implicando no envolvimento de diferentes atores, todos dotados de perspectivas próprias de avaliação. O papel dos gestores responsáveis pelo seguimento dos serviços de saúde, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), é ser indutor da institucionalização da avaliação nas três esferas de governo, reforçando-se o seu caráter formativo, pedagógico e orientador das práticas (BRASIL, 2005a).

Mesmo com o papel de um gestor federal, é visto que resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de uma determinada situação com maior validade, influenciando positivamente nas decisões (CONTADRIOPoulos, 2006).

A avaliação como componente da gestão em saúde tem hoje um reconhecimento que se traduz na existência de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005a). Contadriopoulos (2006) ressalta que o grande desafio ainda é conseguir incorporar nas suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível.

Santos *et al* (2010) trazem em seu estudo que avaliação em saúde deve ser um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, mediada por relações de poder, constituindo função importante da gestão. Sua finalidade é otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os

objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados) (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Corroborando com esta ideia, Manzini, Borges e Parada (2009) salientam que para realização de avaliação em saúde, é necessária uma estrutura de referência como parâmetro para emitir juízo de valor acerca de alguma intervenção ou prática social Oliveira (2015) o método mais comum de avaliação é a auditoria, que pode ser definida como uma avaliação retrospectiva da qualidade do cuidado, baseada nos registros dos procedimentos realizados por todas as categorias de profissionais.

É visto que muitas são as definições por diversos autores acerca da avaliação dos serviços de saúde, mas torna-se comum que a eficiência dessa avaliação parte do princípio do embasamento da aderência de gestores e profissionais que fazem parte da formação desses serviços.

Em se tratando da avaliação dos serviços prestados nas maternidades públicas e privadas é que o Ministério da Saúde vem nos informar que é possível qualificar e também humanizar serviços utilizando práticas assistenciais baseadas em evidências científicas, respeitando sempre a autonomia da mulher e seu acompanhante, compreendendo o parto como um momento único na vida de cada mulher (BRASIL,2001).

Moura *et al* (2007) retratam que a partir do século XX na década de 40, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal e o parto, um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período. Este modelo medicalizado resultou na desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos na atenção ao parto (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Pires *et al* (2010) ressaltam que durante a gravidez e o parto, as mulheres vivenciam várias alterações físicas e emocionais e expressam valores e crenças, assim como se defrontam com a estrutura social e cultural dos profissionais dos serviços de saúde. Oferecer uma assistência humanizada conforme proposto pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), Manzini, Borges e Parada (2009) dizem ser o grande desafio que se apresenta aos profissionais de maternidades.

Humanizar significa proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais, o que resultou na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSus), no ano de 2004 (BRASIL, 2004). Ja na visão de Diniz (2005) a humanização da assistência ao parto, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante da mulher.

Wolff e Moura (2004) defendem que durante a assistência humanizada ao parto e nascimento, procura-se considerar a mulher como sujeito do parto, mostrando que a sua participação é fundamental para o sucesso do processo, o qual deve acontecer de maneira o mais natural possível. Assim, cada mulher seria caracterizada como única e possuidora de suas próprias necessidades, devendo o profissional estar preparado cientificamente e treinado, ou seja, qualificado para atendê-la dentro da filosofia da humanização (MALHEIROS *et al*, 2012).

Aos olhos de Musskopf, Lima e Lang (2015) o trabalho de humanização se constitui na transformação da cultura institucional, por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos que visem a atenção à saúde e gestão de serviços, no sentido de respeito e valorização do ser humano.

Em estudo realizado por Moura *et al* (2007) a assistência à mulher no período gravídico puerperal no Brasil ainda está focada no modelo biomédico, que fragmenta o ser humano, contribuindo para a permanência e aumento de procedimentos invasivos e intervencionistas durante o trabalho de parto e parto, muitas vezes de forma desnecessária e sem a participação da mulher e ou família. Essas práticas tornaram a assistência ao parto desumanizada, na qual a mulher não tem o direito de decidir sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo, fazendo-nos questionar sobre a qualidade da atenção prestada a este grupo populacional dentro das maternidades (SOUZA; GAIVA; MODES 2011).

Pensando na realização dessas práticas é que Modes, Gaíva e Patrício (2010) descrevem que as maternidades se tornaram instituições empresariais que têm verdadeiro poder de decisão e imposição sobre a vida das mulheres e famílias, controlando como e em que momento será o parto, quando e quem pode ter contato com mãe-filho e como deve ser o comportamento das pessoas envolvidas. Muitos estados

brasileiros propuseram oferecer assistência humanizada à gravidez e parto com mudanças nas práticas, onde no final da década de 1990 de acordo com Lima e Pasquini (2006) a expressão “humanização do parto” passou a ser utilizada pelo MS para implantar políticas públicas apoiadas por organizações não-governamentais e entidades profissionais.

Moura *et al* (2007) salientam que muitos foram os movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística, valorizando a pessoa como sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber. Bem provável que a “noção de segurança” da assistência ao parto, com a intervenção oportuna para prevenir desfechos mórbidos, se confunda com as metas de celeridade e oportunismo, sacrificando a “noção de fisiologia” do parto (RIESCO, 2014).

Wolff e Moura (2004) tratam que o nascimento ainda é comemorado como um dos fatos marcantes da vida, que por muitos anos foi um evento privado, íntimo e feminino, passando hoje a ser vivido de maneira pública e institucionalizado, ao se deslocar para as instituições de saúde.

Nesse contexto, outro fator importante e que merece destaque é a preservação do vínculo do profissional com a gestante, baseada em confiança e tranquilidade, devendo este ser valorizado pela equipe de saúde que acolhe a grávida, seu companheiro e família, visto que o salto qualitativo almejado na assistência prestada só acontecerá por meio da desconstrução do modelo tecnocrático e a subsequente anuênciam ao modelo humanístico (BRASIL, 2001; MALHEIROS *et al* 2012).

Haja vista, que a presença dessa assistência baseada no modelo tecnocrático traz consigo seus malefícios na construção da humanização no parto, onde com isso, passamos a compreender melhor Wolff e Moura (2004) quando afirmam que os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e desempenham importante papel, colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável. Por isso, se faz necessário que este profissional passe a viver este momento com a parturiente de forma a entender melhor sua função de incentivador no tocante à humanização do parto.

Ao pensar na enfermeira obstétrica, segundo Nascimento *et al* (2010), essa categoria profissional torna-se um agente estratégico no estímulo ao parto normal,

particularmente quando sua prática humanística é potencializada por modelos assistenciais orientados pela humanização e pela utilização de práticas baseadas em evidências científicas.

O enfermeiro como membro da equipe de saúde, na assistência ao parto pode possibilitar a construção desse relacionamento terapêutico, pautado no estabelecimento de vínculo e confiança, que em conjunto com as ações médicas, permitem a condução de um trabalho de parto resolutivo e menos intervencionista (MANZINI; BORGES; PARADA 2009). Neste sentido, o enfermeiro tem sido reconhecido dentro da equipe de saúde como o profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente (BUSANELLO, 2010).

Progianti e Vargens(2004) nos apresentam o olhar de enfermeiras obstétricas sobre o processo de desmedicalização da assistência ao parto, considerando o uso de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, ressaltando que desmedicalizar significa eliminar o raciocínio clínico-médico como única alternativa para entender a parturição.

A desmedicalização é fundamental, pois a mulher nos dias atuais deixou de ser a principal responsável por suas decisões e necessidades passando desta forma a ser conduzida por opiniões médicas. Por isso, Malheiros *et al* (2012) dizem que a decisão da mulher no seu processo de parturição é essencial para que o parto venha a ser humanizado e fisiológico, fazendo-se necessário uma nova abordagem, que considere e estimule a participação ativa da mulher e de seu acompanhante, viabilizando a atuação do enfermeiro na equipe e o uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

À vista disso, é que Progianti e Vargens (2004) vem nos falam que apresentar às mulheres tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem pode ser uma forma de amenizar as dores de um trabalho de parto, mas tendo sempre em mente que as diferentes opções podem e devem respeitar o direito de escolha da mulher. De acordo com as necessidades demandadas pela usuária do sistema no ciclo gravídico-puerperal, os profissionais de saúde em estudo realizado por Malheiros *et al* (2012) entendem o parto como um evento fisiológico e natural e que, por isso mesmo, deve receber uma assistência pautada em modelos não intervencionistas.

Essa maneira não invasiva de experimentar o parto traz consigo o destaque da essencialidade de uma assistência humanizada à parturiente e sua família quando recebida do profissional de saúde, de forma a sempre respeitar a maneira de ser, de sentir e os direitos dessa mulher (WOLFF; MOURA, 2004). Musskopf, Lima e Lang (2015) definem em estudo, que a humanização no sentido epistemológico reconhece o valor e dignidade do homem na sociedade, e o humanismo busca compreender o homem e criar meios para que os indivíduos compreendam uns aos outros.

Uma assistência baseada em humanismo pode ser fundamentada no trabalho de parto através de medidas que ajudem no alívio da dor como: banhos de banheira e chuveiro, massagens e caminhadas (BRASIL, 2013c). Para isso, os profissionais de saúde que se propõem a acompanhar essas mulheres nesse momento devem acolhê-las, reconhecendo a importância da comunicação em sua prática (NASCIMENTO *et al*, 2010).

Contudo, a necessidade de garantir um acesso a essa assistência baseada em humanismo na gravidez, no parto e no puerpério, foi que o Ministro da Saúde a partir da Portaria nº 985/GM em 05 de agosto de 1999 teve a iniciativa de priorizar ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal, no âmbito do SUS, resolvendo pelo artigo 1º Criar o Centro de Parto Normal (CPN) para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2009b).

O CPN pela Portaria nº 904 de 29 de maio de 2013 é uma unidade destinada à assistência ao parto de risco habitual localizada nas dependências internas ou externas ao estabelecimento hospitalar, onde através de estudos é vista como um estabelecimento destinado à assistência ao parto normal sem distocia, inserido no sistema de saúde local, funcionando de maneira intra ou extra-hospitalar com enfermeira obstetra na coordenação, e permitindo o acompanhante junto a gestante (BRASIL, 2013b; RIESCO *et al*, 2009).

Práticas foram incorporadas à assistência ao nascimento e parto visando melhorar sua qualidade, porém sem a avaliação científica de efetividade ou segurança. Os resultados da assistência no CPN têm apontado satisfação da mulher e sua família, além da redução de intervenções desnecessárias (SCHNECK *et al.* 2012), onde conforme Serapioni (2009) o conceito de qualidade não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente.

Atualmente no Brasil existem 25 centros com capacidade média de 100 partos/mês, fortalecendo as gestantes na escolha da melhor maneira para dar à luz, sempre de forma natural, sem uso de medicamentos e com a presença dos acompanhantes de sua preferência (BRASIL, 2013b)

Em Complemento a essa criação, foi que o Ministério da Saúde pensando na assistência humanizada estabeleceu diretrizes para implantação e habilitação de CPN no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha.

Assim, de acordo com a Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha tem o objetivo de atender todas as brasileiras pelo SUS, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. (BRASIL, 2011c).

No Estado do Ceará, a Rede Cegonha tem os serviços integrados em 17 Redes de 23 regiões de saúde, onde através do Plano de Ação aprovado em junho de 2011 pelo Ministério da Saúde, prevê 27 Centros de Parto Normal, 22 casas da gestante, bebê e puérpera, criação de 263 leitos de gestação de alto risco, 70 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto tipo II, 176 leitos de UTI neonatal tipo II, 321 leitos de Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) neonatal e 135 leitos de UCI Canguru. Também inclui a qualificação de 203 leitos de gestação de alto risco; 96 leitos de UTI adulto tipo II; 117 leitos de UTI neonatal tipo II e 156 leitos de UCI neonatal (CEARÁ, 2013).

Diante de tantos estudos e conhecimentos aqui já descritos, vemos a total relevância em estudar e avaliar o processo de humanização na assistência prestada à gestante em trabalho de parto por uma equipe multiprofissional atuante dentro de um centro de parto, visto que esta mantêm contato direto com a parturiente em seu momento mais crítico da gestação, o trabalho de parto e parto. Wolff e Moura (2004), compreendem que assistir as mulheres no momento do parto e nascimento com segurança e dignidade é compromisso fundamental de todos os profissionais de saúde envolvidos na atenção à saúde da mulher, conforme o MS.

A gestação, o parto e puerpério constituem uma das experiências humanas mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos os que dela

participam. Dessa maneira surge o interesse e ao mesmo tempo a necessidade em estudar a assistência humanizada durante o trabalho de parto. Pois, como mesmo dizem Marque, Dias e Azevedo (2006) muito se tem discutido sobre humanização do parto e nascimento, mas pouco se tem feito para sua real implementação nos hospitais e maternidades do país.

Com o decorrer do interesse pela temática, foi possível formular questionamentos pessoais acerca da avaliação da assistência humanizada, onde mesmo Novaes (2000) no início nos falou que avaliações de programas, serviços e tecnologias de saúde inserem-se, com graus variáveis de aderência. Por isso ressalto: *Será que a assistência à parturiente em centro de parto humanizado em uma maternidade na cidade de Fortaleza, está voltada a humanização? e Como as parturientes avaliam a assistência durante seu parto nessa maternidade?*.

É possível identificar a importância e necessidade em desenvolver estudos acerca da humanização do parto, bem como avaliar a assistência prestada por uma equipe multiprofissional a parturientes. Surge o interesse em conhecer a realidade de uma maternidade que é referência na atenção humanizada ao parto, estando a procura de novas experiências por todo o Brasil com expectativas de melhorias e a expansão de cuidados humanizados na saúde pública.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

- Avaliar aspectos do processo de humanização na assistência prestada à gestante em trabalho de parto pela equipe multiprofissional do Centro de Parto Humanizado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

2.2 Específicos

- Descrever as características socioeconômicas, demográficas e gestacionais das parturientes admitidas no Centro de Parto Humanizado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand;
- Identificar as práticas relacionadas à assistência ao parto e nascimento realizado pelo Centro de Parto Humanizado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand;
- Identificar através de uma análise bivariada associação das práticas realizadas no Centro de Parto Humanizado da Maternidade Assis Chateaubriand com o parto humanizado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conhecendo a humanização

Para praticar a humanização, torna-se fundamental tomarmos conhecimento do seu surgimento e seu impacto nos ambientes hospitalares e a quem ali trabalha diretamente com o ser humano. Oliveira, Collet e Vieira (2006) nos falam que foi a partir da religião judaica das colônias do Oriente Médio que nasceu o humanismo do Cristianismo primitivo, cuja concepção das virtudes que eram paradigma de humanidade, por imagem e semelhança com a divindade, tiveram influência incalculável na cultura ocidental.

Nos anos 90 no Brasil, Nascimento *et al* (2010) descrevem que a conduta baseada na humanização do profissional de saúde no campo obstétrico começou a partir de um movimento denominado humanização do parto e nascimento. Nessa década, a informação circulante na sociedade decorrente da atuação de ativistas pela humanização deixava claro que o modelo de atenção ao nascimento e parto era inadequado, com excesso de intervenções e desrespeito aos direitos da mulher (RATTNER, 2009).

A partir da inauguração de uma Maternidade nomeada Leila Diniz em 1994 na cidade do Rio de Janeiro, foi inserido o modelo de atenção humanizada, onde enfermeiras obstétricas participaram como agente estratégico na divulgação das práticas obstétricas que estimulassem o parto ativo, a autonomia e o acolhimento da parturiente (MOUTA e PROGIANTI, 2009). Deslandes (2005) já havia descrito em seu estudo que vários programas de Políticas de Saúde no Brasil aos poucos foram sendo incorporados por conjuntos de diretrizes que os constituíam, e nesse meio as secretarias municipais e estaduais de Saúde se tornavam incentivadoras desse processo expandido a nível nacional.

Muitos foram os hospitais públicos que começaram a desenvolver ações que chamavam de “humanizadoras”, ações essas que tornavam o ambiente hospitalar mais afável, e que pouco a pouco, a ideia foi ganhando consistência, resultando em alterações de rotina (RIOS, 2009).

Entre os programas incorporados mencionamos o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituído pela Portaria n.º 569/GM em 1º de junho de 2000, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria

do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal. Daí, no ano de 2014 uma nova Portaria nº 371, veio instituir diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no âmbito do SUS (BRASIL, 2000; BRASIL, 2014b).

Esta portaria recomenda assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo mãe e filho, proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações, estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida (exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas) e postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido na primeira hora de vida.

O termo humanizar surgiu e foi inserido no ambiente hospitalar e Rios (2009) ressalta que o seu aparecimento trouxe consigo a reação dos trabalhadores, pois algumas pessoas que trabalhavam com ações humanizadoras sentiram-se finalmente reconhecidas, e outras em sua maioria reagiram com desdém ou com indignação.

Para a prática de humanização na assistência hospitalar, a primeira indagação é questionar o significado de humanizar uma relação essencialmente humana, que é a própria produção do cuidado de saúde, mesmo sabendo que não é possível pensar em humanização na saúde sem antes olhar o que acontece no mundo contemporâneo (DESLANDES, 2005; RIOS, 2009).

O conceito de atenção humanizada ainda é considerado amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudável e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Promover uma assistência humanizada é saber ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que podem influenciar de modo significativo em sua vivência no parto normal (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011; NASCIMENTO *et al*, 2010).

Já para Rios (2009), humanização se fundamenta no respeito e valorização da pessoa humana, e constitui um processo que visa à transformação da cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e de gestão dos serviços.

Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma

rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA 2006).

GOMES e MOURA (2012) dizem que diversos dilemas permanecem e continuam em busca de estratégias que envolvam o ambiente e os profissionais, exigindo uma reformulação na organização dos trabalhos realizados por profissionais nos Centros Obstétricos (COs), onde a mulher, o recém-nascido e o familiar/acompanhante, devem ser considerados cidadãos com direito (BUSANELLO, 2010).

Práticas desnecessárias e inadequadas são postas em assistência na saúde pública e acabam comprometendo a humanização do cuidado. Na pesquisa Nascer no Brasil, realizada em 2014, que teve como foco a produção de conhecimentos sobre o modelo de assistência ao parto no país, foi possível identificar a presença de práticas inapropriadas em CPN (RIESCO, 2014).

São muitos os desafios encontrados ao longo da implementação das ações preconizadas pelo MS e um deles é a falta de informações às mulheres sobre o parto humanizado, bem como seus direitos como parturiente (BUSANELLO, 2010). Silvani (2010) fala que tendo em vista a falta de informação sobre os benefícios do parto humanizado, tantos dos profissionais da saúde, quanto das próprias gestantes, existe a necessidade de um resgate da humanização da assistência às gestantes.

Estudo realizado por Gomes e Moura (2012) identificou-se a exigência na atualização do ensino para a formação profissional, introduzindo temas que envolvam o conjunto de valores e práticas que permeiam a humanização da atenção ao parto. A humanização da atenção ao parto deve ser considerada um processo contínuo, que demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de todas as pessoas envolvidas neste processo (BUSANELLO, 2010).

Refletir a variação no uso das boas práticas dentro do Brasil por região e principalmente pelo tipo de financiamento do parto (publico vs. privado) enfraquece ainda mais a pretensão de serem baseadas em evidências (DECLERCQ, 2014). Isto implica um leque de conhecimentos e especificidades com o propósito de uma atenção humanizada, que requer investimentos em todas as áreas do ensino para elaborar e sistematizar práticas de forma integrada (GOMES; MOURA, 2012).

Nas palavras de Silvani (2010, p.13), a humanização do parto promove situações que inibem o mal-estar da mulher e também reduz riscos para ela e para o bebê, ao mesmo tempo em que possibilita conforto e segurança para o acompanhante. Diniz *et al* (2014) consideraram a presença do acompanhante um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios SUS, como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização.

Quando o profissional integra um membro da família escolhido pela mulher, principalmente o pai do bebê, durante o trabalho de parto, está contribuindo para a parturiente se sentir mais confiante. Essa prática também favorece a humanização da assistência, além de ser uma prática baseada em evidências científicas (NASCIMENTO *et al*, 2010).

Contudo, em estudo realizado por Souza, Gaíva e Modes (2011), profissionais relataram que o contato da parturiente com o profissional que vai realizar o parto desde o pré-natal, também trata-se de uma medida para humanizar o parto/nascimento, visto que a importância da qualidade desse serviço para as mulheres e casais possibilita ter uma prática saudável e efetiva como medida de promoção da saúde (SILVA *et al*, 2011).

3.2 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

O Programa “Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática” (PAISM) foi criado em 1983 e implantada pelo Ministério da Saúde em 1984 influenciando no âmbito do Governo Federal (BRASIL, 2013a). Silvani (2010) diz que o PAISM foi instituído com a finalidade de adotar uma nova perspectiva de atendimento às mulheres baseada em uma assistência mais humanizada em todos os níveis de atenção.

A mudança no cuidado à mulher, segundo Mori, Coelho e Estrela (2006) em seu estudo, começou a partir das primeiras décadas do século XX, quando a saúde da mulher passou a fazer parte das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Nas décadas de 30, 40 e 50 a mulher era vista basicamente como mãe e “dona de casa”, e que no final de 70, os programas de “controle da natalidade” ganharam destaque oferecendo atenção às reais necessidades ou preferências das mulheres, que ficavam relegadas em segundo plano.

Diante de mudanças na atenção ao parto e na tentativa de incorporar a integralidade como preceito básico à assistência das mulheres, o PAISM propôs um conjunto de diretrizes e princípios norteadores das práticas e ações às demandas do processo reprodutivo, sendo a primeira referência oficial do MS para assistência humanizada ao processo gravídico-puerperal (BUSANELLO, 2010). Por isso, Medeiros e Guareschi (2009) defendem que todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde deveria ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Freitas *et al* (2009) nos falam que tendo a necessidade da elaboração de políticas públicas voltadas à mulher em todos os aspectos, discussões acerca da promoção da saúde se tornaram essenciais como norte para as práticas, organização e gestão da saúde no Brasil. As leis e portarias editadas no período de 1996 à 2000 tinham como temas relacionados à mulher o planejamento familiar, notificação compulsória de violência contra a mulher, humanização no pré-natal e nascimento e atendimento aos casos de aborto ilegal (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

Com programas voltados à saúde da mulher é possível adotar o conceito de saúde integral proondo atender à mulher em todas as suas etapas de vida, englobando inclusive segmentos que estavam, até então, à margem dos serviços de saúde (BRASIL, 2013a). Freitas *et al* (2009) descrevem que políticas de incentivo e apoio à saúde da mulher representaram temáticas importantes em várias das Conferências de Saúde, apesar da valorização da fase reprodutiva observada nas primeiras discussões.

O PAISM, enquanto diretriz filosófica e política, também propôs formas mais simétricas de relacionamento entre os profissionais de saúde e as mulheres, apontando para a apropriação, autonomia e maior controle sobre a saúde, o corpo e a vida (BRASIL, 2013b). Freitas *et al* (2009) retratam que sempre concebendo humanização e qualidade da atenção á saúde da mulher, esta passará a ser vista em sua integralidade, como sujeito autônomo e participativo no processo de decisão para a formulação de políticas públicas.

Em se tratando de autonomia, foi com este programa que o MS proporcionou e defendeu o livre arbítrio das pessoas e das famílias brasileiras em relação a quando, quantos e qual o espaçamento entre os/as filhos/as (BRASIL, 2013b).

O PAISM igualmente previa que a mulher, como sujeito de cuidado, deveria ser percebida e abordada não apenas focando os aspectos biológicos, mas também considerando suas outras dimensões, como a social, a econômica, a histórica, a política e a cultural, uma vez que é na interação desses aspectos que resulta o perfil de saúde e doença do ser humano (HOFFMANN, 2008).

Aquino, Ximenes e Pinheiro (2010) relatam que a partir de 2003, com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), o Governo Federal refletiu o compromisso de implementar políticas públicas que garantissem os direitos humanos das mulheres. Essa atual PNAISM, segundo Freitas *et al* (2009), apresenta-se de forma inovadora ao propor contemplar em seus princípios e diretrizes, aspectos relacionados à promoção e humanização da saúde a fim de minimizar as iniquidades existentes na saúde da mulher.

A criação da PNAISM ocorreu em um contexto mais amplo de lutas por direitos relativos à saúde, onde demandou a produção de determinados grupos de mulheres como sujeitos de direitos (PAZ; SALVARO, 2011). Esse programa remete a uma relação com o movimento de mulheres onde ao longo dos anos revelou-se um avanço na assistência à mulher, contemplando questões outrora esquecidas (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009; AQUINO; XIMENES; PINHEIRO, 2010).

Por fim, Paz e Salvaro (2011) ressaltam que o documento da PNAISM mantém questões relativas à assistência integral à saúde da mulher, clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama”, presentes no PAISM, e inclui demandas de saúde da mulher, conforme lacunas e necessidades identificadas anteriormente.

3.3. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

Considerando que o acesso das gestantes e recém-nascidos a um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania, o Ministro de Estado da Saúde, através da Portaria n.º 569/GM Em 1 de junho de 2000, resolve instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000).

A implantação desse programa de acordo com Gomes e Moura (2012) apresentou-se como um marco nas ações políticas do Brasil, trazendo consigo um conjunto de ações propostas pela diretriz nacional, buscando qualificar e humanizar a atenção no pré-natal e no nascimento (HOFFMANN, 2008). Andreucci e Cecatti (2011) nos falam que o PHPN é uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e da futura criança, na perspectiva de melhoria dos indicadores nacionais de saúde.

No conjunto de medidas tomadas pelo MS, o lançamento do PHPN teve papel fundamental no resgate à humanização da assistência à gestante e o atendimento humanizado no modelo da atenção integral, incluía também a necessidade de melhorar as condições de atendimento às gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal (SILVANI, 2010; ANDREUCCI; CECATTI; 2011).

Por esse motivo, a partir do momento em que a mulher passa a ter acesso adequado ao serviço pré-natal e que ela se sente integrada e responsável pelo cuidado, a humanização na atenção obstétrica passa a ser valorizada (MARTINELLI, 2014).

Em prática, este programa repassa incentivos financeiros a municípios e maternidades que ofereçam em sua rede de serviços, atenção sistematizada em protocolos e de qualidade no pré-natal, parto e puerpério (NAGAHAMA; SANTIAGO 2011). Domingues *et al* (2012) acreditam que este programa contribua para desfechos mais favoráveis, permitindo a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de controlar fatores de risco para a saúde da mulher e do bebê.

Com o propósito de qualificar e humanizar a assistência no período gravídico-puerperal, ainda é visto que no PHPN do total de gestantes que nele se inscrevem, somente uma pequena parcela realiza o elenco de ações proposto pela diretriz nacional (HOFFMANN, 2008). É de inteira a responsabilidade dos gestores de todos os âmbitos, seja nacional, estadual ou municipal, aumentarem a cobertura global do programa, incentivando o cumprimento de todas as metas propostas (ANDREUCCI; CECATTI; 2011).

Hoffmann (2008) diz ainda que os critérios mínimos instituídos no PHPN não estão sendo cumpridos pela maioria dos estados cadastrados, tornando ainda os índices de mortalidade materna elevados. As baixas taxas de adequação do processo pré-natal nos vários níveis podem sim resultar em desfechos indesejáveis como nascimento de

crianças prematuras e de baixo peso, bem como contribuir para mortalidade materna e perinatal (MARTINELLI, 2014).

Domingues *et al* (2012) afirmam que quando feito o pré-natal, há possibilidade de controlar os fatores de risco que trazem complicações à gestação, além de permitir a detecção e o tratamento oportuno de complicações, contribuindo para que o desfecho perinatal e materno sejam favoráveis. E reforçando ainda a eficiência do pré-natal para a saúde da gestante e de seu bebê, é que Manzini, Borges e Parada (2009) afirmam que conhecer a evolução do pré-natal contribui com o planejamento da assistência ao parto a ser desenvolvido, facilitando o processo de atenção humanizada.

É possível ainda perceber com clareza que o PHPN representou uma iniciativa sem precedentes na saúde pública do Brasil, ao estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação (ANDREUCCI E CECATTI, 2011). A qualidade das consultas ainda não vem revelando bons resultados, pois os índices para a adequação do PHPN são baixíssimos, principalmente quando se incluem os exames de repetição (MARTINELLI, 2014).

A reversão desse quadro deve ocorrer com a sistematização do atendimento pré-natal, tendo a humanização como real direcionador do atendimento e a atenção sendo focalizada nas mulheres mais vulneráveis. Logo, a ampliação do acesso ao início precoce da assistência pré-natal e a melhor utilização dos contatos com os serviços de saúde para a realização de cuidados efetivos em saúde, tanto em atendimentos individuais, quanto coletivos, revelam-se prioritários na reversão desse quadro (MARTINELLI, 2014; DOMINGUES *et al*, 2012).

Um Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) foi criado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para coleta de dados sobre o pré-natal em nível nacional no contexto do PHPN (ANDREUCCI; CECATTI; 2011). Segundo Gouvea *et al* (2010), esse programa objetiva o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos.

Andreucci e Cecatti (2011) reforçam que o SISPRENATAL foi o instrumento de gestão que permitiu o acompanhamento da adesão ao programa, de seu cumprimento de metas e, diretamente, das estatísticas de saúde materno-infantil no contexto nacional.

Desse programa voltado ao pré-natal e nascimento Domingues *et al* (2013) vem nos dizer que inclui outros parâmetros além da época de início do pré-natal e do número de consultas, verificando também sua associação a fatores relacionados as características das gestantes e aos serviços de saúde.

É importante a inclusão deste programa para assistência direcionada a saúde da gestante e seu bebê para entender que a implementação do cuidado com ações humanizadoras se torna necessária a partir da valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

3.4. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNNAH) e Política Nacional de Humanização (PNH)

No ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNNAH) e o tema também é incluído na pauta da XI Conferência Nacional de Saúde realizada no mesmo ano (FERREIRA, 2005).

Martins, Bersusa e Siqueira (2010) ressaltam que este programa foi implantado com o objetivo de modificar o predomínio dos aspectos científico-tecnológicos sobre os aspectos humanístico-interacionais na cultura da área da saúde. Já Oliveira, Collet e Vieira (2006) dizem ser o objetivo fundamental deste programa, resgatar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade.

Pinto *et al* (2008) retratam que neste contexto é dado destaque à participação dos recursos humanos hospitalares, objetivando torná-los promissores na prestação de um serviço qualificado com a atenção voltada para a humanização da assistência ao usuário da saúde. O processo de humanização é amplo, lento e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que por sua vez despertam insegurança (MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010).

O programa pretende ainda que o trabalho nos “serviços humanos” não consista simplesmente em exercer a atividade, seja qual for a profissão, mas sobretudo na passagem de competências, superando assim os limites da divisão do trabalho em

relação ao tratar e o cuidar (FERREIRA, 2005). Por isso o atendimento humanizado precisa ser entendido como responsabilidade de cada pessoa e não dever exclusivo de uma classe profissional (PINTO *et al*, 2008).

PNHAH deu lugar à Política Nacional de Humanização (PNH), onde o termo “política” foi intencionalmente utilizado em lugar de “programa” para destacar que a humanização deve ser transversal às diferentes ações e instâncias gestoras (MARTINS, BERSUSA e SIQUEIRA, 2010). A Política de Humanização nutre-se e reinveste na tradição do SUS, de um modo de fazer política (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON 2011).

Para o desenvolvimento do processo de humanização hospitalar, um dos dispositivos criados pelo PNHAH e mantido pela PNH foi o grupo de trabalho de humanização, que envolve os vários atores de cada instituição na modificação da cultura institucional hospitalar, tornando-a mais humanizada (MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010).

Pasche, Passos e Hennington (2011) descrevem que através da PNH o tema da participação em saúde igualmente assume novos contornos, ampliando-se na direção da inclusão protagonista e corresponsável dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Para a PNH, humanizar a atenção e a gestão em saúde implica: acesso com acolhimento, atenção integral, responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários, democratização da gestão e controle social participativo (MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010).

Oliveira, Collet e Vieira (2006) esperam que com a implantação do referido programa, seja feita a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que atendem o usuário não apenas como direito, mas como etapa fundamental na conquista da cidadania. A PNH não é mais um programa, mas uma política para se reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011).

Tendo em vista o desempenho do profissional de saúde e a subjetividade de sua atuação ante a população, o SUS desenvolve a PNH, segundo a qual se pretende

desenvolver práticas de gestão e um modelo de atenção profissional humanizado (SAKAMOTO; SILVA; GALLIAN; 2014). Embora saiba que a assistência à saúde não esteja centrada apenas na instituição hospitalar, é nesse espaço onde se percebe que a desumanização no cuidado com o outro se faz mais evidente (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Sakamoto, Silva e Gallian (2014) descrevem que a supervalorização dos elementos técnicos característicos da biomedicina em detrimento dos conhecimentos humanísticos desencadeia a desumanização da formação do profissional de saúde, tornando a questão da humanização desse profissional um tema atual e necessário. Por isso, Pasche, Passos e Hennington (2011) defendem a Política de Humanização como um importante marco de referência para a construção de práticas de saúde que efetivamente respeitem o cidadão em seus valores e necessidades.

Todos os programas aqui citados tiveram e ainda permanecem como marcos importantes para construção de uma assistência humanizada. Mesmo que haja fragilidades na promoção das políticas, muitos estudos continuam a desvendar os princípios e valores de uma assistência humanizada voltada ao parto, e isso, fortalece a importância em acreditar no processo de humanização em saúde.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal de base hospitalar.

4.2 Local de estudo

Maternidade Escola Assis Chateubriand (MEAC), maternidade de nível terciário, integrante do serviço público de saúde e do complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), localizada em Fortaleza-CE, desenvolve atividades voltadas ao ensino (graduação e residência), pesquisa e extensão. É também uma referência municipal e estadual para a prestação de cuidados à saúde de recém-nascidos e mulheres, em particular para os casos de maior complexidade e gravidade.

O Centro de Parto Humanizado (CPH) foi inaugurado em julho de 2007. Está situado no 3º andar, contando com oito apartamentos reformados e equipados para atendimento individual à parturiente e ao recém-nascido, do tipo PPP (pré-parto, parto e pós-parto), composto por camas apropriadas ao parto, poltrona para acomodar o acompanhante, berço para o recém-nascido (RN), banheiro individualizado, equipamentos para oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor como a bola suíça, cavalinho e escada de ling. Possui ainda uma enfermaria com dois leitos para acolher gestantes com patologias como pré-eclampsia e eclâmpsia, totalizando assim dez leitos.

O CPH possui um posto de enfermagem, repouso médico e de enfermagem com banheiros próprios e uma sala de estudo. Ainda é composto por uma sala de neonatologia para receber o RN e onde serão realizadas mensuração dos dados antropométricos. Nesse ambiente trabalham: uma enfermeira especialista em neonatologia, um médico neonatologista, um residente de Pediatria Geral ou Neonatologia e uma técnica de enfermagem.

No CPH/MEAC atua uma equipe multiprofissional que presta cuidados diretos e indiretos às parturientes, sendo todos distribuídos em escalas de serviço em período diurno e noturno, com uma média de atendimento mensal de 180 partos normais por um intervalo de seis meses, dentre eles com ou sem risco. Composta por sete enfermeiras obstetras e vinte e três auxiliares e técnicas de enfermagem todos divididos nos três

turnos, essa equipe necessita ter complementação de funcionárias cooperadas para atingir o dimensionamento adequado e que atendam às exigências das portarias normativas do Ministério da Saúde que são: duas enfermeiras obstetras e duas aux/téc para cada cinco leitos de PPP para cada turno de trabalho. Conta-se ainda com o apoio voluntário de doulas no período diurno, onde desenvolvem a oferta de apoio emocional para as parturientes e seus acompanhantes

O plantão nesta unidade é composto de dois médicos obstetras, dois anestesiologista, um neonatologista, duas enfermeiras obstétricas, uma enfermeira neonatologista, quatro auxiliares de enfermagem, uma funcionária da zeladoria, um médico residente, um residente da equipe multidisciplinar e internos.

O principal atendimento realizado nessa unidade é a assistência ao parto normal, sendo priorizado: o atendimento humanizado no trabalho de parto, parto e pós parto, para a parturiente e seu acompanhante, respeitando a privacidade e o direito à individualidade; a consolidação da prática de amamentação na primeira hora de vida e o contato pele a pele; e maior envolvimento dos profissionais no preenchimento da ficha de monitoramento SISPRENATAL.

O atendimento médico basea-se nas ações preconizadas pelas diretrizes do MS distribuídos em diversas atribuições desta categoria, como: acolhimento e avaliação inicial da gestante, acompanhamento do trabalho de parto com a realização de avaliações a cada duas horas corridas (toque do colo do útero e ausculta de BCF), assistência médica no parto e pós parto, avaliação do recém-nascido, bem como o ensino e orientação aos residentes médicos.

A assistência de enfermagem utiliza protocolo elaborado pela própria equipe, bem como a utilização de instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), também elaborado pela equipe de enfermeiros obstetras do CPH e validado pela Professora Doutora. Joselany Áfio Caetano docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

4.3 População e critérios de inclusão e exclusão

Para critério de inclusão deste estudo, somente foram incluídas mulheres que evoluíram seu trabalho de parto para o parto normal. A população desse critério permaneceu com a faixa etária mínima de 13 anos e máxima de 47 anos, e recebeu assistência da equipe multiprofissional durante seu trabalho de parto, sendo que algumas encontravam-se ainda internadas no Centro de Parto Humanizado ou já em Alojamento Conjunto (AC) da MEAC.

Foram excluídas as que não tiveram condições de dar entrevistas por problemas clínicos (necessidade de UTI) ou psicológicos nas primeiras 24 horas do puerpério e as que evoluíram para parto cesáreo.

4.4 Período e Amostra

A coleta de dados ocorreu no período de 18 de outubro de 2014 a 18 de janeiro de 2015 mediante instrumento elaborado pela pesquisadora (APÊNDICE B e C).

Para o cálculo do tamanho da amostra empregou-se a fórmula a seguir, indicada para estimativas de proporção populacional (LEMESHOW; LWANGA, 1991). Foi possível realizar o cálculo amostral considerando a realização de 548 partos normais no período de três meses, fixando-se o poder do teste de 95% e nível de significância de 5% onde resultou em uma amostra de tamanho “n” igual a 227 parturientes de parto normal. Porém, devida a limitação do tempo de coleta de dados e altas realizadas que impossibilitaram a abordagem da puérpera, somente foi possível realizar a coleta no total de 200 partos normais, contribuindo para uma perda de 20%. A fórmula utilizada para este cálculo foi a seguinte:

$$n = \frac{\{z_{1-\alpha} \sqrt{[P_o(1-P_o)]} + z_{1-\beta} \sqrt{[P_a(1-P_a)]}\}^2}{(P_o - P_a)^2}$$

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Instrumento

A elaboração desse instrumento, baseou-se no acesso a questionários já testados e a consulta da Ficha de monitoramento/ Avaliação da Assistência ao Parto e Nascimento e a Ficha de monitoramento/ Avaliação da Assistência ao Recém-nascido (ANEXO A e B), implantadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelo Ministério da Saúde para monitoramento da assistência ofertada a gestante desde sua admissão na emergência até ser admitida no alojamento conjunto.

Instrumento distribuído em quatro partes:

- Questionário (APÊNDICE B- parte 1 e 2): um documento com perguntas específicas direcionadas a parturiente acerca da assistência recebida durante seu trabalho parto e parto, bem como suas informações sociodemográficas, saúde gestacional e pré-natal.
- Check List (APÊNDICE C- parte 3 e 4): por meio de ações consideradas pelo Ministério da Saúde (MS) humanizadas, foram checadas as mesmas por meio da consulta ao prontuário da parturiente e de seu RN, a fim de identificar práticas de humanização no atendimento.

4.5.2 Procedimento em etapas para coleta de dados

4.5.2.1 Apreciação, informação e assinatura do termo de consentimento.

Puérperas que preenchiam critérios elegibilidade após serem identificadas no Centro de Parto Humanizado ou em Alojamento Conjunto foram abordadas pelos pesquisadores de campo para explanação do objetivo do estudo e esclarecimentos, a fim de deixar claro que a mesma encontrava-se convidada a participar do estudo podendo em qualquer momento desistir do mesmo.

Após esclarecido o objetivo de estudo e a conformidade com os aspectos éticos legais e mediante a aceitação da gestante esta etapa foi finalizada com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), elaborado em duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e outra com a participante.

4.5.2.2 Fontes de dados

A coleta de dados foi realizada a partir dos seguintes documentos:

- instrumento em formato de um questionário (APENDICE B);
- instrumento em formato de *check list* (APENDICE C);
- livro de registro do CPH da MEAC constando a relação de partos realizados, bem como a equipe de plantão do momento (quando a puérpera permanecia ainda admitida neste setor);
 - livro de registro do AC constando as admissões das puérperas de parto normal neste setor (quando a puérpera já encontrava-se admitida nesse setor);
 - ficha de monitoramento da assistência ao parto e nascimento que consta no prontuário da gestante admitida no CPH da MEAC, que teve seu parto vaginal; (ANEXO A);
 - ficha de monitoramento da avaliação da assistência ao recém-nascido que consta no prontuário do recém-nascido (ANEXO B).

4.5.2.3 Aplicação do instrumento

A entrevista com a puérpera foi realizada procurando deixá-la confortável para responder às perguntas de forma a averiguar aspectos da assistência e da experiência do parto no CPH.

Posteriormente, através de um instrumento em formato de *check list*, realizou-se a busca ativa dos prontuários das parturientes e seus RNs, a fim de identificar a assistência realizada sempre baseando em análise de conformidades direcionadas por práticas preconizadas pelo MS (PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014).

4.6 Variáveis

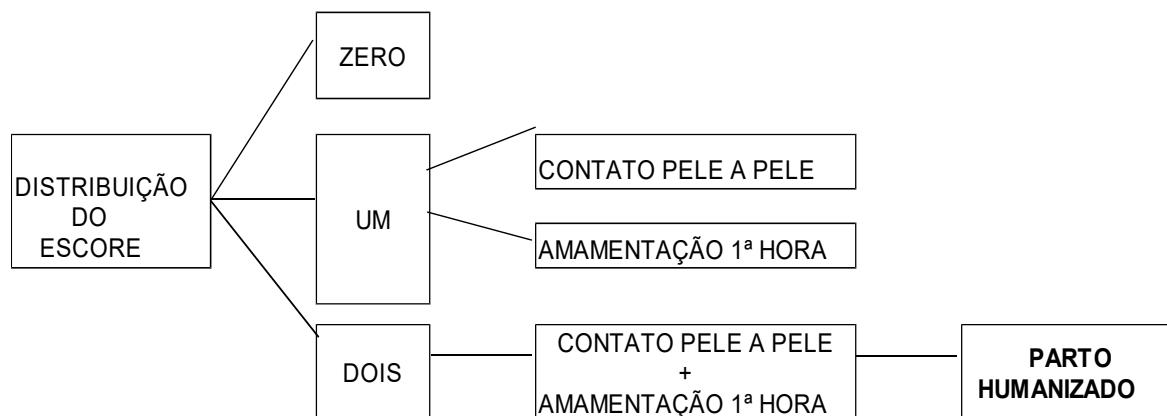
4.6.1 Variável dependente

A variável dependente (desfecho) do estudo denominada “Parto Humanizado”, foi criada a partir da presença ou ausência de práticas assistenciais realizadas no CPH (Figura 1). Assim, foi adaptado a criação de um escore que constituiu escala de 0 a 2, onde na ausência da prática de alguma variável composta para a criação do mesmo seria denominado 0 e na presença total das variáveis, responderia 2.

As variáveis que compuseram a formação desse escore foram: “*ter contato pele a pele mãe e bebê logo ao nascer*” e “*amamentação na 1ª hora de vida do bebê*”. A escolha dessas duas variáveis estão intimamente relacionadas ao desfecho parto humanizado, onde uma terceira variável necessária para esse desfecho, “*clampeamento do cordão umbilical*”, não foi possível incluí-la pois a mesma encontrava-se no preenchimento do prontuário por profissionais do setor, não sendo possível obtê-la pela fala da mãe, visto que nossa prioridade no estudo é o dado colhido pela\ fala da mãe. A variável “*teve acompanhante*”, é outra que poderia ter sido incluída para criação do escore, mas por existir lei que defenda essa ação, foi preferível não fazê-la parte da formação desse escore.

Desta forma, considerou o Parto Humanizado quando a puérpera afirmou por sua fala ter realizado as duas práticas: “*ter contato pele a pele mãe e bebê logo ao nascer*” e “*amamentação na 1ª hora de vida do bebê*”, ou seja, o escore igual a 2.

Figura 1: Distribuição da criação do escore 0 a 2 para construção do desfecho Parto Humanizado



4.6.2 Variáveis independentes dos componentes individuais da modelagem teórica

As variáveis independentes foram distribuídas em três grupos hierárquico adaptados ao modelo teórico de determinação do Parto Humanizado a partir da assistência recebida pela puérpera durante sua passagem pelo Centro de Parto Humanizado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Figura 2).

4.6.2.1 Variáveis independentes do componente distal: características sociodemográficas das puérperas, comportamentos das gestantes nocivos ao bebê e informações do recém-nascido (Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente distal do modelo hierárquico teórico: Características sociodemográficas das puérperas

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
IDADE MATERNA (anos)	≤ 19 anos; 20 ou mais	Quantitativa Discreta
ESCOLARIDADE (anos)	≤ 7 anos (Ensino Fundamental incompleto); 8 ou mais (Ensino Fundamental; Ensino Médio incompleto; Ensino Médio completo; Ensino Superior incompleto ou completo)	Quantitativa Discreta
RAÇA/COR	Branca, Não Branca	Categórica Nominal
ESTADO CIVIL	Casada/União estável; Outros (Solteira, Divorciada, Viúva)	Categórica Nominal
MORADIA	Capital, Interior	Categórica Nominal
MORA COM QUEM	Companheiro/ Esposo; Outros (Mãe, filhos, só, irmã, avó, tia, sogra)	Categórica Nominal

Quadro 2: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente distal do modelo hierárquico teórico: Comportamentos da gestante nocivos ao bebê

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
FUMA	SIM para as que fumam; NÃO para as que não praticam essa ação	Dicotômica Sim/Não
FUMOU DURANTE A GESTAÇÃO	SIM para as que fumaram na gestação; NÃO para as que não praticam essa ação durante a gestação	Dicotômica Sim/Nã
DROGAS	SIM (Sim, já fez o uso; Sim, já fiz e continuo); Não (Nunca).	Categórica Nominal
ÁLCOOL	SIM para as que consomem bebida alcoólica; NÃO para as que não praticam essa ação	Dicotômica Sim/Não
CONSUMIU ÁLCOOL DURANTE A GESTAÇÃO	SIM para as que consumiram álcool na gestação; NÃO para as que não praticam essa ação durante a gestação	Dicotômica Sim/Não

Quadro 3: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente distal do modelo hierárquico teórico: Informações relacionadas ao recém-nascido. *

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
SEXO	M/F	Categórica Nominal
PESO AO NASCER (em gramas)	1501–2499; ≥ 2.500	Quantitativa Contínua
APGAR 1º MINUTO	Igual a 7; 8 - 10	Quantitativa Discreta
APGAR 5º MINUTO	Igual a 7; 8 - 10	Quantitativa Discreta
ATENDIMENTO RECEBIDO	CATEGORIA A (Enfermeira, Residente de enfermagem); CATEGORIA B (Neonatologia, Pediatria, Residente de Neonatologia)	Categórica Nominal

* Todos os dados dessas variáveis foram retirados do preenchimento do prontuário

4.6.2.2 Variáveis independentes do componente intermediário: características dos procedentes obstétricos e realização do pré-natal (Quadro 4 e 5).

Quadro 4: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente intermediário do modelo hierárquico teórico: Procedentes obstétricos

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
HISTÓRICO GESTACIONAL	PRIMIGESTA, quando nunca havia engravidado; MULTIGESTA, quando já havia engravidado 2 ou mais vezes	Dicotômica Sim/Não
PARIDADE	PRIMÍPARA (quem pariu uma vez só); MULTÍPARA (quem pariu 2 vezes ou mais).	Dicotômica Sim/Não
PARTO NORMAL ANTERIOR	SIM (Todos, Ao menos um); NÃO(Nenhum).	Categórica Nominal
PARTO CESÁREO ANTERIOR	SIM (Todos, Ao menos um); NÃO(Nenhum).	Categórica Nominal
ABORTO	SIM para quem já teve aborto anteriormente; NÃO para quem nunca sofreu um aborto	Dicotômica Sim/Não
HIPERTENSÃO	SIM para quem teve Hipertensão durante a gestação; NÃO para quem não desenvolveu a Hipertensão na gestação.	Dicotômica Sim/Não
COMPLICAÇÕES NA GRAVIDEZ	SIM para quem teve complicações presentes na gestação; NÃO para quem não desenvolveu nenhuma complicações na gestação.	Dicotômica Sim/Não
QUAL COMPLICAÇÃO NA GRAVIDEZ	ITU (Infecção do Trato Urinário); OUTRO (Anemia, Sangramento, Pré-eclâmpsia, Hemorragia, Hipotensão).	Categórica Nominal
IDADE GESTACIONAL(semanas)	37 semanas; > 37 semanas;	Quantitativa Discreta

Quadro 5: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente intermediário do modelo hierárquico teórico: Realização do pré-natal.

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
NÚMERO DE CONSULTAS	≤ 5 consultas; 6 ou mais	Quantitativa Discreta
LOCAL DAS CONSULTAS	MEAC (Maternidade Escola Assis Chateubriand); Outros serviços (serviço público, serviço particular/plano de saúde, serviço público e serviço particular)	Categórica Nominal
INFORMAÇÕES RECEBIDAS:	<ul style="list-style-type: none"> -Sinais de início de trabalho de parto; -Possibilidade de ingerir líquidos durante o trabalho de parto; -Liberdade de movimento durante o trabalho de parto; -O uso de medidas não farmacológicas no trabalho de parto; -Posições no trabalho de parto; -Amamentação na 1ª hora de vida. 	SIM, para cada informação recebida separadamente NÃO, para cada informação deixada de receber separadamente

4.6.2.3 Variáveis independentes do componente proximal- parte I: características relacionadas ao trabalho de parto e parto (Quadro 6 e 7).

Quadro 6: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte I do modelo hierárquico teórico: características do trabalho de parto

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
OFERECERAM ALGO PARA COMER OU BEBER	SIM, para quando tiver sido oferecido; NÃO, para quando não tiver oferecido.	Dicotômica Sim/Não
SOLICITOU ALGO PARA COMER OU BEBER	SIM, para quando tiver solicitado; NÃO, para quando não tiver solicitado.	Dicotômica Sim/Não
ADMINISTRARAM SORO	SIM, quando tiver sido administrado; NÃO, quando não tiver administrado.	Dicotômica Sim/Não
REALIZADO OCITOCINA*	SIM, para quando tiver sido realizado; NÃO, para quando não tiver realizado.	Dicotômica Sim/Não
OCITOCINA*: - Primeiro estágio; - Segundo estágio; - Terceiro estágio.	SIM, para quando realizada ocitocina separadamente em cada estágio; NÃO, para quando não realizada ocitocina separadamente em cada estágio.	Dicotômica Sim/Não
DILATAÇÃO DO COLO* (admissão/ amniotomia)	SIM, para quando tiver tido a dilatação notificada no prontuário; NÃO, para quando não tiver a dilatação notificada no prontuário.	Dicotômica Sim/Não

INÍCIO DE TRABALHO DE PARTO*	ESPONTÂNEO/ INDUZIDO	Categórica Nominal
CONTRAÇÕES*	PRESENTES/ AUSENTES	Categórica Nominal
ROMPIMENTO DA BOLSA	ARTIFICIAL/ NATURAL	Categórica Nominal
VENÓCLISE*	SIM, para quando tiver tido a venóclise notificada no prontuário; NÃO, para quando não tiver a venóclise notificada no prontuário.	Dicotômica Sim/Não
AMNIOTOMIA*	SIM, para quando tiver tido amniotomia notificada no prontuário; NÃO, para quando não tiver amniotomia notificada no prontuário.	Dicotômica Sim/Não
PARTOGRAMA*	SIM, para quando tiver o partograma notificado no prontuário; NÃO, para quando não tiver o partograma notificado no prontuário.	Dicotômica Sim/Não
ATENDIMENTO RECEBIDO	CATEGORIA A (Enfermeiro obstetra, Médico obstetra, Médico e enfermeira, Mesmo médico do Pré-natal, Doula); CATEGORIA B (Estudante-internato).	Categórica Nominal
TEVE LIBERDADE DE MOVIMENTO	SIM, para quando teve liberdade; NÃO, para quando não teve liberdade.	Dicotômica Sim/Não

MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO: -Escada de ling; -Chuveiro; -Bola; -Massagem; -Cavalinho; -Andar.	AJUDA, para quando usado e na percepção na puérpera esse método ajudou de alguma forma no trabalho de parto; NÃO AJUDA, para quando usado e na percepção na puérpera esse método não ajudou de forma alguma no trabalho de parto.	Categórica Nominal
---	--	-----------------------

* Todos os dados dessas variáveis foram retirados do preenchimento do prontuário comparando-os com os dados da fala da puérpera, como, por exemplo, administraram soro e venoclise.

Quadro 7: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte I do modelo hierárquico teórico: características do parto

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
NÚMERO DE PESSOAS PRESENTES NO MOMENTO DO PARTO	< 5; 5 ou mais	Quantitativa Discreta
PROFISSIONAIS PRESENTES NO MOMENTO DO PARTO: - Enfermeira obstetra; - Médico obstetra; -Técnico em enfermagem; -Residente de obstetrícia; -Residente de enfermagem obstétrica; - Doula; - Neonatologista; - Pediatra.	SIM, para presença de cada profissional separadamente; NÃO, para a ausência de cada profissional separadamente.	Dicotômica Sim/Não
AÇÕES: - Episiotomia; - Kristeller; - Fórceps; - Anestesia.	SIM, para quando tiver tido a presença de cada ação separadamente; NÃO, para quando não tiver a presença de cada ação separadamente.	Dicotômica Sim/Não

4.6.2.4 Variáveis independentes do componente proximal- parte II: características da presença do acompanhante; satisfação da mãe com a equipe; pós-parto imediato e sentimento da mãe (Quadro 8, 9, 10 e 11).

Quadro 8: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte II do modelo hierárquico teórico: características da presença do acompanhante

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
TEVE ACOMPANHANTE	SIM, quando esteve acompanhada NÃO, quando não esteve acompanhada	Dicotômica Sim/Não
QUANDO ESTEVE ACOMPANHADA	AO MENOS ALGUMA FASE (pré-parto, trabalho de parto, pós-parto); TODAS AS FASES (pré-parto, trabalho de parto, pós-parto).	Categórica Nominal
QUEM ERA O ACOMPANHANTE	COMPANHEIRO/ PAI DA CRIANÇA; OUTROS (amiga, cunhada, irmã, mãe, sobrinha, tia , sogra).	Categórica Nominal
TER ACOMPANHANTE	AJUDA DE ALGUMA FORMA; NÃO AJUDA	Categórica Nominal

Quadro 9: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte II do modelo hierárquico teórico: características da satisfação da mãe com a equipe

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
BOM ATENDIMENTO: - Deixou a gestante a vontade; - Apoiou, encorajou e ajudou a gestante; - Tratou a gestante com carinho.	SIM, quando cada característica esteve presente separadamente na fala da mãe; NÃO, quando cada característica esteve ausente separadamente na fala da mãe;	Dicotômica Sim/Não
MAU ATENDIMENTO: - Somente esteve próximo à gestante no momento do parto; - Não ligou para o que a gestante sentia.	SIM, quando cada característica esteve presente separadamente na fala da mãe; NÃO, quando cada característica esteve ausente separadamente na fala da mãe;	Dicotômica Sim/Não

Quadro 10: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte II do modelo hierárquico teórico: características do pós-parto imediato

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
BEBÊ FICOU COM A MÃE	SIM, quando ficou com a mãe; NÃO, quando não ficou com a mãe.	Dicotômica Sim/Não
PORQUE NÃO FICOU	COMPLICAÇÕES (estado de saúde do bebê, estado de saúde da mãe); MANUSEIO EXCESSIVO (banho, exames, aspiração das vias aéreas superiores e inferiores).	Categórica Nominal
TEMPO DE VOLTA DO BEBÊ PARA A MÃE	> 1 hora; ≤ 1 hora	Quantitativa Discreta

Quadro 11: Descrição das variáveis independentes integrantes do componente proximal – parte II do modelo hierárquico teórico: características do sentimento da mãe

NOME DA VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	TIPO DE VARIÁVEL
DESEJAVA A GRAVIDEZ	SIM, quando a gravidez era desejada antes da gestação; NÃO, quando a gravidez não era desejada antes da gestação.	Dicotômica Sim/Não
DECISÃO DO PARTO	GESTANTE; OUTROS (médico, pai da criança, bebê)	Categórica Nominal
SENTIMENTO APÓS O PARTO HUMANIZADO	BOM (aliviada, bem, feliz, satisfeita, realizada); RUIM (incomodada, nada, normal, angustiada).	Categórica Nominal
REALIZARIA O PARTO HUMANIZADO NOVAMENTE	SIM, para realizar novamente o PH; NÃO, para não mais realizar o PH.	Dicotômica Sim/Não
NOTA PARA ASSISTÊNCIA RECEBIDA	≤ 7 ; > 7	Quantitativa Discreta
JUSTIFICATIVA SE < 7	NÃO DESEJAVA A GRAVIDEZ; PELO SOFRIMENTO E MAU ATENDIMENTO	Categórica Nominal

4.7 Análise de dados

O desfecho deste estudo foi analisado à luz de um modelo teórico contemplando três níveis componentes: **Distal** (variáveis relacionadas às características da população ao recebimento da assistência pública prestada pelos serviços de saúde); **Intermediário** (variáveis relacionadas as características das condições de saúde da população interligada ao desfecho por suas fortes contribuições) e **Proximal** – parte I (variáveis relacionadas diretamente ao desfecho diante de seus meios/recursos utilizados e disponíveis a população inserida neste estudo); **Proximal** – parte II (variáveis relacionadas diretamente a satisfação e bem-estar da população deste estudo).

Iniciou-se com o posicionamento das variáveis independentes que formavam o componente distal da amostra inicial seguida da amostra final, apresentando na análise univariada as frequências dessas variáveis individualmente, sendo possível identificar as características da amostra do estudo.

Em seguida, na análise estatística as variáveis independentes do modelo hierárquico foram incluídas em etapas, iniciando pelas do componente distal, no qual o efeito de cada variável com o desfecho é interpretado aos olhos da análise bivariada. Assim, o mesmo processo foi aplicado aos componentes intermediário e proximal parte I e II.

Importante lembrar que, a construção do modelo teórico dos componentes também representa a ordem de acontecimentos dos eventos, facilitando a interpretação e identificação da correlação das variáveis com o desfecho em estudo. Na figura 2, é apresentada a distribuição do modelo teórico conceitual dos componentes individuais para a determinação do Parto Humanizado a partir da assistência recebida pela puérpera durante sua passagem pelo Centro de Parto Humanizado da MEAC.

O processamento dos dados foi feito no aplicativo Epi INFO versão 3.5.2, e para as análises em associação com o desfecho Parto Humanizado do tipo univariada e bivariada utilizou-se do programa estatístico Data Analysis and Statistical Software (Stata) versão 11.2.

Descrevendo-se assim a realização das análises:

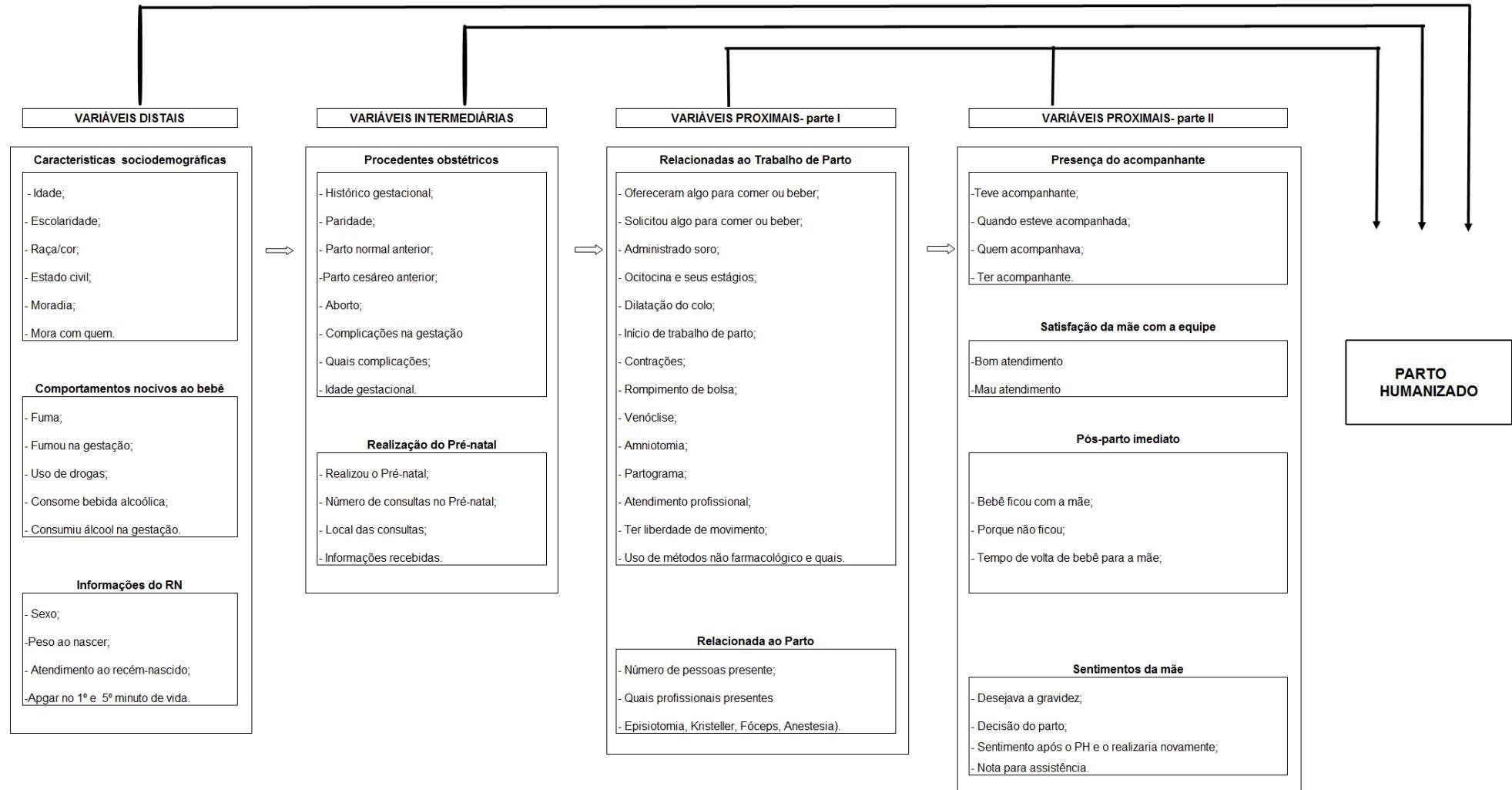
I- Univariada: com todas as variáveis dicotomizadas, foi realizada a frequência de cada uma separadamente;

II- Bivariada: com a distribuição da frequência, realizou-se o cálculo de razão de prevalência e da significância estatística através da aplicação do teste χ^2 de Pearson e Exato de Fisher para analisar a associação entre as variáveis independentes com a dependente. Assim, considerou a significância estatística das associações quando obteve-se o valor do $p < 0,05$ (5%), construindo seus intervalos de confiança de 95%.

4.8 Aspectos éticos

Para a realização do estudo, foram seguidos os princípios bioéticos previstos na Resolução nº 466 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, referentes à pesquisa envolvendo seres humanos e mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC (ANEXO C) sob o Parecer nº 830.275.

Figura 2: Modelo teórico de determinação do Parto Humanizado a parti da assistênciarecebida pela parturiente/puérpera durante sua passagem pelo Centro de Parto Humanizado da MEAC



5. RESULTADOS

5.1 Características da amostra inicial e amostra final das puérperas que tiveram parto normal no CPH/MEAC

Foram entrevistadas 200 puérperas que pariram de parto normal no CPH/MEAC , sendo que 30 duplas (mães e respectivos filhos) foram excluídas devido ao fato de possuírem condições clínicas que impediam o acesso às práticas selecionadas como humanizadas. São elas: Eclâmpsia grave, mãe portadoras de Virus da Imunodeficiência Humana (HIV), e mães que tiveram seus bebês prematuros e/ou baixo peso ao nascer, e que estes obtiveram medição do Apgar menor que 7. Com isso, a amostra final foi constituída por 170 puérperas.

5.1.1 Distribuição das características das 200 puérperas que tiveram seus partos normais no CPH/MEAC

Mais de 2/3 das puérperas entrevistadas eram maiores de 20 anos; partos de adolescentes totalizaram 30% da amostra (60 mulheres).

Ao grau de escolaridade em anos de estudo, 128 mulheres (64%) tiveram 8 ou mais anos (Tabela 1).

A maioria (64,0%) das mulheres era casada e/ou tinha união estável; 116 (58,0%) residiam com seus companheiros e/ou esposo (Tabela 1).

Foi visto que 11 (5,5%) mulheres eram tabagistas, onde dessas 5 (45,5%) fumaram durante a gestação.

O Uso de drogas esteve em 15 (7,0 %) das entrevistadas e o consumo de álcool, em 20 (10,0%), sendo que apenas 7 (35,5%) destas consumira na gestação (Tabela1).

Um pouco menos da metade do total das entrevistadas, 99 (49,5%) mulheres, encontravam-se em sua primeira gestação, e 42 (45,7%) mulheres já haviam parido duas ou mais vezes anteriormente (Tabela 1).

Houve a notificação da presença de 1/3 de aborto na vida gestacional das multigestas, sendo 34 (97,1%) número total de abortos igual ou inferior a 2 (Tabela 1).

Encontrou-se ainda as seguintes ocorrências: Diabetes Gestacional (1,5%), Hipertensão Arterial (2,0%), HIV positivo (1,0%) e Sífilis (3,0%), Eclâmpsia em 2 pacientes (2,7%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características da amostra inicial de 200 puérperas que tiveram parto normal no Centro de Parto Humanizado da MEAC no período de Out/ 2014 à Jan/ 2015.

Variáveis	N (200)	%
Idade (anos)		
≤ 19	60	30,0
20 a 47	140	70,0
Escolaridade (anos)		
Até 7	72	36,0
8 ou mais	128	64,0
Raça/ Cor		
Branca	38	19,0
Não branca	162	81,0
Estado Civil		
Casada/ União estável	128	64,0
Outros (*)	72	36,0
Moradia		
Capital	157	78,5
Interior	43	21,5
Mora com quem		
Companheiro/ Esposo	116	58,0
Outros (**)	84	42,0

Comportamento nocivos ao bebê durante a gravidez**Fuma**

Sim	11	5,5
Não	189	94,5

Fumou na gestação

Sim	5	45,5
Não	6	54,5

Uso de Drogas

Sim	15	7,0
Não	185	93,0

Consome bebida alcoólica

Sim	20	10,0
Não	180	90,0

Consumiu na gestação

Sim	7	35,0
Não	13	65,0

Antecedentes obstétrico**Histórico gestacional**

Primigesta	99	49,5
Multigesta	101	50,5

Paridade

Primípara	50	54,3
Multípara	42	45,7

Parto Normal anterior

Sim	81	88,0
Não	11	12,0

Parto cesáreo anterior

Sim	12	13,0
Não	80	87,0

Aborto

Sim	35	17,5
Não	66	33,0

Numero de abortos

≤ 2	34	97,1
3 ou mais	1	2,9

Portadora de:

Diabetes gestacional	3	1,5
Hipertensão	4	2,0
HIV +	2	1,0
Sifilis	6	3,0

Complicação na gestação

Sim	72	36,0
Não	128	64,0

Qual complicação

Eclampsia	2	2,7
Outros (***)	70	97,3

Idade Gestacional (semanas)

≥ 37	57	29,0
39 a 42	114	57,0
NS	18	9,0
NL	11	5,0

Realizou Pré- Natal

Sim	195	97,5
Não	5	02,5

Numero de consultas		
≤ 5	53	27,2
6 ou mais	127	65,1
NS	2	1,0
NL	13	6,7
Local das consultas		
MEAC	9	5,0
Outros (****)	186	95,0
Informações recebidas durante o pré-natal		
Sinais iniciais de trabalho de parto		
Sim	79	39,5
Não	121	60,5
Possibilidade de ingerir líquidos no trabalho de parto		
Sim	22	11,0
Não	178	89,0
Liberdade de movimentação no trabalho de parto		
Sim	43	21,5
Não	157	78,5
O uso das medidas não farmacológicas no trabalho de parto		
Sim	24	12,0
Não	176	88,0
Posições no trabalho de parto		
Sim	33	16,5
Não	167	83,5
Amamentação na 1ª hora de vida do bebê		
Sim	64	32,0
Não	136	68,0

Nenhuma informação

Sim	86	43,0
Não	114	57,0

NS- não sabe; NL- não lembra

* Solteira, Divorciada, Viúva

** Mãe, Filhos, Só, Irmã, Avó, Tia, Sogra

*** Anemia; ITU; Hemorragia; Hipotensão; Descolamento prematuro da placenta; Pré-eclampsia.

**** Serviço público; Serviço particular/Plano de Saúde; Serviço público e Serviço particular.

Quase 100% das puérperas realizaram pré-natal, sendo que 127 (65,1%) compareceram a 6 ou mais consultas.

Foram informadas no pré-natal: apenas 22 mulheres (11%) da possibilidade de ingerir líquidos durante o trabalho de parto; quais os sinais de início de trabalho de parto em 79 mulheres (39,5%); o uso de medidas não farmacológicas para alívio das dores foi de 1/3, ou seja, em 24 mulheres (12,0%); e amamentação na 1ª hora de vida em 64 (32,0%) das 170 puérperas entrevistadas (Tabela 1).

5.1.2 Distribuição das características das 170 puérperas que tiveram seus partos normais no CPH/MEAC

Mais da metade das puérperas, 117 (69,0%), pertenciam a faixa etária de 20 ou mais anos; 64% das mulheres cursaram 8 anos ou mais anos de estudo (Tabela 2).

Está casada ou manter em uma união estável, esteve em 110 (65,0%). Morando com o companheiro e/ou esposo 99 (59,0%) (Tabela 2).

Para amostra final 83 (49,0%) das puérperas encontravam-se em sua primeira gestação, e 38 (47,5%) já tiveram dois ou mais partos. Aborto presente em 21 (24,2%) puérperas (Tabela 2).

Quase a totalidade das puérperas (98,2%) realizaram o acompanhamento do pré-natal, constando de 6 ou mais consultas para 116 (69,5%) dessas mulheres (Tabela 2).

Tabela 2 – Características da amostra final das puérperas que tiveram parto normal no Centro de Parto Humanizado da MEAC no período de Out/ 2014 à Jan/ 2015.

Variáveis	N (170)	%
Idade (anos)		
≤ 19	53	31,0
20 ou mais	117	69,0
Escolaridade (anos)		
≤ 7	62	36,0
8 ou mais	108	64,0
Raça/ Cor		
Branca	30	18,0
Não branca	140	82,0
Estado Civil		
Casada/ União estável	110	65,0
Outros (*)	60	35,0
Moradia		
Capital	139	82,0
Interior	31	18,0
Mora com quem		
Companheiro/ Esposo	99	59,0
Outros (**)	71	41,0
Comportamento nocivos ao bebê durante a gravidez		
Fuma		
Sim	7	4,0
Não	163	96,0

Fumou na gestação			
Sim	3	43,0	
Não	4	57	
Uso de Drogas			
Sim	12	7,0	
Não	158	93,0	
Consume bebida alcoólica			
Sim	16	9,0	
Não	154	91,0	
Consumiu na gestação			
Sim	4	25,0	
Não	12	75,0	
Atecedentes obstétrico			
Histórico gestacional			
Primigesta	83	49,0	
Multigesta	87	51,0	
Paridade			
Primipara	42	52,5	
Multipara	38	47,5	
Parto Normal anterior			
Sim	71	88,7	
Não	9	11,3	
Parto cesáreo anterior			
Sim	11	13,8	
Não	69	86,2	

Aborto			
Sim	21	24,1	
Não	66	75,9	
Portadora de:			
Diabetes Gestacional	2	1,2	
Hipertensão	3	1,8	
Complicação na gestação			
Sim	54	31,7	
Não	116	68,3	
Qual complicação			
ITU	41	75,9	
Outros (***)	13	24,1	
Idade Gestacional (semanas)			
≥ 37	36	21,2	
39 a 42	110	64,8	
NS	13	7,7	
NL	11	6,4	
Realizou Pré- Natal			
Sim	167	98,2	
Não	3	1,8	
Número de consultas			
≤ 5	38	22,7	
6 ou mais	116	69,5	
NS	2	1,2	
NL	11	6,6	

Local das consultas			
MEAC	8	4,8	
Outros serviços	159	95,2	
Informações recebidas durante o pré-natal			
Sinais iniciais de trabalho de parto			
Sim	71	41,8	
Não	99	58,2	
Possibilidade de ingerir líquidos no trabalho de parto			
Sim	19	11,2	
Não	151	88,8	
Liberdade de movimentação no trabalho de parto			
Sim	39	23,0	
Não	131	77,0	
O uso das medidas não farmacológicas no trabalho de parto			
Sim	22	13,0	
Não	148	87,0	
Posições no trabalho de parto			
Sim	31	18,3	
Não	139	81,7	
Amamentação na 1ª hora de vida do bebê			
Sim	55	32,3	
Não	115	67,7	
Nenhuma informação			
Sim	70	41,2	
Não	100	58,8	

NS-não sabe; NL-não lembra

* Solteira, Divorciada, Viúva

** Mãe, Filhos, Só, Irmã, Avó, Tia, Sogra

*** Anemia; Hemorragia; Hipotensão; Pré- eclampsia; Sangramento.

**** Serviço público; Serviço particular/Plano de Saúde; Serviço público e Serviço particular.

5.2 Distribuição da frequência da criação do escore 2 para construção do desfecho parto humanizado

Ao construir o escore, foi possível identificar que mais da metade da amostra do estudo recebeu apenas uma das duas ações que compuseram o escore 2, apenas 5 (5,3%) mulheres não realizaram nenhuma das ações e somente 38,8% receberam as duas ações. Com tais resultados, é possível identificar que não se obteve uma distribuição normal no histograma (Figura 3), e sim, uma distribuição com simetria negativa.

Figura 3 – Distribuição da ocorrência do escore 0-2, baseado na realização das práticas selecionadas humanizadas.

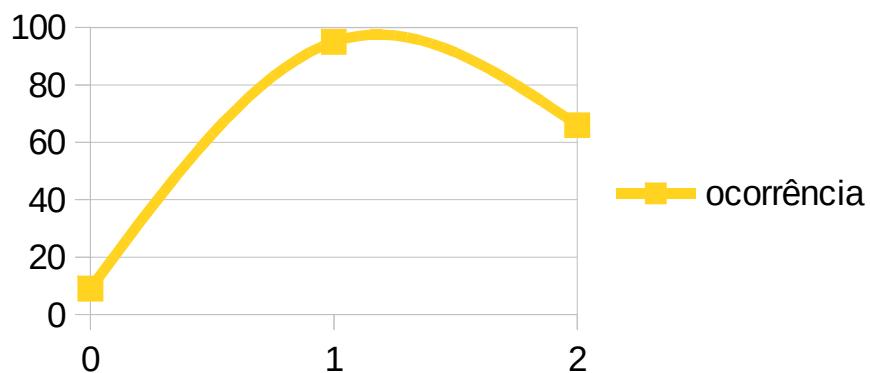
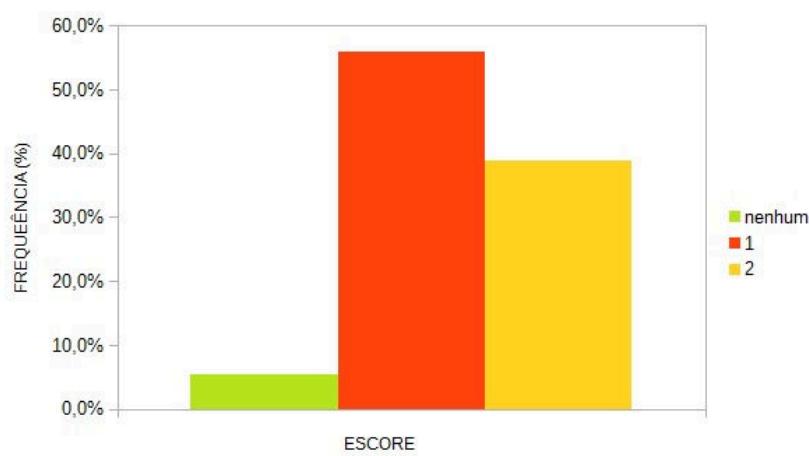


Figura 4 – Distribuição da frequência do escore 0-2, baseado na realização das práticas selecionadas humanizadas.



5.3 Análise bivariada das variáveis que compuseram o modelo teórico, relacionadas ao desfecho Parto Humanizado.

Os resultados da análise bivariada referente ao desfecho “Parto Humanizado”, estão apresentadas nas tabelas 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 14.

Para essa análise, considerou-se o Parto Humanizado quando o escore obteve 2, e Parto Não Humanizado quando escore menor que 2. Assim, foi possível identificar que um pouco mais de 1/3 dos partos estavam de acordo com o escore 2, ou seja, 66 (38,8%) foram considerados Parto Humanizado, enquanto 104 (61,2%), Parto Não Humanizado (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da frequência da criação do escore 2 para construção do desfecho Parto Humanizado

PRÁTICAS	Escore		
	0	1	2
Contato pele a pele	Não	94 (55,3%)	Sim
Amamentação na 1 ^a hora	Não	1 (0,6%)	Sim
N (%)	9 (5,3%)	95 (55,9%)	66 (38,8%)

5.3.1 Análise bivariada das variáveis relativas ao componente distal do modelo teórico para determinação do Parto Humanizado.

Das variáveis que compuseram o componente distal relacionadas as características socioeconômicas deste estudo, a escolaridade ≤ 7 anos de estudo esteve em 48,4% das mulheres ($p=0,050$) e 19,4% ($p= 0,014$) residem no interior.(Tabela 4).

As demais variáveis desta tabela apresentaram o valor de p superior a 0,05, fazendo-se inapropriadas para discussão.

Tabela 4 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Distal – Características sociodemográficas do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Idade (anos)				
≤ 19	35 (66,0)	18 (34,0)	1,11 (0,87 – 1,43)	0,381
20 ou mais	69 (59,0)	48 (41,0)		
Escolaridade (anos)				
≤ 7	32 (51,6)	30 (48,4)	0,77 (0,49 – 1,20)	0,050
8 ou mais	72 (66,7)	36 (33,3)		
Raça/ Cor				
Não branca	82 (58,6)	58 (41,4)	0,79 (0,61 – 1,03)	0,132
Branca	22 (73,3)	8 (26,7)		
Estado Civil				
Outros (**)	37 (61,7)	23 (38,3)	1,01 (0,78 – 1,29)	0,922
Casada/ União estável	67 (60,9)	43 (39,1)		
Moradia				
Interior	25 (80,6)	6 (19,4)	1,41 (1,13 – 1,77)	0,014
Capital	79 (56,8)	60 (43,2)		
Mora com quem				
Outros (***)	44 (62,0)	27 (38,0)	1,02 (0,80 – 1,30)	0,857
Companheiro/ Esposo	60 (60,6)	39 (39,4)		

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

** Solteira. Divorciada, Viúva

*** Mãe, Filhos, Só, Irmã, Avó, Tia, Sogra

**** Anemia; Hemorragia; Hipotensão; Pré- eclampsia; Sangramento.

Não foi encontrada nenhuma associação com o parto humanizado com as variáveis relacionadas aos comportamentos nocivos ao bebê como: fuma; fumou na gestação; usa drogas; consome bebida alcoólica e consumiu álcool na gestação (Tabela 5).

Tabela 5 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Distal – Comportamentos nocivos ao bebê do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Fuma				
Sim	5 (71,4)	2 (28,6)	1,17 (0,72 – 1,90)	0,707
Não	99 (60,7)	64 (39,3)		
Fumou na gestação				
Sim	3 (100,0)	0	2,0 (0,75 – 5,32)	0,429
Não	2 (50,0)	2 (50,0)		
Uso de Drogas				
Sim	7 (58,3)	5 (41,7)	0,95 (0,57 – 1,55)	1,000
Não	97 (61,4)	61 (38,6)		
Consome bebida alcoólica				
Sim	11 (68,7)	5 (31,3)	1,13 (0,79 – 1,62)	0,514
Não	93 (60,4)	61 (39,6)		
Consumiu na gestação				
Sim	3 (75,0)	1 (25,0)	1,12 (0,56 – 2,24)	1,000
Não	8 (66,7)	4 (33,3)		

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

Na análise deste componente distal, evidenciou que 16% ($p= 0,013$) das mulheres tiveram em seus prontuários o preenchimento do Apgar no 1º minuto, quando esse encontrava-se igual a 7, mostrando uma significância com o parto humanizado (Tabela 6).

Tabela 6 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Distal – Informação do Recém-nascido do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Sexo¹				
F	46 (57,5)	34 (42,5)	0,89 (0,69 – 1,13)	0,353
M	58 (64,4)	32 (35,6)		
Peso ao nascer (g)¹				
1501 – 2499	4 (44,4)	5 (55,6)	0,71 (0,34 – 1,50)	0,289
≥ 2.500	100 (62,1)	61 (37,9)		
Apgar 1º minuto¹				
igual a 7	21 (84,0)	4 (16,0)	1,45 (1,16 – 1,82)	0,013
8 – 10	75 (57,7)	55 (42,3)		
Apgar 5 minuto¹				
igual a 7	4 (100,0)	0	1,62 (1,43 – 1,85)	0,297
8 -10	89 (61,4)	56 (38,6)		
Atendimento ao recém-nascido¹				
CATEGORIA B (***)	74 (62,2)	45 (37,8)	1,24 (0,55 – 2,80)	0,675
CATEGORIA A (**) <hr/>	3 (50,0)	3 (50,0)		

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

** Enfermeira, Residente de enfermagem

*** Neonatologista, Pediatra, Residente de Neonatologia

1- Dado retirado do preenchimento do prontuário

5.3.2 Análise bivariada das variáveis relativas ao componente intermediário do modelo teórico para determinação do Parto Humanizado.

No componente intermediário, as variáveis que estiveram relacionadas aos antecedentes obstétricos, ser multigesta esteve presente em 46% ($p= 0,050$) e ter complicações como anemia e hemorragia, dentre outras em 7% ($p= 0,022$) (Tabela 7).

Tabela 7 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Intermediário – Antecedentes obstétricos do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Multigesta	47 (54,0)	40 (46,0)	0,78 (0,61 – 1,00)	0,050
Primigesta	57 (68,7)	26 (31,3)		
Paridade				
Primípara	21 (50,0)	21 (50,0)	0,95 (0,61 – 1,45)	0,814
Multípara	20 (52,6)	18 (47,4)		
Parto Normal anterior				
Não	6 (66,7)	3 (33,3)	1,35 (0,80 – 2,27)	0,483
Sim	35 (49,3)	36 (50,7)		
Parto cesáreo anterior				
Sim	3 (60,0)	2 (40,0)	1,18 (0,55 – 2,51)	1,000
Não	35 (50,7)	34 (49,3)		
Aborto				
Sim	15 (71,4)	6 (28,6)	1,47 (1,02 – 2,12)	0,066
Não	32 (48,5)	34 (51,5)		
Complicação na gestação				
Sim	36 (66,7)	18 (33,3)	1,13 (0,89 – 1,44)	0,316
Não	68 (58,6)	48 (41,4)		

Qual complicaçāo

Outros (**)	13 (92,9)	1 (7,1)	1,58 (1,18 – 2,13)	0,022
-------------	-----------	---------	--------------------	--------------

ITU	24 (58,5)	17 (41,5)		
-----	-----------	-----------	--	--

Idade Gestacional (semanas)

37	20 (55,6)	16 (44,4)	0,91 (0,65 – 1,26)	0,569
----	-----------	-----------	--------------------	-------

> 37	67 (60,9)	43 (39,1)		
------	-----------	-----------	--	--

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

**Anemia; Hemorragia; Hipotensão; Pré- eclampsia; Sangramento.

Diante das variáveis direcionadas a realização do pré-natal, não foi evidenciado nenhuma associação com o desfecho do estudo, pois o *p* valor esteve-se acima de 0,05 (Tabela 8).

Tabela 8 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Intermediário – Realização do Pré-natal do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP	P *
Numero de consultas				
≤ 5	28 (73,7)	10 (26,3)	1,29 (1,01 – 1,65)	0,065
6 ou mais	66 (56,9)	50 (43,1)		
Local das consultas				
Outros serviços (**)	95 (59,7)	64 (40,3)	0,74 (0,52 – 1,21)	0,481
MEAC	6 (75,0)	2 (25,0)		
Informações recebidas				
Sinais iniciais de trabalho de parto				
Não	61 (61,6)	38 (38,4)	1,01 (0,79 – 1,29)	0,889
Sim	43 (60,6)	28 (39,4)		
Possibilidade de ingerir líquidos no trabalho de parto				
Não	93 (61,6)	58 (38,4)	1,06 (0,71 – 1,59)	0,755
Sim	11 (57,9)	8 (42,1)		
Liberdade de movimentação no trabalho de parto				
Não	81 (61,8)	50 (38,2)	1,04 (0,78 – 1,40)	0,747
Sim	23 (59,0)	16 (41,0)		
O uso das medidas não farmacológicas no trabalho de parto				
Não	89 (60,1)	59 (39,9)	0,88 (0,64 – 1,20)	0,469
Sim	15 (68,2)	7 (31,8)		

Posições no trabalho de parto

Não	87 (62,6)	52 (37,4)	1,14 (0,80 – 1,61)	0,423
Sim	17 (54,8)	14 (45, 2)		

Amamentação na 1ª hora de vida do bebê

Não	71 (61,7)	44 (38,3)	1,02 (0,70– 1,33)	0,827
Sim	33 (60,0)	22 (40,0)		

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

** Serviço público; Serviço particular/Plano de Saúde; Serviço público e Serviço particular.

5.3.3 Análise bivariada das variáveis relativas ao componente proximal (parte I e II) do modelo teórico para determinação do Parto Humanizado.

Na assistência durante o trabalho de parto, 25% das mulheres relataram ter sido administrado soro na veia ($RP=1,57$; $IC_{95\%} 1,21 - 2,03$) e 28,1% teve seu prontuário preenchido a opção “não” para a prática de dilatação do colo na amniotomia ($RP= 0,64$; $IC_{95\%} 0,41 - 0,99$) (Tabela 9).

Tabela 9 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte I) – Relacionada ao Trabalho de Parto do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Ofereceram algo para comer ou beber				
Não	84 (61,8)	52 (38,2)	1,05 (0,76 – 1,43)	0,753
Sim	20 (58,8)	14 (41,2)		
Solicitou algo para comer ou beber				
Não	67 (64,4)	37 (35,6)	1,14 (0,88 – 1,48)	0,275
Sim	37 (56,1)	29 (43,9)		
Administraram soro em veia				
Sim	63 (75,0)	21 (25,0)	1,57 (1,21 – 2,03)	0,000
Não	40 (47,6)	44 (52,4)		
Ocitocina ¹				
Sim	73 (57,9)	53 (42,1)	0,72 (0,51 – 1,02)	0,202
Não	8 (80,0)	2 (20,0)		

Administração da ocitocina¹**Primeiro Estágio**

Sim	15 (68,2)	7 (31,8)	1,13 (0,82 – 1,55)	0,470
Não	89 (60,1)	59 (39,9)		

Segundo Estágio

Sim	19 (70,4)	8 (29,6)	1,18 (0,89 – 1,56)	0,285
Não	85 (59,4)	58 (40,6)		

Terceiro Estágio

Não	33 (70,2)	14 (29,8)	1,21 (0,95 – 1,54)	0,135
Sim	71 (57,7)	52 (42,3)		

Dilatação do colo na admissão¹

Não	2 (66,7)	1 (33,3)	1,09 (0,48 – 2,46)	1,000
Sim	90 (60,8)	58 (39,2)		

Dilatação do colo na amniotomia¹

Não	13 (48,1)	14 (51,9)	0,64 (0,41 – 0,99)	0,028
Sim	27 (75,0)	9 (25,0)		

Início de Trabalho de Parto¹

Induzido	7 (70,0)	3 (30,0)	1,17 (0,76 – 1,79)	0,741
Espontâneo	90 (59,6)	61 (40,4)		

Contrações¹

Ausentes	7 (63,6)	4 (36,4)	1,00 (0,62 – 1,58)	1,000
Presentes	91 (63,6)	52 (36,4)		

Rompimento da bolsa

Artificial	40 (62,5)	24 (37,5)	1,04 (0,81– 1,33)	0,748
Natural	60 (60,0)	40 (40,0)		

Ações realizadas**Venóclise¹**

Sim	22 (71,0)	9 (29,0)	1,18 (0,90 – 1,56)	0,261
Não	61 (59,8)	41 (40,2)		

Amniotomia¹

Sim	23 (71,9)	9 (28,1)	1,30 (0,98 – 1,73)	0,096
Não	49 (55,1)	40 (44,9)		

Partograma¹

Não	16 (76,2)	5 (23,8)	1,29 (0,98 – 1,69)	0,132
Sim	85 (59,0)	59 (41,0)		

Atendimento no trabalho de parto

CATEGORIA B (***)	5 (41,7)	7 (58,3)	0,66 (0,33 – 1,30)	0,215
CATEGORIA A (**)	89 (63,1)	52 (36,9)		

Teve liberdade de movimentar

Sim	13 (72,2)	5 (27,8)	1,21 (0,88 – 1,66)	0,300
Não	90 (59,6)	61 (40,4)		

Utilizou-se de medidas não farmacológicas

Sim	42 (64,6)	23 (35,4)	1,09 (0,86 – 1,39)	0,469
Não	62 (59,1)	43 (40,9)		

Métodos não farmacológicos usados**Escada de ling**

Não ajuda	1 (20,0)	4 (80,0)	0,41 (0,06 – 2,46)	0,355
Ajuda	16 (48,5)	17 (51,5)		

Chuveiro

Não ajuda	10 (71,4)	4 (28,6)	1,28 (0,86 – 1,89)	0,276
-----------	-----------	----------	--------------------	-------

Ajuda	39 (55,7)	31 (44,3)		
-------	-----------	-----------	--	--

Bola

Não ajuda	7 (70,0)	3 (30,0)	1,22 (0,75 – 1,98)	0,721
-----------	----------	----------	--------------------	-------

Ajuda	24 (57,1)	18 (42,9)		
-------	-----------	-----------	--	--

Massagem

Não ajuda	3 (75,0)	1 (25,0)	1,37 (0,74 – 2,54)	0,623
-----------	----------	----------	--------------------	-------

Ajuda	31 (54,4)	26 (45,6)		
-------	-----------	-----------	--	--

Cavalinho

Não ajuda	10 (58,8)	7 (41,2)	0,89 (0,57 – 1,39)	0,594
-----------	-----------	----------	--------------------	-------

Ajuda	33 (66,0)	17 (34,0)		
-------	-----------	-----------	--	--

Andar

Não ajuda	22 (68,7)	10 (31,3)	1,20 (0,86 – 1,66)	0,282
-----------	-----------	-----------	--------------------	-------

Ajuda	32 (57,1)	24 (42,9)		
-------	-----------	-----------	--	--

1. Dado coletado a partir do preenchimento do prontuário

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

** Enfermeiro obstetra; Médico obstetra; Médico e enfermeiro; Mesmo Médico do Pré-natal; Doula.

*** Estudante (Residente/Interno)

Relacionada ao momento do parto, somente uma variável mostrou-se associação com o desfecho, quando 7 ($p= 0,043$) parturientes relataram ter sido realizado fórceps (Tabela 10).

Tabela 10 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte I) – Relacionada ao Parto do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto	Parto	Análise bivariada			
	Não Humanizado (N=104)	Humanizado (N=66)	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Número de pessoas presentes						
5 ou mais	47 (55,3)	38 (44,7)	0,82 (0,64 – 1,06)	0,133		
< 5	54 (66,7)	27 (33,3)				
Profissionais presentes						
Enfermeira obstetra						
Não	16 (53,3)	14 (46,7)	0,84 (0,59 – 1,21)	0,331		
Sim	88 (62,9)	52 (37,1)				
Médico obstetra						
Não	15 (55,6)	12 (44,4)	0,89 (0,62 – 1,28)	0,513		
Sim	89 (62,2)	54 (37,8)				
Técnico de Enfermagem						
Não	75 (58,6)	53 (41,4)	0,84 (0,66 – 1,08)	0,227		
Sim	29 (69,1)	13 (30,9)				
Residente em Obstetrícia						
Não	64 (59,8)	43 (40,2)	0,94 (0,73 – 1,20)	0,634		
Sim	40 (63,5)	23 (36,5)				

Residente em Enfermagem Obstetra

Não	102 (61,80)	63 (38,2)	1,54 (0,52 – 4,55)	0,378
-----	-------------	-----------	--------------------	-------

Sim	2 (40,0)	3 (60,0)		
-----	----------	----------	--	--

Doula

Não	99 (61,5)	62 (38,5)	1,10 (0,60 – 2,10)	0,736
-----	-----------	-----------	--------------------	-------

Sim	5 (55,6)	4 (44,4)		
-----	----------	----------	--	--

Neonatologista

Não	103 (61,3)	65 (38,7)	1,22 (0,30 – 4,92)	1,000
-----	------------	-----------	--------------------	-------

Sim	1 (50,0)	1 (50,0)		
-----	----------	----------	--	--

Pediatra

Não	100 (60,6)	65 (39,4)	0,75 (0,48 – 1,19)	0,650
-----	------------	-----------	--------------------	-------

Sim	4 (80,0)	1 (20,0)		
-----	----------	----------	--	--

Ações realizadas**Episiotomia¹**

Sim	17 (70,8)	7 (29,2)	1,21 (0,90 – 1,63)	0,245
-----	-----------	----------	--------------------	-------

Não	78 (58,2)	56 (41,8)		
-----	-----------	-----------	--	--

Manobra de Kristeller

Sim	27 (67,5)	13 (32,5)	1,13 (0,87 – 1,46)	0,375
-----	-----------	-----------	--------------------	-------

Não	77 (59,7)	52 (40,3)		
-----	-----------	-----------	--	--

Fórceps

Sim	6 (85,7)	1 (14,3)	1,68 (1,48 – 1,91)	0,043
-----	----------	----------	--------------------	--------------

Não	96 (59,3)	66 (40,7)		
-----	-----------	-----------	--	--

Anestesia

Sim	4 (80,0)	1 (20,0)	1,32 (0,83 – 2,08)	0,650
-----	----------	----------	--------------------	--------------

Não	100 (60,6)	65 (39,4)		
-----	------------	-----------	--	--

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

1. Dado coletado a partir do preenchimento do prontuário

A relação da presença do acompanhante com o desfecho deste estudo não mostrou nenhuma associação (Tabela 11).

Tabela 11 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte II) – Presença do acompanhante do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Teve acompanhante				
Não	16 (57,1)	12 (42,9)	0,92 (0,65 – 1,30)	0,631
Sim	88 (62,0)	54 (38,0)		
Em que fase estava acompanhada				
Ao menos em uma fase (**)	15 (78,9)	4 (21,1)	1,33 (1,01 – 1,75)	0,101
Todas as fases	73 (59,4)	50 (40,6)		
Quem era o acompanhante				
Outros (***)	57 (61,3)	36 (38,7)	0,96 (0,74 – 1,26)	0,818
Companheiro/ Pai da criança	31 (63,3)	18 (36,7)		
Ter acompanhante				
Não ajuda	8 (57,1)	6 (42,9)	0,91 (0,56 – 1,46)	0,695
Ajuda de alguma forma	80 (62,5)	48 (37,5)		

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

** Pré-parto; Parto; Pós-parto

*** Amiga; Cunhada; Irmã; Mãe; Sobrinha; Tia; Sogra.

Na tabela 12 não foi encontrada associação das variáveis de sastifação da mãe com o desfecho Parto Humanizado, mas, por tratar de variáveis importantes foi colcoada para discussão.

Tabela 12 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte II) – Satisfação da mãe com a equipe do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Atendimento da equipe				
BOM atendimento				
Deixou a gestante a vontade				
Não	59 (60,2)	39 (39,8)	0,96 (0,75 – 1,22)	0,761
Sim	45 (62,5)	27 (37,5)		
Apoiou, encorajou e ajudou a gestante				
Não	19 (63,3)	11 (36,7)	1,04 (0,77 – 1,41)	0,789
Sim	85 (60,7)	55 (39,3)		
Tratou com carinho a gestante				
Não	58 (60,4)	38 (39,6)	0,97 (0,76– 1,23)	0,816
Sim	46 (62,2)	28 (37,8)		
MAU atendimento				
Somente esteve próximo à gestante no momento do parto				
Sim	6 (50,0)	6 (50,0)	0,80 (0,45 – 1,43)	0,541
Não	98 (62,0)	60 (38,0)		
Não ligou para o que a gestante sentia				
Sim	8 (72,7)	3 (27,3)	1,20 (0,82 – 1,76)	0,532
Não	96 (60,4)	63 (39,6)		

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

Quanto as variáveis referentes ao momento do Pós-parto imediato, mostrou-se significância estatística para o parto humanizado quando o bebê não ficou com a mãe após o nascimento ($RP= 2,10$; $IC_{95\%} 1,59 - 2,78$) (Tabela 13).

Tabela 13 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte II) – Pós-parto imediato do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)		Parto Humanizado (N=66)		Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *	
Após o nascimento bebê ficou com a mãe						
Não	70 (83,3)	14 (16,7)	2,10 (1,59 – 2,78)	0,000		
Sim	34 (39,5)	52 (60,5)				
Motivo por não ficar						
Manuseio excessivo (*)	43 (78,2)	12 (21,8)	0,82 (0,62 – 1,07)	0,328		
Complicações (**)	18 (90,0)	2 (10,0)				
Tempo de volta do bebê para mãe (horas)						
> 1	22 (88,0)	3 (12,0)	1,10 (0,90 – 1,33)	0,531		
≤ 1	44 (80,0)	11 (20,0)				

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

* Banho; Exames; Aspiração das vias aéreas superiores e inferiores.

** Estado de saúde do bebê; Estado de saúde da mãe.

Tratando do sentimento da mãe, 45,9% relataram não ter sido desejada esta gravidez ($RP= 0,81$; $IC_{95\%}= 0,62 – 1,04$). As demais variáveis apresentaram o valor de p superior a 0,25, fazendo-se inapropriadas para discussão.(Tabela 14).

Tabela 14 – Resultados da análise bivariada segundo as variáveis relativas ao Componente Proximal (parte II) – Sentimento da mãe do modelo teórico de determinação do Parto Humanizado

Variáveis	Parto Não Humanizado (N=104)	Parto Humanizado (N=66)	Análise bivariada	
	N(%)	N (%)	RP (IC 95%)	P *
Desejava esta gravidez				
Não	40 (54,1)	34 (45,9)	0,81 (0,62 – 1,04)	0,094
Sim	64 (66,7)	32 (33,3)		
Decisão do parto				
Outros (**)	36 (60,0)	24 (40,0)	0,97 (0,75 – 1,25)	0,816
Gestante	68 (61,8)	42 (38,2)		
Sentimento após o parto humanizado				
Ruim (****)	8 (72,7)	3 (27,3)	1,22 (0,83 – 1,80)	0,528
Bom (***)	82 (59,4)	56 (40,6)		
Faria um parto humanizado em uma nova gestação				
Não respondeu sim(*****)	42 (60,0)	28 (40,0)	0,96 (0,75 – 1,23)	0,792
Sim	62 (62,0)	38 (38,0)		
Nota para assistência				
≤ 7	9 (56,3)	7 (43,7)	0,91 (0,58 – 1,42)	0,671
> 7	95 (61,7)	59 (38,3)		
Justificativa se ≤ 7				
Não desejava a gravidez	3 (75,0)	1 (25,0)	1,50 (0,67 – 3,33)	0,437
Pelo sofrimento e mau atendimento	6 (60,0)	6 (40,0)		

* Teste χ^2 Pearson; § Teste exato Fischer

** Médico; Pai da criança; Bebê.

*** Aliviada; Bem; Feliz; Satisfeita; Realizada.

**** Incomodada; Nada; Normal; Angustiada.

***** Nunca; Talvez; Não sabe.

6. DISCUSSÃO

A análise das 170 puérperas que tiveram parto normal no Centro de Parto Humanizado, foi baseada na criação de um escore definido como “Parto Humanizado” e “Parto Não Humanizado”. Desta forma, foi possível traçar um modelo teórico que nos remettese a compreensão da ordem dos acontecimentos das práticas, possibilitando a identificação do elo presente entre os resultados e o desfecho.

Esse modelo teórico, tornou-se fundamental para a interpretação dos achados a partir da realização das práticas condizentes com o parto humanizado. Por isso, trazer uma discussão dos resultados encontrados se faz necessário para compreensão das realidades encontradas nos serviços públicos, visto que, foi possível identificar fatores importantes que contribuíssem para o fortalecimento da prática humanizada a favor do parto normal e humanizado.

Este estudo tratou de avaliar a presença de práticas consideradas humanizadas ao parto através da assistência da equipe multiprofissional atuante no CPH/ MEAC, possibilitando a compreensão das fragilidades ainda inseridas nesta unidade. Por isso, discutir as variáveis pela sua significância diante das relações estatísticas, nos remete a reflexões pessoais e a busca de bases científicas que nos auxilie na interpretação dos achados deste estudo.

A prática de humanização mediante os resultados é percebida como algo ainda novo para a população inserida no estudo e que mantêm uma resistência ainda referenciada pela assistência prestada pela equipe multiprofissional. Desta forma, a discussão deste estudo toma como ponto de partida o reconhecimento da população inserida nele, que nos favoreceu as respostas reflexivas e colaborativas para construção de uma nova perspectiva no âmbito da humanização do parto e nascimento.

Compreender que a idade maior que 20 anos, ou seja, não ser adolescente, esteve mais frequente entre as puérperas neste estudo, considera que essa informação não traz consigo grandes poderes, pois muitas gestações também estão acontecendo em adolescentes. Contudo, pode-se dizer que isso remete a uma característica exclusiva da escolha ocasional desta população para o estudo.

Através de estudos realizados, é visto que ainda não há consenso sobre em que medida a idade materna é capaz de explicar resultados obstétricos, pois as oportunidades

educacionais, profissionais e de vivência da sexualidade desvinculada do papel reprodutivo, que em princípio descontinaram-se para a população jovem, fundamentaram uma nova concepção da idade ideal à maternidade (LIMA, 2010).

Neste estudo, mais de 50% das parturientes relataram estar casada ou em união estável e morar com seu companheiro ou pai da criança, permanecendo sempre na companhia de um homem durante sua gestação e parto.

Ter a companhia do pai durante a gestação, trabalho de parto e parto favorece aos olhos de Silva *et al* (2012) a um parto mais humano, pois, dessa maneira, o homem se torna parte do processo, o que reflete na qualidade de vida do casal.

A participação e o apoio afetivo oferecido pelo pai do bebê, auxilia a mulher a tolerar com maior facilidade as dores e ansiedade do trabalho de parto, trazendo consigo vantagens como: diminui o tempo do trabalho de parto, número de analgésicos e medicações que induzem a dilatação, o uso de fórceps, reduz a sensação de dor, os números de cesarianas e o tempo de internação dos recém-nascidos nos hospitais (PETITO *et al*, 2015).

Ter o apoio familiar e do companheiro neste momento fortalece o poder da mulher no momento de trabalho de parto e parto, por isso Petito *et al* (2015), dizem ser de grande relevância que os profissionais de saúde minimizem a distância dos pais com o serviço de saúde, desenvolvendo práticas que servem para revisar a importância da família, paternidade e maternidade, trazendo benefícios para a criança.

Das práticas nocivas presentes durante a gestação, apresentaram neste estudo o consumo de bebida alcoólica e o uso de drogas. O uso abusivo do álcool ingerido pela gestante Pardo *et al* (2013) nos falam que atravessa a barreira placentária, tornando o feto exposto às mesmas concentrações do sangue materno.

O consumo de bebidas alcoólicas durante o período gestacional Gouvea *et al* (2010) retratam envolver um risco ainda maior, já que existe possibilidade de ocorrer teratogenicidade e embriotoxicidade, trazendo consigo problemas que afetam a saúde do bebê ainda em formação dentro do útero. O conhecimento científico desses problemas permanecendo vasto e contínuo, prevalece a ocorrência de eventos desfavoráveis a saúde da gestante e de seu bebê, diz Gordinho (2013).

Nos antecedentes obstétricos um pouco mais de 24% das puérperas multigesta já haviam passado pela experiência de ter um aborto, fato que nos remete uma reflexão do

uso correto dos serviços de planejamento familiar e acompanhamento do pré-natal dessas mães na rede de saúde pública. Opaleye *et al* (2010), descrevem que a magnitude do problema do aborto no Brasil é recorrente da falta de estudos estatísticos oficiais, pois os poucos dados disponíveis foram de pesquisas hospitalares, subestimando a população que recorre a prática.

Nas multíparas, partos anteriores prevaleceu quase 100% em parto normal e pouco menos de 14% em parto cesáreo. Identificando que quando a mulher tem o histórico de parto normal anterior, a probabilidade de ter um segundo ou terceiro parto normal é ainda maior, pois estudo realizado com mães que vivenciaram os dois tipos de parto, mostram que as mesmas declararam sua preferência pelo parto normal, juntamente ao desejo, a expectativa de vivenciá-lo e o incentivo dos familiares, ao aconselhar o parto normal como a melhor alternativa (VELHO, 2014).

Melchiori (2009), diz que o parto normal quando optado por mães em sua primeira gravidez, reflete a exposição dessas mães durante a gestação a comentários positivos sobre este tipo de parto por pessoas conhecidas e não por terem recebido informações das próprias instituições de saúde em que realizam o pré-natal. O empoderamento dos profissionais na apresentação do parto normal para gestantes ainda no pré-natal se torna necessário trazendo esse modelo de parto como uma opção saudável a saúde da mãe e do bebê. A decisão pela via de parto segundo Domingues *et al* (2014) é influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos e, especialmente, pela forma de pagamento do parto, pelo subsistema de saúde privado ou público.

Entre as doenças ou complicações originadas no período gestacional, a Infecção do Trato Urinário (ITU) mostrou-se como a mais frequente, no total de 54 puérperas. Durante a gestação as mulheres passam por uma série de alterações, tanto por causa emocional quanto física e fisiológica, o que as tornam mais vulneráveis às ITU considerada uma enfermidade que prevalece em mulheres no período gestacional (BARROS, 2013; BORGES *et al*, 2014).

Segundo Vettore *et al* (2013), realizar exames de urina de rotina durante o pré-natal, principalmente em gestantes assintomáticas, traz benefícios às gestantes e aos recém-nascidos. Tratar e evitar a evolução da ITU para casos graves é papel do profissional de saúde, visto que é preconizado durante o período do pré-natal o rastreamento da bacteriúria assintomática e o seu tratamento durante a gestação (HACKENHAAR & ALBERNAZ, 2013).

Esta infecção é a terceira intercorrência clínica mais comum na gestação, acometendo de 10% a 12% das gestantes, podendo levar ao parto prematuro do bebê (BARROS, 2013). Se torna fundamental a importância da realização minuciosa do pré-natal, a atenção médica quanto aos quadros assintomáticos, o diagnóstico e tratamento em tempo hábil, é o que Borges *et al* (2014) descrevem.

A consulta do pré natal apresentou uma porcentagem de 69,5% quando realizada no total de 6 ou mais, evidenciando que quase todas as mulheres o realizaram, estando em concordância com o estudo de Viellas *et al* (2014) no qual identificaram que a cobertura da assistência pré-natal no Brasil é praticamente universal, apontando valores elevados em todas as regiões do país e em mulheres de diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas.

Em estudos é visto que ser primigesta também é um fator facilitador do acesso precoce ao pré-natal e ao número mínimo de consultas previstas pelo Ministério da Saúde (DOMINGUES, 2013). A assistência ao pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, por isso, o calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) devendo ser regular com o total de consultas de no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro (BRASIL, 2013a).

De todas as puérperas que fizeram o pré-natal, apenas 8 realizaram este acompanhamento na própria instituição deste estudo. Viellas *et al* (2014) em seu estudo vem nos reforçar que a assistência pré-natal oferecida às gestantes usuárias de serviços de saúde públicos e/ou privados, ocorre prioritariamente em serviços públicos e em unidades da atenção básica, com apenas 10,4% das mulheres tendo sido acompanhadas em ambulatórios de unidades hospitalares.

Entende-se que a procura da usuária a Unidade Básica de Saúde (UBS) para realização do pré-natal, continua sendo uma prática de rotina nos postos de saúde, onde de acordo com o Ministério de Saúde, o serviço de pré-natal ofertado nessas unidades deve favorecer, sempre que possível, a visita das gestantes à maternidade de referência, fortalecendo, assim, o vínculo de confiança entre o serviço e a mulher (BRASIL, 2013c).

Este acompanhamento quando realizado de forma qualificada favorecendo informações que fortaleçam a prática do parto humanizado, subentende-se que a usuária deste sistema passe a vivenciar novas experiências quando esta é gestante.

Nos remetendo diretamente ao “Parto Humanizado” considerado o desfecho deste estudo, foi possível revelar algumas fragilidades durante o período de coleta de dados, visto que, esta prática esteve abaixo de 40%, ou seja, em contradição a hipótese esperada, ja que o local de estudo foi um Centro de Parto Humanizado de um hospital escola, onde suas ações deveriam ser 100% providas de humanização.

Busanello (2010), diz que ter a política de humanização inserida nos centros obstétricos ainda representa um grande desafio, onde a não sensibilização dos profissionais inseridos nesses setores, consagram-se aspectos que dificultam a atenção humanizada e de qualidade à mulher, ao recém-nascido e sua família.

Garantir a inserção de boas práticas baseadas em evidências nesses centros, evitando assim intervenções desnecessárias a fim de preservar a privacidade e a autonomia de todos os envolvidos, é o que o Ministério da Saúde vem adotando em seus programas de parto e nascimento (BRASIL, 2013c). Por isso, adotar práticas como aleitamento na primeira hora de vida, contato pele a pele precoce, clampeamento de cordão após cessar a pulsação, entre outros, são essenciais para oferecer cuidados humanizados (BRASIL, 2011b).

Salientamos que a criação do desfecho em formato de escore, foi evidenciado que quando o mesmo esteve igual a 1, a prática de contato pele a pele foi a que mais prevaleceu, tendo 94 dos casos presentes. Diante desse achado, pode-se dizer que a atenção direcionada ao contato precoce mãe e bebê está sendo respeitada e estimulada pela equipe deste setor, porém, o aleitamento materno na 1^a hora ainda se encontra fragilizado.

Estudo realizado no ano de 2012 com o objetivo de conhecer a experiência de mulheres em relação ao contato pele a pele com o seu bebê no momento imediato do nascimento, retrata que na área obstétrica, com o movimento de humanização da assistência ao parto, esse pressuposto vem sendo imperativo (WEI *et al*, 2012).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou um documento descrevendo que o contato pele a pele entre a mãe e seu recém-nascido quando realizado precocemente após o parto, favorece adaptação do RN à vida extra uterina promovendo a amamentação logo após o parto (BRASIL, 2011b). Fortalecendo esse contato pele a pele é que a Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014, assegura que deve postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida, visto que o binômio mãe e filho precisa ser estimulado e respeitado nessa fase única do parto e nascimento.

Neste sentido Boccolini *et al* (2013) citam a recomendação da OMS de colocar os bebês em contato com a pele de suas mães imediatamente após o nascimento por no mínimo uma hora, e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês já estão prontos para a amamentação.

Em contrapartida, quando a vitalidade do bebê encontra-se prejudicada e/ou momentos de fragilidade da mãe, o contato precoce não pode ser realizado logo após o parto (SOARES *et al*, 2014). Portanto, logo que o binômio estiver em condições físicas adequadas que não mais ofereçam risco a saúde da mãe e seu neonato, o contato deve ser estimulado respeitando sempre os desejos da puérpera, fortalecendo seu vínculo com o bebê e promovendo a humanização.

A evidência do impacto a curto e longo prazos destas práticas para ambos, mãe e recém-nascido, reforça a importância da análise das práticas de atenção, no contexto do binômio mãe-filho, em vez de considerá-los separadamente (BRASIL, 2011b).

A essa realidade deparada, é que através de um estudo realizado por Santos *et al* (2014a), procuramos entender melhor os achados. Quando abordam dizendo que a medicalização da assistência ao parto e nascimento norteia o processo de trabalho no estabelecimento de saúde, uma vez que ocorrem invasões na fisiologia do parto e nascimento, tornando-se primordial o empoderamento da amamentação na 1^a hora de vida do bebê.

Outro estudo, que trouxe como objetivo as associações entre a proporção de neonatos amamentados na primeira hora de vida e as taxas de mortalidade neonatal, mostrou que o aleitamento materno na primeira hora de vida estava significativamente e inversamente correlacionado à mortalidade neonatal (ODDY, 2013).

Broccolini *et al* (2013) ressaltam ainda que amamentação na primeira hora de vida é potencialmente benéfica para todas as crianças, porém, seus benefícios na redução da mortalidade neonatal parecem ser maiores entre os países com maiores taxas de mortalidade neonatal: o que pode ser explicado pelo fato desses países possivelmente, terem piores condições de assistência ao parto e nascimento.

Em meados dos anos 90, foi criado em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) com seu principal objetivo voltado para o incentivo à alimentação ideal de lactentes e crianças de primeira infância (UNICEF, 2008). Segundo Oddy (2013), IHAC é um programa abrangente e multicomponente para implementar

práticas baseadas em evidências a fim de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

Para garantir o seguimento dessa prática se faz necessário estratégias efetivas para uma maior disseminação, integração e implementação da IHAC, visto que, a amamentação na primeira hora de vida é reconhecida pela OMS como um importante componente na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, devendo ser implementada como rotina hospitalar (ODDY, 2013; BROCCOLI, 2013).

É importante ressaltar que o hospital ou unidade de saúde com serviço materno-infantil que tenha interesse em se tornar Amigo da Criança necessita, primeiramente, avaliar suas práticas atuais quanto aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (LOPES *et al.* 2013). Contudo, a compreensão e implementação da IHAC continua a variar amplamente em todas as comunidades e países, ficando muito distante da meta da UNICEF, de que todas as maternidades sigam suas práticas baseadas nesses dez passos (ODDY, 2013).

Ressalta-se de acordo com políticas nacionais de atenção ao parto e puerpério, que o parto humanizado é aquele que tem sua fisiologia respeitada, com menos intervenções desnecessárias pelos prestadores de assistência, estímulo ao protagonismo da mulher, presença de acompanhante de sua escolha e práticas comprovadas cientificamente como benéficas para mãe e bebê (BRASIL, 2011b).

É possível compreender a associação direta da prática pele a pele com a amamentação na primeira hora de vida do bebê, onde uma favorece o sucesso da outra. Compreender o significado do contato e do aleitamento precoce, implica em respeitar o desejo, a cultura e o suporte social de cada mulher que é recebida para a assistência ao puerpério imediato.

Contudo, descreve-se a discussão sobre fatores que, nesse estudo, se mostraram como determinantes para identificar a assistência provida de humanismo ou não no Centro de Parto Humanizado pela equipe multiprofissional.

Nas características socioeconômicas e demográficas das participantes do estudo incluídas nas variáveis distais, observou-se na análise bivariada uma relação ao parto humanizado quando associada a escolaridade menor ou igual a 7 anos. Desta forma, é possível identificar que mães com níveis de escolaridade baixa, predispõem a diminuição do uso de boas práticas ao parto, uma vez que o nível de entendimento esteja diminuído,

fazendo-se assim necessário a aplicação de intervenções no incentivo de melhorar a acesso de mães à saúde pública ofertada.

A baixa escolaridade quando presente, pode estar associada ao abandono escolar que ocorre frequentemente em decorrência da gravidez na adolescência, pois para aquelas que frequentam a escola, a gravidez leva na maioria das vezes o abandono dos estudos temporário ou definitivamente (MARTINS *et al*, 2011). Quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais no decorrer da gravidez, levando ao início tardio e ausência de pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez (RAMOS e CUMAN, 2009).

Muitos estudos retratam a associação da escolaridade materna com fatores relacionados aos cuidados com a criança e busca pelo serviço de saúde. Cardoso, Mendes e Meléndez (2013), reforçam que a baixa escolaridade materna pode interferir na saúde, na capacidade de autocuidado e na busca pelos serviços, e que quanto maior for a escolaridade, mais precoce é a busca pelos serviços e maior é o número de consultas realizadas.

Em estudo realizado por D'Orsi *et al* (2014) quando a mulher teve maior escolaridade o tratamento ofertado foi provido de respeito por parte dos profissionais de saúde, mais privacidade nos exames e no parto, maior clareza nas explicações e maior possibilidade de fazer perguntas.

Cardoso, Mendes e Meléndez (2013) dizem que mulheres residentes no interior geralmente possuem uma escolaridade baixa, proporcionando assim, um índice elevado na dificuldade de impor seus desejos para assistência ao parto, bem como entender seu espaço neste momento. Acredita-se que mulheres com falta de autonomia são impulsionadas por decisões de outras pessoas, tornando-se o parto humanizado fragilizado ao fazer dessa mulher sujeito de uma história e não a protagonista da ação (SILVANI, 2010).

Tornou-se importante estudar essa característica levando em consideração que anos de estudo é um fator influente para sucesso do parto humanizado. Nesse sentido Silvestrin *et al* (2013) retratam que a relação da escolaridade materna sobre a saúde materno-infantil pode ser compreendida pelo fato de que mulheres com maior nível de instrução são mais hábeis em cuidar de si mesmas, possuindo uma condição socioeconômica diferenciada e melhor discernimento na tomada de decisões em termos de saúde e de sua atenção.

Ter moradia no interior e não na capital, teve-se uma associação com o desfecho parto humanizado. Em estudo realizado por Dias *et al* (2014), a procura de pessoas do interior por uma assistência ao parto na capital, se dá pelo fato desses hospitais serem mais equipados com condições mais adequadas para um atendimento de gestações de risco, passando a ser uma referência para gestantes do interior.

Mulheres que moram no interior deparam com situações de saúde precárias ou em muitas vezes a ausência de hospitais e maternidades nestes locais que submetem a migração de gestantes para dar a luz na capital. E com essa migração acontecem as superlotações dos hospitais, comprometendo a assistência ideal ao usuário. Publicação realizada em fevereiro de 2016 pelo Hospital Santa Casa da Misericórdia de Maceió, em 2015 a unidade realizou apenas 230 partos, e o intrigante é que 180 gestantes deixaram o município para ter seu filho (GESTANTES MIGRAM..., 2016).

O mesmo aconteceu na Paraíba em 2014, quando várias migrações de gestantes do interior chegaram às maternidades de João Pessoa e Campina Grande. Segundo o diretor de um das maternidades, a falta de uma rede de obstetrícia no estado seria ainda o principal fator desencadeador do aumento de partos cesarianos provindos do interior (NA PB..., 2014).

Muitas migrações ocorrem devido a complicações geradas durante o período gestacional, que na ausência de uma rede adequada para assistência a gestante necessitam de um suporte mais avançado que não se tem nos interiores. Acredita-se que a realização do pré-natal seja a única forma de atenuar maiores problemas para a saúde das grávidas que podem repercutir no parto. Além de pactuações, se torna fundamental que os municípios garantam a realização do atendimento das grávidas no pré-natal de forma eficiente com a realização de exames simples até os complexos.

É fato que pouco foi encontrado em bases literárias deste assunto, por isso, novos estudos acerca da imigração de mulheres do interior para a capital devem ser realizados para explicações concretas ainda não realizadas, bem como, procurar entender a relação dessa imigração com o parto não humanizado.

Nas variáveis distais consideradas pelo modelo teórico relacionadas ao recém-nascido, houve associação com a variável Apgar 1º minuto (categoria igual a 7) nos mostrando que é possível realizar cuidados que favoreçam a sobrevida do bebê, proporcionando ao binômio mãe-filho o contato pele a pele fortalecendo a amamentação na primeira hora de vida do bebê.

Oliveira *et al* (2012) nos reforçam que os valores registrados na escala de Apgar no 1º e 5º minutos são importantes registros das condições de nascimento, assim como as eventuais manobras utilizadas durante a recepção da criança, sendo que quando a pontuação é < 7, trata-se de um sinal de alerta para uma atenção especial, onde os diferentes níveis de Apgar baixo depende da maturidade do feto e suas condições de nascimento (BRASIL, 2011d).

Ter o valor registrado do Apgar igual a 7 reflete a possibilidade em realizar e incentivar ações humanizadas que fortaleçam o binômio mãe e filho no momento do pós-parto imediato. Quando esse Apgar encontra-se baixo, Viau *et al* (2014) nos mostram que as condições de sobrevida desse RN se tornam as mais debilitadas possíveis, favorecendo a não realização das práticas humanizadoras como o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora, visto que esse RN precisará de cuidados imediatos para sua sobrevivência.

A equipe estando apta nos cuidados com o neonato, é possível compreender o momento oportuno para realização da humanização no parto e fortalecer o vínculo do binômio. Sabe-se que o Apgar é um importante método de avaliação das condições de nascimento do bebê e que os profissionais de saúde que atuam na sala de parto cuidem para que a cronologia seja rigorosa e o registro seja imediato (SANTOS e PASQUINI, 2009).

Nas variáveis do componente intermediário, quando tratado ao histórico gestacional (categoria multigesta), obteve uma relação considerada com o parto humanizado. Ressalta-se que quando a mãe teve um histórico gestacional anterior, há uma maior probabilidade de adoção a práticas benéficas que favorecem ao trabalho de parto e parto, mantendo uma relação com a humanização do parto, já que essa mãe passou pelo parto e puerpério anteriormente.

Wei *et al* (2012) trazem em seu estudo, mulheres multigestas que na gestação atual presenciaram a prática contato pele a pele no momento imediato do nascimento, dizendo que essa prática trouxe alívio e tranquilidade naquele momento, mesmo que o parto anterior tenha deixado experiências negativas. Interpretamos que práticas como o pele a pele, são fundamentais para a promoção da humanização do parto em mulheres, sendo mais esperado por multigestas, devido à experiência anterior.

Encorajar mães primigestas se torna fundamental para partos futuros e para o acontecimento de mais partos normais e humanizados na rede pública e privada de

saúde. Uma vez parto normal realizado, mais aceitação do desconhecido acredita-se ter. Dodt *et al* (2010) nos falam que os profissionais da saúde devem ficar atentos em promover intervenções mais eficazes ao grupo de mulheres (primíparas), pois estas muitas vezes se encontram mais susceptíveis à aprendizagem, pois não trazem experiências anteriores e isso facilita a comunicação.

Mudanças positivas aconteceram ao longo dos tempos passando a favorecer o parto humanizado e sua adesão nos hospitais. Multíparas em suas gestações anteriores eram impedidas de deambular, no entanto, nos dias atuais segundo um novo estudo realizado por Wei, Gualda e Santos Júnior (2012), a liberdade de locomoção é colocada como uma estratégia para evolução do trabalho de parto, passando o respeito à autonomia ser valorizado em relação às suas preferências.

As mulheres com experiência anterior, muitas vezes são levadas por argumentos e justificativas fundamentadas no fracasso prévio, contribuindo para conflitos e dúvidas quanto ao processo de amamentar (DODT *et al*, 2010). A amamentação precoce e o contato pele a pele passam despercebidos por essas puérperas que experimentam uma segunda ou terceira gestação, visto que suas experiências passadas foram para si momentos de frustrações e insegurança.

As mulheres constroem, a partir de suas experiências, saberes que vão embasar as formas de reagir às situações específicas, determinando no contexto da saúde, a adoção ou não de determinadas recomendações profissionais (WEI, GUALDA E SANTOS JÚNIOR, 2012). A importância do profissional em ver essa mãe como um ser repleto de desejos e necessidades, passa a valorizá-la e respeitá-la quanto a suas decisões diante de recomendações apresentadas pela equipe multiprofissional atuante nos centros de parto.

Gomes *et al* (2014), escrevem que na atualidade, o Brasil vem trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é o da atenção humanizada à mulher, à criança e à família, respeitando-as em suas características e individualidades. Esse novo conceito de parto vem sendo ampliado e implantado pelo MS nas maternidades do país, e em 2014 o MS publica o quarto volume dos *Cadernos HumanizaSUS*, com a finalidade de seguir mostrando experiências de apoio em humanização Brasil afora, na medida em que são consideradas e reconhecidas como componentes do rol das experimentações de um “SUS que dá certo”(BRASIL, 2014).

A variável qual complicações durante a gestação, na categoria outros (anemia, hemorragia, pré-eclampsia, sangramento), obteve-se uma porcentagem maior para o parto não humanizado, mesmo que tenha se encontrado associada ao desfecho deste estudo.

Quando estão presentes condições clínicas desfavoráveis durante a gestação, torna-se adequada uma atenção maior da equipe que assiste essa mulher desde o pré-natal até a fase final de sua gestação, o parto e nascimento, acreditando-se que obtendo mais atenção e melhor assistência o índice porcentual neste estudo seria menor para o parto não humanizado.

Galvão e Davim (2011), dizem que para melhor assistência a essas puérperas é importante conhecer o perfil de tais usuárias que procuram o serviço, facilitando na construção e direcionamento das ações a serem realizadas. Conhecendo mais essa mulher e o contexto em que ela vive, se torna mais prático aplicar ações humanizadas durante seu trabalho de parto, fortalecendo a prática do parto humanizado nas redes públicas.

Tendo a equipe do CPH um olhar holístico para sua assistência trará consigo grandes benefícios ao parto humanizado, visto que ela trabalha em contato direto com a puérpera e seu bebê. É necessário que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmônica, visando garantir o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2014).

A presença de complicações na gestação e a associação com o parto humanizado, trouxe consigo uma resposta impactante neste estudo, bem como uma surpresa a pesquisadora. Os problemas clínicos como esses na gestação geralmente são tratados como fatores predisponentes a uma cesárea eletiva, desfavorecendo o parto normal.

Umas das complicações presentes nesta categoria foi anemia que de acordo com Elert, Machado e Pastore (2013) quando moderada e grave está associada a um aumento na incidência de abortos espontâneos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e morte perinatal. Assim, para evitar esse risco bem como outros já citados anteriormente, considerados preocupantes à saúde da mãe e seu neonato, se faz essencial o fortalecimento do início precoce do pré-natal com o intuito de diagnosticar tais achados e intervê-los com ações preventivas a favor da saúde pública.

Mesmo não sendo referida pela puérpera a diabetes gestacional como uma complicação, seu risco pré-gestacional ou gestacional tem elevado associação com a morbimortalidade materna e fetal (ABI-ABIB,2014). É necessário que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério (BRASIL, 2014).

A presença de complicações no período gestacional favorece para a não adesão do parto normal e ainda humanizado, mas para que isso seja mudado é preciso o empoderamento da equipe de saúde para adesão dessas práticas colocando sempre a saúde e bem-estar do paciente em primeiro lugar.

O Ministério da Saúde ainda descreve que o dimensionamento do risco deve ser avaliado, dispondo a mulher de fácil acesso aos serviços de saúde, de modo que se reduza o risco, mas não se reduza nunca a força da mulher (BRASIL, 2014). Com a associação dessa categoria ao desfecho do estudo obteve-se bom resultado pois, mesmo com a presença de fatores preocupantes como o caso da anemia, o parto de escolha foi o normal e humanizado.

Nas variáveis relacionadas ao trabalho de parto que formaram o componente proximal (parte I), ter sido administrado soro mostrou associação ao parto humanizado na análise bivariada. Pela associação, acredita-se que manter a gestante em trabalho de parto sob o uso de soluções intravenosas potencializa sua evolução para o parto não humanizado.

Poucos foram os estudos encontrados em literatura que explicassem melhor essa associação encontrada com o nosso desfecho, porém, foi identificado que a hidratação da parturiente durante esse período está relacionada ao uso de soluções intravenosa. Segundo estudo desenvolvido em Parkesburg (EUA), perdas hídricas excessivas durante o parto pode causar uma diminuição no volume sanguíneo corporal e no fluxo sanguíneo uterino, por isso, é fundamental que mulheres recebam hidratação endovenosa para substituir essas perdas (COCO *et al*, 2010).

É fato que ter administração de soluções intravenosas trará consigo hidratação corporal, mas é possível identificar também que a mãe estando durante seu trabalho de parto com o suporte para o soro a limitará quanto a seus movimentos, podendo interferir em algumas ações propícias ao parto humanizado.

Esta associação trouxe consigo indagações, visto que de acordo com o MS é necessário uma mudança de postura das equipes e profissionais passando a respeitar mais a fisiologia do parto evitando intervenções desnecessárias como: ultrassonografias sem indicação clínica, episiotomia de rotina, cesariana eletiva sem indicação clínica e/ou sob falsos pretextos, exames de toque antes do trabalho de parto sem indicação clara, descolamento de membranas antes de 41 semanas de gravidez, internação precoce, jejum, tricotomia e enema, restrição à liberdade de movimentos, uso rotineiro de soro com ocitocina, aspiração de rotina das vias aéreas do recém-nascido, entre outros) (BRASIL, 2014a).

Coco *et al* (2010) relatam que manter a parturiente em hidratação adequada contribui para um trabalho de parto eficaz, mostrando que sua duração se torna significativamente menor. Estando essa mulher hidratada, suas energias passam a superar a fase dolorosa e conduzir o trabalho de parto contribuindo para humanização desse momento.

Pensando dessa maneira, é visto que a presença de algumas ações na assistência ofertada por profissionais de saúde ainda é ofertada baseada em rotinas mecanizadas, devido a costumes que não se adaptam a mudanças. Tertuliano *et al* (2014) descrevem que o modelo tecnocrático, ainda predominante, representa a corrente de pensamento convencional que orienta a prática da assistência obstétrica há várias décadas e que recrudescce com sua institucionalização da assistência ao parto.

Por isso, Ferreira *et al* (2013) ressaltam que quando uma mulher tem indicação para o parto normal e é admitida em uma maternidade são utilizados procedimentos de rotina, tais como: tricotomia, instalação de acesso venoso, enema ou clister, repouso no leito, jejum, parto na posição litotômica, excesso de manuseio perineal durante o período expulsivo, manobra de Kristeller e a proibição da presença de um acompanhante.

Baseando-se neste mesmo estudo realizado por Ferreira *et al* e no que MS preconiza, nos remete a necessidade em novas pesquisas acerca desse assunto, procurando compreender essa associação apresentada nesta pesquisa. Observa-se que ter a administração de soluções intravenosas tem consigo seus benefícios, porém, é possível compreender que sua realização em excesso pode atrapalhar o processo de humanização que valoriza os desejos e decisões da mulher no trabalho de parto e parto.

O registro da dilatação do colo na amniotomia no prontuário da gestante nos mostrou uma associação com o desfecho do estudo, e por isso, nos remete a procurar compreender melhor o motivo dessa significância.

Entende-se que quando se tem registrado procedimentos realizados no prontuário da paciente, as práticas humanizadas estão mais propensas a acontecer, acreditando que profissionais registrando melhor tomam atitudes positivas frente a adoção de protocolos institucionais.

Ao registro de Enfermagem foi fundamentada em 2012 a Resolução 429 do Conselho Federal de Enfermagem frisando que é responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, as informações inerentes ao processo de cuidar e ao gerenciamento dos processos de trabalho, necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (BRASIL, 2012). Estando bem informado ao prontuário da parturiente as ações de enfermagem realizadas, fica mais fácil dar uma continuidade na assistência voltada ao usuário, proporcionando a realização das ações humanizadas nas fases de parturição.

Francolin *et al* (2012) reforçam essa ideia quando descrevem que esses registros são indispensáveis no prontuário do paciente, considerando que essa equipe acompanha todo esse decorrer de forma mais integral, pela permanência na unidade hospitalar durante 24 horas, garantindo qualidade e fidedignidade em suas observações.

A ação do registro da amniotomia no prontuário é relevante para o histórico da evolução do trabalho de parto e parto da paciente, como traçar os cuidados direcionados a essa paciente. É visto que amniotomia é uma prática realizada muitas vezes sem o consentimento da mãe, por isso, Smyth, Alldred e Markham (2008) vem nos falar que em mulheres que apresentam trabalho de parto com progressão normal, a amniotomia (rotura artificial das membranas amnióticas) não deve ser realizada de maneira rotineira no cuidado à mulher durante o trabalho de parto, devendo manter a bolsa das águas íntegra até o fim da dilatação (RECIFE, 2008).

Torna-se importante ter o registro de todas as práticas realizadas, mesmo que essa prática não traga benefícios ao processo natural do trabalho de parto, pois o que importa é o respeito ao sentimento da mãe neste momento tornando-o o mais natural possível, e sempre preservando o empoderamento materno nessa evolução. Francolin *et al* (2012) nos falam que a ausência de registros pode implicar na duplicação de

procedimentos executados, na dificuldade de acompanhamento dos cuidados prestados, e até na não execução de determinada atividade, o que pode colocar em risco a própria recuperação do usuário.

Isso nos remete que os números muitas vezes não são respostas para entender relações que somente ações poderão falar e demonstrar seus efeitos, por isso, acredita-se que investindo na capacitação dos trabalhadores na formação dos estudantes e na estrutura dos serviços, se consiga aprimorar a qualidade da assistência às usuárias e, assim, assegurar também uma contínua promoção do desenvolvimento técnico e científico (CARVALHO *et al*, 2012).

Completando Carvalho et al em seu estudo, é que Sodré, Merighi e Bonadio (2012) nos ressaltam que o profissional de saúde deve estar disposto a adotar novas ideias e caminhar junto com o movimento de humanização do cuidado ao parto, consciente de que as mulheres têm o seu acervo de conhecimentos e necessitam ser ouvidas.

Contudo torna-se importante frisar, que ainda muitos são os desafios enfrentados nos setores de saúde considerados fonte de estudo para estudantes em diversas formações, por isso Carvalho *et al* (2012) descrevem que o residente mesmo não concordando com o tipo de assistência prestada continua seguindo de acordo com a orientação de seu preceptor, ocorrendo assim a transmissão do modelo inadequado para os novos trabalhadores.

Uma relevante mudança, de fato, se faz necessária para a formação de profissionais mais críticos e engajados na construção de um SUS mais justo e coerente com os direitos dos pacientes. Nessa perspectiva, são grandes os desafios, principalmente no que se refere à urgente mudança na formação e nas práticas dos profissionais da saúde que deve se iniciar na graduação, em favor de um cuidado qualificado e humanizado (TERTULIANO *et al*, 2014).

No componente proximal (parte I) relacionado ao parto, a variável “realizado fórceps” coletada a partir da fala da mãe, apresentou associação com o parto humanizado. Na tentativa de justificar essa associação, procuramos compreender se o real motivo foi o tamanho adquirido na amostra deste estudo ou condições clínicas desfavoráveis das puérperas.

O profissional que está em contato direto com a parturiente deve ter a sensibilidade de ouvi-la considerando suas necessidades naquele momento, fortalecendo

seu papel de protagonista do seu parto e nascimento do seu bebê. Suguimatsu *et al* (2012) descrevem que em saúde, saber escutar é humanizar o atendimento ao paciente para que esse possa sentir-se seguro e em um local acolhedor, onde possa ser cuidado não apenas como um doente, mas também como pessoa humana.

Ouvindo essa mãe é possível compreender que práticas indesejadas ainda são realizadas na rede SUS, merecendo um rastreamento minucioso das ações ofertadas pela equipe que assiste essa mulher no momento do parto. A realização do fórceps não possui características suficientes que contribuam para a eficiência da humanização do parto, uma vez que este é formado a partir da valorização nas decisões da mãe e no seu direito à informação, reiterando o protagonismo na sua própria história. Devido a estes acontecimentos é que Ferreira, Viana e Mesquita (2014, p.137) apontam a necessidade de dar uma assistência mais acolhedora e mais humanística ao processo parto e nascimento.

Silva *et al* (2013b) em um estudo que buscou conhecer as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado à parturiente adolescente, concluíram que práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, como o uso rotineiro da posição de litotomia para o parto, a infusão de soro com ocitocina e o uso da episiotomia de rotina ainda eram utilizadas.

A associação com a realização do fórceps não nos traz grandes poderes de justificativa, uma vez que essa prática é considerada inadequada para o progresso do parto humanizado.

Nos deparamos neste estudo com muitas variáveis que por seu poder deveriam apresentar associadas ao desfecho parto humanizado, mas que talvez pelo total da amostra essa associação não tenha sido apresentada. Descrevemos a seguir alguns achados importantes encontrados neste estudo.

Entre as variáveis do componente proximal (parte II) relacionada a presença do acompanhante não nos foi apresentada associação ao parto humanizado, porém torna-se importante descrevê-la acreditando que ter o acompanhante traz consigo confiança e tranquilidade para a mulher em trabalho de parto, supondo que tê-lo em ao menos uma das fases desde o trabalho de parto até o pós-parto imediato, proporcionará benefícios que favoreçam o parto humanizado.

Há comprovação científica de que ter acompanhante no parto reduz cesárea, fórceps, depressão pós-parto, problemas com o recém-nascido, sensação de fracasso em

relação ao parto e outros (BRASIL,2014a). Considera que ter ao menos esse apoio em uma das fases desse componente torna-se fundamental para essa mãe fortalecendo-a e encorajando-a no papel de mãe e mulher que é.

Diniz *et al* (2014) vem nos dizer que a presença do acompanhante pode ser considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, e também um indicador da incorporação de vários dos princípios do SUS, como a integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização. Preservando o apoio social e o suporte durante esse momento são fundamentais e necessários (HODNETT *et al*, 2011).

De acordo com a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, é garantido às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005b). Visto que a presença de pessoas fora da equipe hospitalar e escolhidas pela mulher diminui o uso de ocitocina durante o trabalho de parto e a necessidade de analgesia, aumentando as taxas de parto normal colaborando para satisfação da mulher durante o parto e nascimento (HODNETT *et al*, 2011).

Em estudo desenvolvido por Predomini e Bonilha (2011) objetivou conhecer a participação do pai como acompanhante da mulher no trabalho de parto e parto, mostrou que os pais perceberam que sua presença durante o trabalho de parto e parto foi a melhor forma de proporcionar apoio à mulher. O pai inserido no nascimento do bebê, contribui para o desenvolvimento da prática dos direitos no que diz respeito a reprodução de homens e mulheres no nosso país(PETITO *et al*,2015).

Ter ao lado da mulher alguém de sua confiança, gera automaticamente um conforto com liberdade de expressão dessa mãe neste momento, proporcionando o alcance de boas práticas que estão intimamente relacionadas ao parto humanizado, como no caso da amamentação na primeira hora de vida que manteve diminuída quando avaliada separadamente neste estudo.

Torna-se importante a consciência dos gestores de órgão públicos no maior empoderamento de boas práticas como a inserção do acompanhante da puérpera internada e em evolução do parto, visto que a lei existe, porém ainda se encontra fragilizada seu respeito nos setores. Diniz *et al* (2014) concluem que a implementação depende da vontade política das autoridades de saúde e de gestores de serviços públicos

e privados, para mudar a cultura tradicional de descaso com o bem-estar, a segurança e o conforto das mulheres durante o parto.

O apoio fragmentado ou contínuo no trabalho de parto e nascimento é uma intervenção segura e altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais, com altos índices de satisfação materna, custo muito baixo, e é um direito das mulheres brasileiras(DINIZ *et al*, 2014). Ter a presença do acompanhante no trabalho de parto, parto ou pós-parto, acredita-se contribuir positivamente para a humanização do parto e nascimento, uma vez que a presença desse acompanhante fortalece o protagonismo da mulher contribuindo para a realização de boas práticas ao parto e nascimento.

Sabendo que os desejos e necessidades das gestantes são importantes para o sucesso do parto humanizado, se faz necessário discutir as variáveis distribuídas no componente proximal (parte II) quando relacionadas a satisfação da mãe com o bom ou mau atendimento da equipe durante sua passagem no CPH/MEAC.

Quando houve ações de encorajamento, ajuda, apoio, carinho e respeito relatadas pela fala da mãe, considerou-se um bom atendimento. Já quando o profissional não esteve próximo a essa gestante, não a considerando importante para oferecer uma atenção as suas necessidades, entendeu-se como mau atendimento.

Não cabe discutir os números, mas a importância que essas ações possuem para o sucesso de um parto humanizado fortalecendo as práticas de contato pele a pele e aleitamento na primeira hora de vida, cabendo discuti-las mesmo que não tenham nos apresentado associação alguma.

Acredita-se que a assistência ofertada a parturiente em um CPH é um grande ponto de partida para o sucesso da humanização nesta unidade. Profissionais quando dedicados em prestar uma assistência baseada nos princípios do SUS, facilmente contemplam de boas ações que favoreçam o sucesso do paciente.

A emoção do primeiro contato pele a pele com seu filho faz com que a mãe comece a sentir segurança e transmita seu amor por ele, permitindo tocar seu filho, acalantar, amamentar e conversar, facilitando a maternagem (SANTOS *et al*, 2013). E quando esse sentimento de emoção passa a não ser valorizado por profissionais que assistem a mulher no pós-parto imediato, isso gera conflitos para construção do vínculo afetivo mãe e filho, por isso, os profissionais devem encorajar e apoiar o contato pele a pele.

As atitudes dos profissionais envolvidos neste parto são fundamentais, e devem respeitar o tempo, limites, desejos, anseios e expectativas de cada mulher, durante todo o acompanhamento do trabalho de parto e parto. Mulheres ainda encontram-se descontentes com o apoio recebido por profissionais, é o que Santos *et al* (2014b) vem nos falar, pois neste momento as mães precisam se sentir confiantes com um suporte ativo, inclusive com apoio emocional, no entanto o suporte oferecido costuma ser mais passivo.

Uma cartilha desenvolvida pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), descreve que chamá-la pelo nome, explicar o que está acontecendo em cada momento e deixá-la orientada quanto for possível, passando segurança na assistência prestada, são mudanças de comportamento que devem ser incorporadas pelo profissional que está assistindo a parturiente em seu trabalho de parto, parto e pós-parto. O emponderamento da equipe que assiste essa mulher deve ser fortalecido para adoção das práticas que favorecem ao parto humanizado, levando sempre em consideração a puérpera como um ser dotado de sentimentos.

Em 2011 o Ministério da Saúde lançou um manual abordando práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Este ressalta que enquanto a atenção é hoje dividida a respeito da sobrevivência dos dois “componentes” do binômio mãe-bebê durante o parto e o puerpério imediato, uma oportunidade crucial para implementar práticas simples, capazes de afetar, no longo prazo, a nutrição e a saúde da mãe e do recém-nascido, pode estar sendo ignorada (BRASIL, 2011e). Com isso, a adoção de práticas que favoreçam a saúde materna e neonatal fortalecendo sempre esse binômio, são necessárias para que ações benéficas na primeira hora pós o parto não estejam mais sendo lesionadas.

Requer nesse ambiente que os profissionais que nele atuam, realizem suas práticas baseadas na humanização de forma holística respeitando o paciente como um todo, passando a compreender melhor o momento pelo qual a puérpera vivencia.

No pós-parto imediato, a variável clampeamento do cordão umbilical retirada a partir do preenchimento do prontuário do recém-nascido, nos levou a questionamentos, visto que esta variável intimamente relacionada a humanização do parto e que por questões se viu a necessidade de ser retirada da criação do desfecho, nos apresentou uma associação insatisfatória com a humanização do parto.

De acordo com World Health Organization (WHO), o clampeamento precoce do cordão (<1 minuto após o nascimento) deve ser realizado somente quando o recém-nascido precisa ser removido imediatamente para reanimação, devendo o tardio (1 a 3 minutos) ser realizado em todos os nascimentos (WHO, 2012).

O insuficiente volume sanguíneo circulante provocado pelo clampeamento imediato do cordão umbilical pode ter efeitos negativos imediatos, que são mais evidentes nos prematuros e nos recém-nascidos de baixo peso devido ao seu menor volume sanguíneo inicial e à sua adaptação cardiorrespiratória mais lenta (BRASIL, 2011a).

O Ministério da Saúde em sua competência de órgão superior da saúde dentro do Brasil, viu a necessidade em publicar em 2014 um documento oficial com o propósito de instituir diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde. Essa Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014 recomenda proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV/ HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato (BRASIL, 2014b).

Depois de as pulsações do cordão terem cessado procede-se o clampeamento e o corte de acordo com técnicas, podendo o RN ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2014a)

As evidências encontradas a partir de documentos oficiais de órgãos superiores, nos remete a compreensão dos benefícios que o clampeamento tardio traz consigo para a saúde do recém-nascido, bem como seu efeito se realizado precocemente. Pensando nisso, é possível subentender que o cordão umbilical trata-se do elo mais íntimo da mãe com seu bebê durante toda a gestação, onde através do seu clampeamento esse elo é quebrado passando o contato pele a pele ser o vínculo principal desse binômio.

Fundamental passa a ser a conscientização do profissional que atende essa mãe durante seu pós-parto imediato, respeitando todas as características que fazem desse momento a construção da humanização. O clampeamento do cordão em tempo adequado, o contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, são ações que preconizadas pelo ministério da saúde formam a tríade da assistência humanizada do parto, merecendo acreditação profissional para sua realização (BRASIL, 2014a).

O movimento de humanização da assistência ao parto busca resgatar o caráter natural e fisiológico do nascimento, o que, em termos institucionais, envolve a mudança de uma série de eventos que foram inseridos quando o parto passou a ser atendido dentro do hospital (WEI *et al*, 2012).

Na variável “desejava essa gravidez” ainda no componente proximal (parte II), embora não tenha significativa estatística, a prevalência de parto humanizado foi maior em que não desejava a gravidez contra quem desejava a gravidez, o que é contraditório. Remete discuti-la acreditando que quando a gravidez é planejada um fator predisponente ao parto humanizado é possível, porém, não ter sido desejada no início ainda não se sabe o potencial dessa relação, visto que durante a gestação o sentimento da mãe poderá ser transformado.

Planejar ter um filho vai desde o desejo de engravidar até a realização de ser mãe. Neste processo, a mãe sonha em poder tocar seu bebê, em dar de mamar, acariciar, colocar para dormir, dar banho, acalmar seu choro, ou seja, estar presente em todos os momentos da vida de seu filho (SANTOS *et al*, 2013). Acredita que quando se planeja uma gestação, a mãe está mais propícia a desenvolver seus desejos e suas vontades para realização do parto, onde com a ajuda do profissional que a atende durante o pré-natal, o parto humanizado passa a ser apresentado como uma opção.

Quando a gestação acontece sem o desejo dos pais, diversos sentimento são construídos no psicológico da mãe e do pai, e por isso, se faz necessário enfatizar o planejamento familiar para que ações de saúde possam ser construídas para evolução saudável do bebê e de sua mãe que o gesta (SILVA *et al*, 2013a). Contudo, subentende-se que ter uma gestação indesejada causa muitos conflitos na vida de uma mulher, e um deles é o saber criar e cuidar.

A assistência ao planejamento familiar no país é oferecida predominantemente pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), com implantação iniciada em 1994 (SILVA *et al*, 2011). Desta forma, ter uma gravidez planejada e consequentemente desejada assegura um aumento da cumplicidade entre o casal, gerando momentos extremamente agradáveis e experiência positiva que ajudará no desenvolvimento da família (DANTAS, CARVALHO e SILVA, 2013).

Contudo, é possível identificar a importância de ter um planejamento familiar entre os casais para que sejam realizadas ações que favoreçam posteriormente a construção de práticas que concretizem o parto humanizado. Humanizar assistência é reunir

competência técnica e científica aos preceitos éticos, respeitando as individualidades do ser humano (SILVA *et al*, 2013b).

De acordo com a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, o Ministério da saúde assegura que toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Por isso, destaca a necessidade da mudança do modelo hegemônico do parto e do nascimento implicando diferentes alterações nos modelos de atenção e de gestão na saúde para uma valorização das necessidades e desejos das mulheres e suas famílias (BRASIL, 2009a; BRASIL,2014).

Não se pode deixar esquecer que também há a necessidade de compreender os aspectos psicológicos que permeiam o período gravídico puerperal na vida de uma mulher, pois é visto que muitas gestações são geradas sem o desejo da mulher e seu companheiro podendo contribuir para a desumanização do parto e nascimento, tendo em vista os esforços no Brasil relacionados a humanização do parto.

6.1 Limitações do estudo

Enfatizamos que algumas realidades foram encontradas ao longo dos resultados do estudo, levando-nos a acreditar que vários fatores podem ter contribuído para a limitação dos resultados antes não esperados.

Essa limitação também pode estar relacionada ao viés de memória nas respostas maternas ou de algum acompanhante no momento da aplicação do questionário, ressaltando que quando abordada essa mãe durante o puerpério, ao fazer as perguntas do questionário, por diversas vezes o próprio acompanhante ajudava nas respostas, onde nesses casos a frequência era quando a puérpera era adolescente ou tinha alguma dificuldade em responder as perguntas, podendo ser um fator contribuinte para limitação das respostas em algumas variáveis.

É fundamental esclarecer que também pode ter ocorrido um viés nesta amostra pelo valor de n apresentado, visto que, este se mostrou menos favorável ao parto humanizado do que o esperado pela pesquisadora, já que se tratava da avaliação da assistência em uma unidade onde os cuidados prestados às parturientes deveriam favorecer ao parto humanizado.

É possível que o tamanho da amostra estudada, possa realmente ter contribuído para a insuficiência no estabelecimento de relações entre as variáveis no modelo bivariado para o desfecho Parto Humanizado, limitando assim a análise e o poder estatístico do estudo.

A importância em frisar que a maior dificuldade encontrada e que pode ter contribuído também para dificuldade nos resultados, foi a ausência do registro no prontuário de informações relevantes às características da puérpera, ao trabalho de parto, a evolução do parto e do recém-nascido. Essa limitação, reflete que os profissionais ainda permanecem desatentos e resistentes a realização dessa prática importante e fundamental para o fornecimento de informações necessárias acerca da puérpera e seu recém-nascido.

Muitas variáveis descritas neste estudo somente eram possíveis de serem coletadas pela busca ativa aos prontuários das puérperas e de seus neonatos, e com a ausência de informações importantes para o nosso estudo, supomos que essa realmente

tenha contribuído para que nossos achados venham a ser negativos ao desfecho do estudo.

Como tratamos neste estudo do parto humanizado, algumas ações que não condiziam para essa prática apresentaram suas associações, e com isso trouxe indagações que nos remeteram a busca da literatura para compreender melhor.

Muitas vezes os números não são considerados respostas significativas para todos os questionamentos encontrados ao longo dos acontecimentos, sendo preciso vivenciar as realidades para compreender as consequências de ações onde o ser humano torna-se o causador principal.

Para o nosso estudo utilizamos duas ações para a classificação do parto humanizado, onde a amamentação na primeira hora de vida sendo uma delas, se manteve fragilizada. E a maternidade onde foi realizado este estudo, faz parte do grupo de hospitais amigos da criança inserido no programa IHAC, por isso, dados relacionados ao tocante amamentação na primeira hora de vida, deveriam nos mostrar melhores resultados quanto a realização dessa prática, trazendo consigo benefícios à humanização do parto e nascimento.

Analizar os fatores relacionados diretamente a assistência dessa equipe para com a mãe em um momento delicado como o trabalho de parto, foi para o estudo uma grande relevância, sendo possível nos mostrar que não só características da equipe são fundamentais para a realização dessa prática, mas que os desejos e sentimentos da mãe são eficazes para o sucesso do parto humanizado.

6.2 Implicações do estudo

Este estudo realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, trouxe consigo contribuições refletidas em seus resultados, mesmo que esses não tenham se apresentado conforme esperava.

Para o serviço avaliado a partir da fala das mulheres assistidas e a busca ativa de seus prontuários, deixa-se através desse estudo a realidade encontrada no setor de escolha para esta pesquisa. Visto que, muitas práticas desnecessárias ainda estão acontecendo e merecem uma reformulação de ações desenvolvidas neste setor.

Foi importante o nosso estudo para esta unidade, fornecendo dados que contribuirão para a atenção dos gestores, coordenadores e profissionais de ambas as categorias que exercem alguma função dentro deste setor, mostrando a necessidade de aprimoramento da assistência ofertada ali.

O serviço desta unidade avaliado por instrumentos criados pela pesquisadora tornou-se nosso principal objetivo nesta pesquisa, onde ao final foi possível contemplá-lo e compreender através do fortalecimento da literatura os achados não esperados.

Pesquisar assuntos como o parto humanizado, reveste-se de uma relevância no mundo da pesquisa e no contexto da Saúde Pública, pois diversas portarias, resoluções e manuais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde fortalecem a assistência à mulher no período gravídico puerperal dando suporte a importância da aderência do parto humanizado em nossas maternidades.

Essa modalidade de parto, mesmo antiga, é vista como uma nova opção para as mulheres. Contudo, o nosso estudo pode implicar positivamente para a pesquisa atual, bem como para o fortalecimento dos serviços de saúde, atentando os olhares dos profissionais a novas realidades em seu setor de trabalho, mostrando que muito se deve ser feito ainda para reformulação dos serviços de assistência à mulher desde o pré-natal.

Ter pesquisas relacionadas ao parto humanizado ainda é uma necessidade para o campo de estudo e para os serviços de assistência direcionada a mulher no período gestacional, pois acredita que permanecendo pesquisas acerca deste assunto a acreditação de suas ações serão mais bem-aceitas, facilitando a adesão delas nos CPH.

Quando tratamos da humanização do parto dentro das maternidades, estamos nos relacionando diretamente à Saúde Pública do nosso país. Por isso, não poderia

deixar de mencionar essa relação direta que traz consigo importante contribuição para a atualização do sistema público, bem como, a explanação da realidade das maternidades do nosso país.

Por tanto, esta pesquisa trouxe com seus resultados além dos achados inesperados, muitas relevâncias para estudos acerca da humanização, podendo fornecer ao leitor uma explanação da realização das práticas, bem como a necessidade em tratar essa gestante como um ser provido de desejos e necessidades, onde deve-se torná-la a protagonista de sua história.

7. CONCLUSÃO

Este estudo do tipo transversal, realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), revelou muitos aspectos relacionados a assistência baseada de humanismo ou não no Centro de Parto Humanizado (CPH).

A realização da prática do aleitamento materno na primeira hora de vida que contribuiu na criação do escore para o desfecho deste estudo, esteve inferior quando comparado ao contato pele a pele fortalecendo a não adesão de práticas condizentes ao parto humanizado. Nos remetendo que essa prática deve ser mais estimulada no pós-parto imediato e explicada as puérperas a importância dela para o fortalecimento do vínculo do binômio e para saúde do bebê..

A prática do contato pele a pele está sendo estimulada e respeitada pelos profissionais que atendem a mulher no CPH/MEAC, contribuindo para a criação do vínculo do binômio mãe-filho.

Tendo uma dimensão das duas práticas utilizadas para o desfecho Parto Humanizado deste estudo, concluímos que quando realizadas em paralelo o sucesso de uma favorece o da outra, por isso a importância em encorajar, ajudar e apoiar na aplicação delas no pós-parto imediato.

O Parto Humanizado, diante da criação do escore, manteve-se inferior a 50%, desencadeando na pesquisadora o desejo de novas pesquisas em busca da compreensão da realização de práticas desnecessárias neste mesmo Centro de Parto Humanizado

Nosso foco principal deste estudo foi a atenção humanizada a parturiente no trabalho de parto e parto, bem como ao neonato. E com essa perspectiva, acreditando-se na relevância de possibilitar uma assistência mais humanizada à mulher no processo de parturição, é que finalizamos este estudo mostrando que ainda muito se deve ser feito para conscientização do profissional que atua diretamente em centros de partos como o do estudo.

Os achados deste estudo, traz na pesquisadora o desejo de novas pesquisas em busca da compreensão da realização de práticas desnecessárias neste mesmo Centro de Parto Humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABI-ABIB, R. C. et al. Diabetes na gestação. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 3, p. 40-47. 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/revistahupe/article/view/12136>>. Acesso em: 18 mai. 2015.
- ANDREUCCI, C. B. CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 27, n. 6, p.1053-1064, jun, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000600003&script=sci_arttext>. Acesso em 24 set. 2014.
- AQUINO, P. S; XIMENES, L. B; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**. vol. 1, n.1, p.18-22. 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4>>. Acesso em 24 de setembro de 2014.
- AQUINO, E. M. L. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Salvador: EDUFBA/ Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 275 p. **Cad. Saúde Pública**. (Resenha-Book Reviews) Rio de Janeiro. v.22, n.1, jan, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100027&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em 31 de maio de 2015.
- BARROS, S. R. A. F. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. **Rev. dor [online]**. São Paulo. vol.14, n.2, pp. 88-93.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000200003&lng=en&nrm=iso&tlang=en>. Acesso em 10 de maio de 2015
- BARROS, L. A., VERÍSSIMO, R. C. S. S. Uso do partograma em Maternidades Escola de Alagoas. **Rev Rene**, Fortaleza, vol. 12, n. 3, p. 555-60. jul-set. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/264>>. Acesso em 21 de maio de 2015.
- BORGES, A. A. et al. Infecção urinária em gestantes atendidas em um laboratório clínico de Goiânia-GO entre 2012 e 2013. **Estudos**, Goiânia, v. 41, n. 3, p. 637-648, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewArticle/3613>>. Acesso em 10 de maio de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno HuamanizaSUS**: Humanização do parto e do nascimento. Brasília-DF, vol.4. 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em 27 de maio de 2015.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria Nº 371/GM em 7 de maio de 2014.**Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF. 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em 15 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais sobre saúde da mulher.** Criado em 05 set. 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher>>. Acesso em 28 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 904 de 29 de maio de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 29 abr. 2013b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html>. Acesso em 21 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar.** Brasília-DF, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12.** Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 12 de abr de 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 429/12.** Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html>. Acesso em: 07 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto normal: mais segurança para a mãe e o bebê. **Cirurgia cesariana pode trazer mais complicações e uma pior recuperação pós-parto.** Brasília- DF. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=20911>. Acesso em: 05 jul.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência:** práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília- DF, 2011b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011c. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília-DF. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 30 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. Brasília-DF, vol 1. 2011d. Disponível em:<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento:** normatécnica. 2. ed. Brasília- DF, 2011e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série direitos Sexuais e direitos reprodutivos – Caderno nº 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.820 em 13 de agosto de 2009. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 13 ago. 2009a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em 20 de mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 985/GM em 05 de agosto de 1999. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 06 ago. 2009b. Disponível em

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_985.pdf>. Acesso em 21 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília-DF, 2005a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em 27 de maio de 2014.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005b. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização:** a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em 22 maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada à mulher. Brasília - DF, 2001. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em 24 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria Nº 569/GM em 1º de junho de 2000. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília. 8 de junho de 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em 21 jul. 2013.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J Pediatr (Rio J)**. vol.89, p.131–6. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000200005&script=sci_arttext>. Acesso em 13 de maio de 2015.

BUSANELLO, J. **As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

CARDOZO, L. S. M.; MENDES, L. L.; MELÉNDEZ, G. V. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Min Enferm.** vol. 17, n. 1, p. 85-92. jan-mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/581>>. Acesso em 13 de maio de 2015.

CARVALHO, V. F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev Esc Enferm USP**. vol. 46, n. 1, p. 30-7. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a04>>. Acesso em 22 de maio de 2015.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Fórum discute Rede Cegonha das regiões de Canindé e Tauá.** Fortaleza- CE, 10 jul. 2013. Disponível em <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45954-forum-discute-rede-cegonha-das-regioes-de-caninde-e-taua>>. Acesso em 21 jul. 2013.

COCO, A. et al. A Randomized Trial of Increased Intravenous Hydration in Labor When Oral Fluid Is Unrestricted. **Family Medicine**, vol. 42, n.1, p.52-6.2010. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Michael_Horst/publication/40900897_A_randomized_trial_of_increased_intravenous_hydration_in_labor_when_oral_fluid_is_unrestricted/links/0deec51d43c80a3b30000000.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parto Natural**. São Paulo-SP. Mar. 2010. Disponível em: <http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf>. Acesso em 08 abr. 2016.

CONTADRIOPoulos, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, núm. 3, p. 705-711, julho-setembro, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011317>> Acesso em 12 jan.2014.

DANTAS, A. L. B; CARVALHO, J. G; SILVA, M. M. H. Planejamento familiar: percepção de mulheres que desejam ter filhos. **R. Interd.** v.6, n.4, p.51-59, out-dez. 2013. Disponível em:<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/207/pdf_67>. Acesso em 24 de maio de 2015.

DECLERCQ, E. É a intervenção médica no parto inevitável no Brasil? In: Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto. Inquérito Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0039.pdf>> . Acesso em 24 set. 2014.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**. vol.10 no.3 Rio de Janeiro jul-set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300018>. Acesso em 24.set.2014.

DIAS, M. A. B. Incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.30, suppl.1, p. S169-S181. 2014. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0169.pdf>>.Acesso em 16 de maio de 2015.

DINIZ, C. S. G, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. vol.30, suppl.1, p. S140-S153. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300020&script=sci_arttext>. Acesso em 24 set. 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 3, p. 627-637, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasil. julho-setembro. 2005. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em 15 jul. 2013.

DODT, R. C. M. et al. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 3, p.345-51, jul-set. 2010. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a02.pdf>>. Acesso 16 de maio de 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S101-S116, 2014. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewArticle/9858>>. Acesso em 9 de maio de 2015.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Acesso e utilizacao de servicos de pre-natal na rede SUS do municipio do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev Bras Epidemiol.** Rio de Janeiro.vol.16, n. 4, p. 953-965. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v16n4/pt_1415-790X-rbepid-16-04-00953.pdf> . Acesso em 25 set.2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**. vol 28,

n.3, p.425-37.2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n3/03.pdf>>. Acesso em 25 set.2014.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30 Sup:S154-S168, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2015.

ELERT, V. W.; MACHADO, A. K. F.; PASTORE, C. A. Anemia gestacional: prevalência e aspectos nutricionais relacionados em parturientes de um hospital público do sul do Brasil **alim. Nutr. = Braz. J. Food Nutr.**, Araraquara, v. 24, n.3, p. 353-359, jul-set. 2013.

Disponível em: <<http://200.145.71.150/seer/index.php/alimentos/article/view/359/2331>>. Acesso em 18 de maio de 2015.

FERREIRA, K. M.; VIANA, L. V. M.; MESQUITA, M. A. S. B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago-dez. 2014. Disponível em:

<<http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/245>>. Acesso em 22 de maio de 2015.

FERREIRA, A. G. N. et al. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev enferm UFPE**. [online], Recife, vol. 7, n. 5, p.1398-405, maio., 2013. Disponível em:

<http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/5642/1/2013_art_agnferreira2.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2015.

FERREIRA, J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**. vol.14, n.3, p.111-118, set-dez 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/07.pdf>>. Acesso em 25 set.2014.

FRANÇOLIN, L. et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 1, p. 79-83, jan-mar, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a14.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

FREITAS, G. L. et al. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [online]. vol. 11, n. 2, p. 424-8. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em 29 ago. 2014.

GABRIELLONI, M. C. Análise da hemorragia no parto vaginal pelos índices de eritrócitos e hematócrito. Acta Paul Enferm. vol. 27, n. 2, p. 186-93. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n2/0103-2100-ape-27-02-0186.pdf>>. Acesso em 22 de maio de 2015.

GALVÃO,M. C. B.; DAVIM, R. N. B. Profile of puerperal women hospitalized in a hospital/ Perfil de puérperas internadas em um hospital/ Perfil de mujeres puérperas internadas en un hospital. **Rev enferm UFPE** on line. 2011 set.;5(7), p.1591-595. 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/1548>>. Acesso em 18 de maio de 2015.

GESTANTES MIGRAM DO INTERIOR PARA MACEIÓ. Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Alagoas, 2016. Disponível em:

<<http://www.santacasademaceio.com.br/2016/02/gestantes-migram-interior-para-maceio>>.

GOMES, A. R. M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. São Paulo: **Revista Recien**. vol. 4, n.11, p.23-27. 2014. Disponível em:

<<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/73/137>>. Acesso dia 17 de maio de 2015.

GOMES, M. L; MOURA, M. A. V. Modelo humanizado de atenção ao parto no brasil: evidências na produção científica. **Rev. enferm.** Rio de Janeiro. vol. 20, n. 2, p. 248-253. abr-jun; 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n2/v20n2a18.pdf>>. Acesso em 15 mai. 2014.

GORDINHO, C. C. F. **Consumo de Álcool e Atitudes sobre a Gravidez e a Maternidade num grupo de Grávidas Utentes da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.** 2013. 61f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Educação e Psicologia, Curso de Mestrado em Psicologia, Lisboa-Portugal, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15566>> Acesso em 9 de maio de 2015.

GOUVEA, P. et al. Avaliação do consumo de álcool entre gestantes cadastradas no sisprénatal em Londrina/PR. **Cogitare Enferm.** vol.15, n.4, p. 624-630. out-dez. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/20357/13518>>. Acesso em 25 set.2014.

HACKENHAAR, A. A. ALBERNAZ, E. P. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.** Rio Grande do Sul. Vol. 35; n. 5; p.199-204. 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=679400&indexSearch=ID>>. Acesso em 10 de maio de 2015.

HODNETT, E. D.; GATES, S.; HOFMEYR, G. J.; SAKALA, C.; WESTON, J. Continuous support for women during childbirth (Review). **Cochrane Database Syst. Rev.**, n. 2, 2011.

HOFFMANN, I. C. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2008. Disponível em:<http://coral.ufsm.br/ppgenf/dissertacoes2008/Izabel_Cristina_Hoffmann.pdf>. Acesso em 24 set. 2014.

LEMESHOW, S.; LWANGA, S. K. Sample size determination in health studies: a practical manual. Wold Health Organization. Geneva, 1991.

LIMA, E. N. de. ; PASQUINI, V. Z. Assistência humanizada ao parto: reflexões sobre a atuação da enfermagem obstétrica. **Rev Enferm UNISA.**, São Paulo, v. 7. p. 5-8, 2006. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-04.pdf>>Acesso em 20 jul. 2013.

LIMA,L. C. Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos?. **R. bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 211-226, jan./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/12.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2015.

LOPES, S. S. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: avaliação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno/ Baby-Friendly Hospital Initiative: evaluation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. **Rev Paul Pediatr.** vol.31, n. 4, p.488-93. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n4/pt_0103-0582-rpp-31-04-00488.pdf>. Acesso em 13 de maio de 2015.

MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis. vol. 21, n.2, p. 329-337, abr-jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-07072012000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 29 jan. 2014.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9 (1): 59-67, jan. / mar., 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n1/v9n1a07.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2014.

MARTINELLI, K. G. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev Bras Ginecol Obstet.** vol. 36, n. 2, p. 56-64. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>>. Acesso em 25 set. 2014.

MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev Bras Ginecol Obstet.** São Luís- MA. Vol. 33, n. 11, p. 354-60. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100006>. Acesso em 12 de maio de 2015.

MARTINS, M. C. F. N; BERSUSA, A. A. S; SIQUEIRA, S. R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. **Rev Saúde Pública**. vol. 44, n. 5, p. 942-949.2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n5/1342.pdf>>. Acesso em: 25 set.2014.

MARQUE, F. C.; DIAS, L. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery**, v. 10, n. 3, p. 439-447, dez. 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12.pdf>> . Acesso em 04 jul. 2013.

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba,, 13(1), p. 13-23. jan.-jun. 2009. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewArticle/9858>> Acesso em 9 de maio de 2015.

MEDEIROS, P. F; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Rev Estudos Feministas**. vol.17, n. 1, p. 31-48. jan-abr. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38114360003>>. Acesso em 24 set.2014.

MODES, P. S. S. A; GAÍVA, M. A. M, PATRÍCIO, L. F. O. Birth and newborn care: a path to humanization? Qualitative research. **Online Braz J Nurs.** v. 9, n 1. 2010. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2715/html_78>. Acesso em 24 mai. 2014.

MORI, M. E, COELHO, V. L. D, ESTRELLA, R. C. N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol. 22, n. 9, p. 1825-1833. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900013> Acesso em 29 ago. 2014.

MOUTA, R. F. S; PROGIANTI, J. M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, vol 18, n. 4, p. 731-40, out-dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>>. Acesso em 02 de junho de 2015.

MOURA, F. M. de J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, ago 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>>. Acesso em 04 jul. 2013.

MUSSKOPF, G. M.; LIMA, V. R.; LANG, C. S. Acolhimento como prática de humanização na saúde. In: I MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA CURSO DE PSICOLOGIA DA FSG, vol 1, n.1, 2014. **Anais...** Caxias do sul- RS. Faculdade da Serra Gaúcha. 2014. p.511-

515. Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/ampsic/article/viewFile/1433/pdf>>. Acesso em 01 de junho de 2015.

NAGAHAMA, E. E. I. SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, vol. 11, n. 4, p. 415-425. out.- dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400008>. Acesso em 15 mai. 2014.

NA PB, grávidas migram para ter filhos em João Pessoa e Campina Grande. **Globo.com**. Paraíba, 05 mai. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2014/05/na-pb-gravidas-migram-para-ter-filhos-em-jao-pessoa-e-campina-grande.html>>.

NASCIMENTO, N. M et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção das mulheres. **Esc Anna Nery**. v. 14, n. 3, p.456-461, jul-set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a04.pdf>>. Acesso em 21 set. 2014.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59,out. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2013.

ODDY, W.H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. **J Pediatr (Rio J)**. vol.89, p.109–11. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572013000200001&script=sci_arttext&tlang=es>. Acesso em 13 de maio de 2015.

OPALEYE, E. S. et al. Avaliação de riscos teratogênicos em gestações expostas ao misoprostol/ Evaluation of the teratogenic risks in gestations exposed to misoprostol. **Rev Bras Ginecol Obstet**. vol. 32, n. 1, p. 19-25. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n1/v32n1a04>>.Acesso em 9 de maio de 2015.

OLIVEIRA, F. A. M. **Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em município do sul do Brasil**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2015. Disponível em <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/37962/R%20-%20D%20-%20FABIO%20ANDRE%20MIRANDA%20DE%20OLIVEIRA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em 31 de maio de 2015.

OLIVEIRA, T. G. et al. Apgar score and neonatal mortality in a hospital located in the southern area of São Paulo City, Brazil. **Einstein**. vol.10, n.1, p. 22-8. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082012000100006&script=sci_arttext&tlang=pt>. Acesso em 25 de maio de 2015.

OLIVEIRA, B. R. G; COLLET, N; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. vol. 14, n. 2, p. 277-284. mar-abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em 28 ago. 2014.

PARDO, I. M. C. G., et al. Comparação entre a frequência de positividade do questionário T-ACE entre mães de recém-nascidos termo e prematuros. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**,v.15,n.4,p.105-108,2013..Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/10436>> Acesso em 9 de maio de 2015.

PASCHE, D. F; PASSOS, E; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 16, n.11, p. 4541-4548, 2011. Disponivel em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>. Acesso em 25 set.2014.

- PAZ, A. P. B; SALVARO, G. I. J. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)**. número monográfico, p. 121-133, out, 2011. Disponível em: <<http://www.revistareid.net/monografico/n1/REIDM1art8.pdf>>. Acesso em 25 set.2014.
- PETITO, A. D.C et al. A importância da participação do pai no ciclo gravídico puerperal: uma revisão bibliográfica. **REFACER - Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres**. Goiânia-GO. vol.1, n.4. 2015. Disponível em:<<http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/70>> Acesso em 9 de maio de 2015.
- PINTO, J. M. S. et al. A humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva na visão dos usuários. **Rev Bras Promoção da Saúde**. vol 21, n.2, p. 121-127, 2008. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/670/2215>. Acesso em 25 set. 2014.
- PIRES, D. et al. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 1º, n. 2, p. 191-197, abr - jun. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n2/a06v10n2.pdf>>. Acesso em 20 jun. 2013.
- PREDOMINI, F. R. I.; BONILHA, A. L. L. A participação do pai como acompanhante da mulher. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, vol.20, no.3, jul- set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000300004&script=sci_arttext> Acesso em 24 de maio de 2015.
- PROGIANTI, J. M; VARGENS, O. M. da C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery**. v. 8, n. 2, p. 194-197, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.eean.ufri.br/revistaenf/2004vol08/2004vol08n02AGOSTO.pdf>>. Acesso em 07 jul. 2013.
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery**. vol.13, n.2, p.297-304. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>>. Acesso em 12 de maio de 2015.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Comunicação Saúde Educação**. Brasília-DF. vol.13, supl.1, p.759-68, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a27v13s1>>. Acesso em 20 set. 2014.
- RECIFE. Secretaria de Saúde de Recife. **Atenção humanizada à mulher no ciclo gravídico puerperal**: pauta de obstetrícia. Recife-PB, 2008. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/noticias/arquivos/1144.pdf>>. Acesso em 27 de maio de 2015.
- RIESCO, M. L. G. Nascer no Brasil "em tempo": uma questão de hierarquia das intervenções no parto?. Inquérito nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.30, supl.1, pp. S35-S36. 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0035.pdf>>. Acesso em 21 set. 2014.
- RIESCO, M. L. G. et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43 (Esp 2), p. 1297-1302, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a26v43s2.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2013.
- RIOS, I. C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Rev. Bras. de Educação Médica**. vol. 33, n. 2, p. 253 – 261, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022009000200013&script=sci_abstract&tlang=pt>. Acesso em 22 ago. 2014.

SANTOS, L. M. et al. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. **Rev Bras Enferm.** vol.67; n.2; p. 202-7.mar-abr. 2014a. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=710130&indexSearch=ID>>. Acesso em 11 de maio de 2015.

SANTOS, A. D. O. et al. Promovendo o aleitamento materno no alojamento conjunto: um relato de experiência. **Rev enferm UFPE.** [online]. Recife, vol. 8, n. 7, p. 2160-4, jul, 2014b. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5291/9662>>. Acesso em 22 mai. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Maternal Perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **R. pesq.: cuid. fundam. online.** jan./mar. 5(1):3504-14. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1994/pdf_710>. Acesso em 24 de maio de 2015.

SANTOS, T. M. M. G. et al. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 171-179, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/408/pdf>>. Acesso em 31 de maio de 2015.

SANTOS, L. M., PASQUINI, V. Z. A importância do Índice de Apgar. **Rev Enferm.** São Paulo, v.10 n.1, p. 39-43. 2009. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-08.pdf>>. 06 de abr de 2016.

SAKAMOTO, J.; SILVA, M. R.; GALLIAN, D. M. C. A cultura estética e a educação do gosto como caminho de formação e humanização na área da saúde. **Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 15-28, jan.-abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n1/02.pdf>>. Acesso em 24 set.2014.

SCHNECK, C. A. et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v. 46, n. 1, p.77-86, set. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3297.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2013.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais,** v. 85, p. 65-82, jun. 2009. Disponível em <<http://rccs.revues.org/343>>. Acesso em 15 jun. 2013.

SILVA, F. M. B. et al. Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. **Rev Esc Enferm USP.** vol..47, n. 5, p.1031-8. 2013a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1031.pdf> Acesso em 16 de maio de 2015.

SILVA, R. C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto & Contexto Enferm,** Florianópolis. Vol. 22, n. 3, p. 629-36. jul-set. 2013b. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a08.pdf>>. Acesso em 22 de maio de 2015.

SILVA, R. M. et al. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol.16, n. 5, p. 2415-2424. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a10v16n5.pdf>> Acesso em 25 de maio de 2015.

SILVANI, C. M. B. **Parto Humanizado- uma revisão bibliográfica.** 2010. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do rio Grande do Sul, Porto alegre. 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28095/000767445.pdf?...>>. Acesso em 15 mai. 2014.

SILVESTRIN, S. et al. Maternal education level and low birth weight: a meta-analysis. **J Pediatr (Rio J)**. vol.89, p.339-45. 2013. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225553613000803>>. Acesso em 13 de maio de 2015.

SILVIA, P. P., et al. A percepção das mães sobre o apoio paterno: influência na duração do aleitamento materno. **Rev Paul Pediatr**. Pelotas-RS. vol. 30, n.3, p.306-13, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000300002>. Acesso em 09 de maio de 2015.

SMYTH R. M. D; ALLDRED S. K; MARKHAM, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour(Review). **Cochrane Database Syst. Rev.** n. 3, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/pdf/standard>>. Acesso em 21 de maio de 2015.

SOARES, F. M. et al. Early contact: mother-and-infant bond in the first hour of life. **Rev Enferm UFPI**. vol. 3, n. 3, p. 94-9, jul-set. 2014. Disponível em:<<http://www.revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1677/pdf>>. Acesso em 24 de maio de 2015.

SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc Cuid Saude** vol. 11, p. 115-120. 2012. Disponível em:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17062>>. Acesso em 22 de maio de 2015.

SOUZA, T. G; GAÍVA, M. A. M; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS). vol. 32, n. 3.p. 479-486. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007>. Acesso em 30 jan. 2014.

SUGUIMATSU, L. C. F. et al A arte de ouvir o paciente. **Rev. Med.Res.**, Curitiba, v.14, n.4, p.256-259, out./dez. 2012. Disponível em:<<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/320/310>>. Acesso em 10 de março. 2016.

TANAKA, O, Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02>>. Acesso em 31 de maio de 2015.

TERTULIANO, M. L. P. et al. A percepção do parto: vivência de estudantes inseridos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. **Rev Med Minas Gerais**. vol. 24, Supl. 1, p. S13-S19.2014. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=718730&indexSearch=ID>>. Acesso em 21 de maio de 2015.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança : revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado** : módulo 1 : histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 78 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

VELHO, M. B. et al. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev Bras Enferm**. Vol. 67, n. 2, p.282-9, mar-abr.2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200282>. Acesso em 9 de maio de 2015.

VETTORE, M. V. et al. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. **Rev Bras Epidemiol.** Rio de Janeiro. vol.16; n.2; p.338-51. 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=687390&indexSearch=ID>>. Acesso em 10 de maio de 2015

VIAU, A. C. First- and fifth-minute Apgar scores of 0–3 and infant mortality: a population-based study in São Paulo State of Brazil. **Journal of Perinatal Medicine**. ISSN (Online) 1619-3997, ISSN (Print) 0300-5577, DOI: [10.1515/jpm-2014-0100](https://doi.org/10.1515/jpm-2014-0100), September 2014 . Disponível em: <<http://www.degruyter.com/view/j/jpme.ahead-of-print/jpm-2014-0100/jpm-2014-0100.xml;jsessionid=B004EED8F91F89B74764A144DCABB7EE>>. Acesso em 25 de maio de 2015.

VIELLAS, E. F. Assistência pré-natal no Brasil. Inquérito Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30; Sup:S85-S100, 2014. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2015.

WEI, C.Y. et al. A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. vol.36, n.3, p.468-474. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/percepcao_puerperas_oriundas_ateacao_primaria.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2015.

WEI, C. Y.; GUALDA, D. M. R.; SANTOS JUNIOR, H. P. O. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéricas. **Texto& Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 717-25. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/10.pdf>>. Acesso em 16 de maio de 2015.

WHO. **WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage**. Geneva, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf>. Acesso em: 27 May 2015.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc Anna Nery**. v. 8, n. 2, p. 279- 285, ago. 2004. Disponível em:<<http://www.eean.ufrj.br/revistaenf/2004vol08/2004vol08n02AGOSTO.pdf>>. Acesso em 07 jul. 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Gestante,

Sou aluna da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará – UFC, e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “Humanização da assistência prestada à parturiente pela equipe multiprofissional do Centro de Parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand”. Com a mesma pretendo avaliar o processo de humanização na assistência prestada à gestante e ao recém-nascido pela equipe multiprofissional do Centro de Parto Humanizado (CPH) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Assim, gostaria de convidá-la para participar desta pesquisa que será feita a partir de um questionário realizado por mim acerca da sua permanência no Centro de Parto Humanizado. Este questionário se dará por perguntas como: quem estava com você no momento do parto; alguém lhe ofereceu algum alimento, ou água; após a expulsão do seu bebê, o colocaram em seu colo; deu o peito logo que nasceu o seu bebê; ao nascer levaram seu bebê para longe de você e etc. Com isso, pretendo identificar a presença ou ausência da assistência qualificada em prol do parto humanizado. Irei também fazer uma leitura do seu prontuário para anotar outras informações necessárias do seu trabalho de parto e parto dentro desta unidade, para conclusões de dados necessários.

Os resultados da pesquisa contribuirão para que órgãos públicos possam tomar medidas humanizadas e colocar sempre em prática o parto humanizado, bem como incentivar profissionais da saúde e parturientes a fazerem uso dessa prática necessária para uma boa assistência. Por isso, sua participação é fundamental neste estudo, pois através dela podemos identificar possíveis fragilidades e dificuldades encontradas para serem melhoradas e identificadas com segurança.

Quero deixar claro que em momento algum neste estudo você será prejudicada por fornecer dados sobre a assistência recebida pela equipe multiprofissional, ou seja, não correrá risco algum, pois suas informações serão guardadas em sigilo e respeitadas a todo o momento. Por isso, me comprometo em preservar sua identidade, não utilizando em momento algum seu nome ou número de prontuário.

Seu atendimento na MEAC não será diferenciado por participar desta pesquisa, por isso seu acompanhamento e assistência permanecerão por responsabilidade do hospital sem ao menos ser prejudicado pela pesquisa.

Antes que decida da sua participação, gostaria de esclarecer dados importantes:

- As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, sendo sua participação voluntária, tendo liberdade de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa;
- Todas as informações coletadas por meio de entrevista ou via prontuário, permanecerão em sigilo preservando seu anonimato;
- Gostaria de colocar que sua participação será de extrema importância para a realização desta pesquisa. Se necessário, poderá entrar em contato com a pesquisadora Aline Maria Carvalho Maia Mendonça (085) 88011826. Email: alinecarvalhomaia@hotmail.com;]
- Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Centro de Estudos da MEAC localizado no 4º andar desta maternidade na Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo - 60430-270 (85) 3366.8569 / Fortaleza – Ceará;
- Deixo claro que aceitando participar desta pesquisa, estará com você uma via deste termo de consentimento esclarecido, para que em qualquer momento de dúvida possas ler novamente ou entrar em contato com a pesquisadora no contato acima explícito.

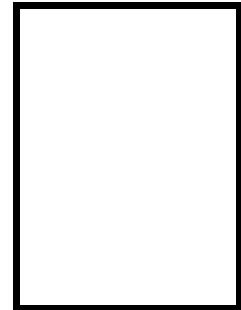
Fica aqui declarado que os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora, sem o uso de custo da instituição em estudo. E também não haverá ganho ou prejuízo financeiro por participar da pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Tendo sido informado sobre a pesquisa “Humanização da assistência prestada à parturiente pela equipe multiprofissional do centro de parto de uma maternidade do estado do Ceará”. Concordo em participar da mesma.

Fortaleza, _____ de _____ de 2014

Assinatura do Participante ou Responsável



Impressão digital
da participante, caso não
saiba assinar

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO DA GESTANTE)

Parturiente: _____ Pront _____

PARTE 1 – QUESTIONÁRIO GESTANTE

Fatores socioeconômicos e demográficos da gestante

1. Idade: _____
 2. Ocupação: () dona de casa () comerciante () vendedora
 () autônoma () estudante () Outra _____
 1. Escolaridade: () alfabeto () analfabeto () EFin () EM () EMin () ES () ESIn
 2. Raça: () branca () preta () parda () indígena () amarela
 3. Estado Civil: () casada () solteira () viúva () divorciada () união estável
 4. Moradia: () Capital () Interior () outros _____ -
 5. Mora com quem? () mãe () esposo () sogra () companheiro () outros
 6. Você fuma: () Sim () Não **9.** Fumou durante a gravidez? () Sim () Não () NL
- SE SIM**
1. Nos primeiros 5 meses? () Sim () após os 5 meses () toda a gestação () NL
 2. Você faz ou já fez uso de drogas? () Sim, já fiz () Sim, já fiz e continuo () Nunca
 3. Você consome bebida alcóolica? () Sim () Não
- SE SIM**
4. Nos primeiros 5 meses? () Sim () após os 5 meses () toda a gestação () NL

Saúde gestacional da gestante

14. Já esteve grávida antes? () Sim () Não

SE SIM

15. Quantos partos você já teve, excluindo o atual? () 1 () 2 () 3 ou mais () nenhum
16. Onde você teve esses partos? () hospital () casa () rua () outros _____
17. Quantos partos normais, excluindo o atual? () todos () nenhum () ao menos um
18. Quantos partos cesáreos, excluindo o atual? () todos () nenhum () ao menos um
19. Quantos filhos nasceram vivos, excluindo o atual?
 () nenhum () ao menos um () todo
20. Quantos filhos nasceram mortos, excluindo o atual?
 () todos () nenhum () ao menos um

21. Você teve algum bebê que: SIM NÃO

- 21.1.** nasceu prematuro, excluindo o atual? () ()
- 21.2.** nasceu com < 2.500g (baixo peso), excluindo o atual? () ()
- 21.3.** nasceu com > 4Kg, excluindo o atual? () ()

SE NÃO

- 22.** Você já teve alguma aborto? () Sim () Não
- 23.** Se sim, quantos? () um () dois () três ou mais

24. Você desenvolveu durante a gestação: () DG () HAS
 25. Já teve ou tem: () HIV + () Sífilis () HepatiteB () Toxoplasmose () Outros
 26. Durante a gestação você teve alguma complicaçāo? () Sim () Não
 27. Se sim, qual? () ITU () Eclampsia () DST () Outra _____
 28. Durante a gestação precisou se internar alguma vez? () Sim () Não
 29. Qual a sua idade gestacional pré-parto? _____ semanas () NS () NL
 30. Qual a data da sua última menstruação (DUM)? ___/___/___ () NL

Pré- Natal da gestante

31. Você fez pré-natal? () Sim () Não

SE NÃO

32. Por qual motivo?

() não sabia que estava grávida () não desejava essa gravidez () não achou importante () não tinha dinheiro () não tinha quem a acompanhasse () local distante ou de difícil acesso () não conseguiu consulta () o atendimento era demorado () não podia ir nos horários de atendimento () o profissional era homem () não gostava dos profissionais do serviço () outro motivo _____ () NS

SE SIM

33. Quantas consultas: _____ consultas () NS () NL

34. Onde foi realizada as consultas?

() serviço público () serviço particular/ plano de saúde () nos dois () hospital () MEAC () outro _____

35. Qual profissional lhe atendeu no pré-natal?

() enfermeiro () médico () parteira () médico e enfermeira () NS

36. Mesmo profissional lhe acompanhou toda a gravidez? () Sim () Não () NL

37. Foi informada durante o pré-natal, para qual local deveria ir no momento do parto?

() Sim () Não () NL

38. Visitou o local onde faria o parto para conhecê-lo? () Sim () Não () Já conhecia

39. Você participou de alguma atividade educativa no pré-natal? () Sim () Não

40. Quais as informações sobre seu parto que você recebeu no pré-natal:

- 40.1 Sinais de início do trabalho de parto e momento para ir ao hospital ()
- 40.2 Possibilidade de ingerir líquidos ou alimentos durante o trabalho e parto ()
- 40.3 Liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto ()
- 40.4 Medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto ()
- 40.5 Posições que poderia adotar durante o parto ()
- 40.7 Amamentação na primeira hora de vida do bebê ()
- 40.6 Nenhum ()

PARTE 2 - QUESTIONÁRIO GESTANTE

Trabalho de parto

41. Foi oferecida alimentação, água, sucos e/ou sopas durante o trabalho de parto? () Sim
 () Não () NL

42. Você solicitou algum líquido ou tipo de comida durante seu trabalho de parto?
 () Sim () Não () NL

43. Como estava a temperatura da sala PPP (pré parto, parto, pós parto)?
 () Muito fria () Fria () Agradável () Quente () Muito quente () NL

44. No momento do TP foi colocado soro na veia? () Sim () Não () NL

45. Se sim, foi administrado ocitocina? () Sim () Não () NL

46. Com o soro, as contrações (dores) aumentaram?
 () não fez diferença () aumentaram um pouco () aumentaram muito () NL

47. Recebeu algum medicamento no músculo? () Sim () Não

48. Como sua bolsa se rompeu?
 () naturalmente, antes de chegar à maternidade () naturalmente, após chegar à maternidade () durante o parto () artificialmente () NL

49. Quem atendeu você durante o pré-parto?
 () Enfermeira/obstetra () Médica/obstetra () Residente ____ () Médico do PN
 () Médica/o e enfermeira/o () Doula () NS () NL

50. Você teve liberdade para se movimentar? () Sim () Não () Às vezes

51. Diante da sua liberdade:

		Ajuda muito	Ajuda pouco	Não ajuda	Não usou
51.1	Deitar de costas	()	()	()	()
51.2	Deitar de lado	()	()	()	()
51.3	Sentar na cama	()	()	()	()
51.4	Ficar no chuveiro	()	()	()	()
51.5	Ficar no banco	()	()	()	()
51.6	Andar	()	()	()	()
51.7	Outra: _____	()	()	()	()

52. Utilizou-se medidas não farmacológicas? () Sim () Não () NL

53. Desses medidas não farmacológicas:

	Ajuda muito	Ajuda pouco	Não ajuda	Atrapalha	Não usou
53.1 Escada de ling	()	()	()	()	()
53.2 Banheira	()	()	()	()	()
53.3 Chuveiro	()	()	()	()	()
53.4 Bola	()	()	()	()	()
53.5 Massagem	()	()	()	()	()
53.6 Cavalinho	()	()	()	()	()
53.7 Andar	()	()	()	()	()
53.8 Outro	()	()	()	()	()

Parto

54. No momento do seu parto, quantas pessoas estavam no quarto?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () mais que 8 () NL

55. Quais profissionais estavam presentes durante o nascimento e parto?

() enfermeiro/obstetra () médico/obstetra () técnico/auxiliar de enfermagem

() doula () residente _____ () neonatologista () pediatra () nenhum () outros

56. Esses profissionais: () ajudaram muito () ajudaram pouco () não ajudaram

() não fez diferença () atrapalharam

57. Dentro do CPH/MEAC, você recebeu informações sobre o que estava acontecendo? () Sim () Não () NL

58. Se sim, de quem? () enfermeiro/obstetra () médico/obstetra () doula

() técnico/auxiliar de enfermagem () residente _____ () outro () NS

59. A equipe que lhe prestou atendimento:

() lhe deixou a vontade

() lhe apoiou, encorajou e ajudou

() somente esteve próximo quando o bebê estava para nascer

() nem ligou para o que você estava sentindo

() lhe tratou com carinho

() lhe tratou com indiferença

60. Você teve acompanhante? () Sim () Não

SE SIM

61. Em que momento? () TP () parto () pós-parto () TP, parto e pós-parto

62. Quem era seu acompanhante?

() amiga () irmã () mãe () sogra () companheiro () pai da criança

() prima () cunhada () tia () Outro _____

63. Como foi a experiência de ter um acompanhante no pré-parto?

() Ajuda muito a mulher a ficar mais tranquila, ter um parto melhor

() Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor

() Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor

() Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor

SE NÃO

64. Onde estava quando seu bebê nasceu?

() cama () em pé () andando () no banheiro () de cócoras () outro _____

65. Como estava a temperatura da sala PPP (pré parto, parto, pós parto)?

() Muito fria () Fria () Agradável () Quente () Muito quente () Não lembra

66. Na hora do parto, alguém apertou ou subiu n na sua barriga para ajudar a saída do bebê (manobra de Kristeller)? () Sim () Não () NL
 67. Na hora do parto, foi usado fórceps (ferros, duas colheres que são introduzidas na vagina para segurar e puxar a cabeça do bebê)? () Sim () Não () NS
 68. Você tomou anestesia nas costas? () Sim () Não () NL

SE SIM

69. Você achou que esta anestesia melhorou a sua dor? () Sim () Não
 70. Em caso de um novo parto você gostaria de usá-la novamente? () Sim () Não

SE NÃO

71. Quando seu bebê nasceu, colocaram sobre você?
 () Sim () Não, apenas me mostraram () NL
 72. Se sim, onde o colocaram? () no peito () no braço () no abdômen () NL
 73. Colocaram seu bebê para mamar logo que nasceu? () Sim () Não () NL
 74. Se sim, como você se sentiu?
 () feliz () satisfeita () nada () outro _____

75. Quando seu bebê nasceu ficou com você? () Sim () Não () NL

SE NÃO

76. Porque?
 () levaram para aspirar () levaram para banhar/ limpar () ele teve complicações
 () para realizar exames () outro _____ () NS
 77. Você foi informada pelo motivo? () Sim () Não () NL
 78. Quanto tempo depois seu bebê pode voltar e ficar com você no seu quarto?
 () 10 min () 30 min () 1 hora () Não lembra () Não voltou
 79. Durante a primeira hora após o parto, você:
 () Apenas viu o bebê () Ficou com o bebê no colo () Colocou para mamar
 () Ficou com ele e logo o tiraram de você () Não teve contato com o bebê
 80. O bebê eliminou cocô (mecônio) ao nascer ?
 () Sim () Não () NL
 81. Permanece no CPH: () Sim; hora parto: ___ : ___ ; hora questionário: ___ : ___ () Não

SE NÃO

82. Ao receber alta do CPH foi para: () AC () UTI () casa
 83. O bebê foi junto com você? () Sim () Não () NL

SE NÃO

84. Se não, por quê? () Foi pro berçário () Foi pra UTI () óbito () Outro () NS
 85. O médico lhe disse se seu bebê teve alguma problema? () Sim () Não () NL
 86. Se sim, o que?
 () Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue
 () Doença no coração/ má formação congênita
 () SDR/Custou ou teve dificuldade para respirar depois que nasceu – asfixia ou hipóxia
 () Precisou de oxigênio
 () Teve infecção
 () Prematuridade
 () Outros _____

87. Você desejava essa gravidez? () Sim () Não

88. Quem decidiu o parto normal?

- () gestante () pai do bebê () médico () bebê () outro _____

89. Como se sente após o parto normal e humanizado?

- () satisfeita () angustiada () normal () outro _____

90. Se engravidasse novamente, optaria pelo parto normal humanizado na MEAC?

- () Com certeza () NS () Talvez () Nunca

91. Uma nota de 10 a zero, qual você daria para assistência recebida no CPH?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10

PARA NOTA A BAIXO DE 7

92. Porque você atribuiu esta nota?

() não foi bem atendida () pelo sofrimento da dor () pela complicaçāo d parto ()
porque nāo desejava a gravidez () NS () outro _____

Informações extras:

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (CHECK LIST PRONTUÁRIO-PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO)

PARTE 3 - CHECK LIST(PRONTUÁRIO DA PUÉRPERA)

Histórico gestacional

93. IG: ___ semanas ___ dias ()SI **94.** G ___ P ___ A ___()SI **95.** DUM ___/___/___()SI
 96. Parto normal anterior: () Sim () Não () SI
 97. Gestante de Risco: () Sim () Não () SI
SE SIM
 98. Presente: () Pré-eclampsia () HAS () HIV+ () Sífilis () Toxoplasmose
 () Hep B () Outros () SI
 99. Tipo de gestação: () única () gemelar () tripla ou mais () SI

Trabalho de parto

100. Dilatação na admissão: ()Sim ____ cm ()Não () SI
 101. Dilatação na amniotomia: () Sim ____ cm () Não () SI
 102. Início do trabalho de parto: () espontâneo () induzido () SI
 103. Contrações: () presentes () ausentes () SI
 104. Acompanhante: ()Sim ()Não ()SI **105.** Tempo bolsa rota: ___ horas ___ min ()SI
 106. Ocitocina: () Sim () Não () SI
 107. Se sim, em que momento: () 1º estágio () 2º estágio () 3º estágio () SI
 108. Partograma : () Sim () Não () SI
 109. Método farmacológico: () Sim () Não () outro () SI
 110. Método não farmacológico: () Sim () Não () SI
 111. Se sim, qual: () chuveiro () bola () escada de ling () cavalinho () banheira
 () acupuntura () outro () nenhum () SI
 112. Venoclise: ()Sim ()Não () SI **113.** Amniotomia: ()Sim ()Não () SI

Parto

114. Hora do parto: ___ horas ___ min ()SI **115.** Data do parto: ___/___/___()SI
 116. Nascimento: () único () gemelar () triplo ou mais () SI
 117. Apresentação fetal: () cefálica () face () ombro () nádegas () Outras () SI
 118. Presença de meconíio: ()Sim ()Não () SI
 119. Episiotomia: ()Sim ()Não () SI **120.** Fóceps: ()Sim ()Não () SI
 121. Contato pele a pele mãe-filho: ()Sim ()Não () SI
 122. Posição da gestante durante o período expulsivo:
 () deitada () semi-deitada () cócoras () lateral () outra () SI
 123. Acompanhante: () Sim () Não () SI
 124. Intercorrência: () hemorragia () retenção placentária () distócia de ombro ()
 prolapso de cordão () sem intercorrência () eclampsia () SI
 125. Clampeamento do cordão umbilical: () < 1 min () 1-3 min () < 3 min () SI
 126. Quem atendeu o parto: ()obstetra ()residente ()enfermeira ()doula () SI

PARTE 4 - CHECK LIST(PRONTUÁRIO DO RECÉM-NASCIDO)**Recém-nascido**

-
127. Sexo: () F () M () FF () MM () FM () SI
128. Amamentou(1^a hora de vida): () Sim () Não () SI
129. Apgar no 1º minuto: () 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () SI
130. Apgar no 5º minuto: () ≥ 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () SI
131. Quem atendeu o recém nascido:
() neonatalogista () residente _____ () enfermeira () doula () SI
132. Para onde o RN foi: () AC () berçário () UTIN () casa () outro () SI

Data da coleta: ___ / ___ / ___

Responsável pela coleta: _____

APÊNDICE D – DIÁRIO DE CAMPO (DESCRIÇÃO DA OBSERVAÇÃO REALIZADA PELA PESQUISADORA)

Ao conversar com a mãe no puerpério foi possível identificar em suas falas a ausência de algumas práticas necessárias para a concretização da humanização no parto. Especificamente no dia 09 de janeiro de 2015, ao aplicar o questionário a uma puérpera que havia parido a exato 7 (sete) horas anteriores e que permanecia ela e seu bebê em perfeitas condições de saúde, foi compreendido pela pergunta “*colocaram seu bebê para mamar logo que nasceu?*”, que seu bebê ainda não havia mamado. Assim, partiu da pesquisadora a iniciativa de comunicar ao posto de enfermagem a ausência dessa prática, visto que fazia mais de 6 horas corridas do pós-parto imediato e este bebê ainda não havia mamado, sendo um grande fator para complicações metabólicas ao neonato.

Contudo, surge a necessidade por parte da pesquisadora em realizar paralelamente a coleta de dados, mesmo que não fosse o objetivo concreto desta pesquisa, uma observação minuciosa da assistência realizada pela equipe multiprofissional atuante dentro do Centro de Parto Humanizado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (CPH/MEAC).

Então, no dia 18 de março de 2015, iniciou a visita diária desta pesquisadora ao CPH/MEAC, tornando-se muito importante essa iniciativa, pois muitas práticas desnecessárias foram apresentadas, onde somente foi preciso 13 (treze) observações para comprovar os impactos ocasionados na pesquisadora, que a motivou a realização dessa observação.

Essa observação se construiu a partir do trabalho de parto evoluído para o parto normal até a primeira hora pós-parto. Onde das 13 (treze) observações realizadas, apenas 8 (oito) evoluíram o trabalho de parto para o parto normal, porém, em alguns casos suas práticas foram lesionadas desfavorecendo a humanização. Viu-se que da equipe de enfermagem, uma Enfermeira obstétrica e duas Residentes quando presente no plantão, o parto humanizado por elas era respeitado, enquanto outras desta equipe, mantinham nos corredores sentadas em cadeiras.

No dia 18 de março de 2015, apenas duas parturientes foram observadas, visto que foram as únicas que encontravam-se em trabalho de parto evoluindo para o parto normal. Nestas observações, ambas as parturientes eram primigestas e encontravam-se

acompanhadas. Em sala PPP, constando cavalinho, bola, escada de ling e TV, ambas usaram esses métodos não farmacológicos para alívio da dor mais o chuveiro.

Apenas uma das parturientes estava sendo acompanhada pela Enfermeira obstetra e duas Residentes de enfermagem que a encorajavam com palavras de conforto, realizando sempre massagens na lombar e levando-a para o uso da bola e chuveiro. Vale ressaltar, que não houve se quer a intervenção médica e que a observação começou no plantão diurno e terminou no plantão noturno por volta das 20:15, permanecendo assim as profissionais com a gestante té o nascimento de seu bebê.

Diferente desta parturiente, a outra mantinha sua bolsa íntegra, porém sentindo muitas dores quando as contrações apareciam. O único acompanhamento profissional que teve foi de um interno de medicina, que uma vez por outra entrava na sala e verificava a auscultação dos batimentos cardíofetais (BCF). Neste mesmo momento, uma enfermeira e duas residentes de enfermagem permaneciam em assistência a primeira parturiente. A própria gestante, realizava métodos farmacológicos sozinha, enquanto muitos profissionais permaneciam no corredor conversando e fazendo uso do celular. É importante frisar que nesta unidade por plantão permanece duas Enfermeiras obstetra, dois Médicos obstetras, dois a três Residentes de obstetrícia, duas Residentes de enfermagem obstetra e cinco a seis Técnicos de enfermagem.

Finalizando a observação desta parturiente, um acontecimento me trouxe um grande desconforto. As 13:00h deste dia, Enfermeira obstetra realiza toque vaginal. Às 13:15h chega Obstetra, Residente, Internos, e outros, totalizando dez pessoas na sala PPP. Enfermeira fala para a médica os centímetros de dilatação que a mesma constatou pelo toque realizado a pouco menos de 20 minutos, porém a Obstetra ignora informação e realiza toque novamente causando muitas dores e desconforto a gestante que chora.

Não respeitando o momento de dor e fragilidade, Médica fala para a puérpera “*Olha essa cara tranquila, não parece estar em trabalho de parto*”. Às 15:15h colo dilatado sete centímetros e às 16:00 rompida bolsa pela Obstetra fazendo a gestante sentir bastante dor e deixando-a debilitada. Médica fala para acompanhante “*Coopera, ela está se entregando*”.

Concluindo, gestante levada ao centro cirúrgico às 17:45h com parto evoluído para fórceps. Folha de indicador preenchida com: sem trabalho de parto; parto cesariano; bebê apresentando hematomas.

No segundo dia, 19 de março de 2015, três foram as observações e todas apresentaram ótimas práticas que condizem com a humanização. O primeiro parto, era de uma primigesta jovem, que estava acompanhada, porém a acompanhante estava a todo instante sentada sem dar apoio a parturiente, mostrou-se desconcertada com o momento. A gestante permanecia realizando métodos farmacológicos e assistida pelo Obstetra e Enfermeira.

No momento do nascimento, encontrava-se oito pessoas na sala, chamando minha atenção, porém as práticas de contato pele a pele e amamentação na primeira hora foram preservadas.

A segunda parturiente encontrava-se acompanhada pelo esposo, que se mostrou bem cooperativo com o trabalho de parto, apoiando a gestante e massageando a mesma quando estava em cima da bola. Sempre segurando sua mãe e a beijando. Bolsa permanecia íntegra e contrações iniciadas há sete horas. Seguia acompanhada pela Enfermeira obstetra, Residente de enfermagem e Residente de obstetrícia.

Residente de enfermagem mostrava-se atenciosa e carinhosa com a gestante, encorajando-a ao banho, a posição de cócoras, ao uso da bola e deambulação, escada de ling não havia na sala. Enquanto a gestante realizava métodos não farmacológicos, a Médica entrou na sala e fez a gestante deitar para realizar o toque, que trouxe muito desconforto e dor, fazendo a gestante chorar.

Às 14:30h, gestante encontrava-se apoiada no arco e já com dez centímetros de dilatação. Residente pergunta se ela quer o bebê sobre ela ao nascer e se o pai gostaria de cortar o cordão umbilical, os dois responderam SIM. Às 15:05h nasce um menino, ainda em bolsa, porém rompida rapidamente pela Enfermeira devido à presença de meconígio.

Estavam presente sete pessoas: pai, três Enfermeiras obstetras, Interno, Técnica de enfermagem e pesquisadora. Ao nascer colocaram em contato pele a pele com a mãe, e o pai cortou o cordão umbilical. Com meia hora de vida, recém-nascido foi levado para ser aspirado na sala da neonatologia e somente voltou 50 minutos depois, com amamentação ainda não realizada.

A terceira e última parturiente deste dia, chegou às 9:00h ao CPH com sete centímetros de dilatação e acompanhada pelo esposo, bolsa íntegra e primeira gestação. Permaneceu assistida pelo Interno e sem apoio da equipe para realização de métodos não farmacológicos. Somente realizou o uso do cavalinho com ajuda do esposo e dois

Internos auxiliando no uso da bola. As 13:00h houve troca de acompanhante, passando a ficar com a parturiente sua irmã.

Sala permanecendo muito quente, e a parturiente começando a ficar cansada prefere ir para cama. A Médica veio e induziu a evolução do parto, prescrevendo ocitocina nesta fase. Às 15:45h acontece o parto com bolsa rompida naturalmente neste momento e clampeamento realizado após três minutos. Preservado o contato pele a pele e aleitamento iniciado com vinte minutos de vida. Às 17:30h o recém-nascido foi levado para sala da neonatologia, pois no parto houve laceração no canal vaginal precisando realizar episiorrafia.

No dia 20 de março de 2015, a pesquisadora compareceu ao setor, porém, não houve nenhum trabalho de parto, e sim somente cesáreas eletivas por complicações obstétricas.

No quarto dia, 21 de março de 2015, três trabalhos de parto foram acompanhados em observação pela pesquisadora. Dois evoluíram para cesárea, estando ambos com bolsa íntegra e tendo dilatação de colo igual ou menor que 5 centímetros. Sala PPP composta por ar condicionado ligado, TV ligada, cavalinho e escada de ling. Acompanhantes presentes nos dois casos ajudando sempre a gestante, um era mãe e outro pela tia.

Mais uma vez a equipe mostrou-se não estimular a parturiente no uso dos métodos farmacológicos, sendo que alegavam “*essa aí a doutora vai passar para cesárea*”, ou seja, o desejo em ajudar na evolução do trabalho de parto era mínimo.

Assim, foi instalado ocitocina em ambas, e conduzidas a cesárea. Vale ressaltar, que as duas estavam em sua primeira gestação, o que nos remete não ter se quer histórico de parto anterior.

A última deste dia, chegou às 18:00h no CPH já em período expulsivo com dez centímetros de dilatação e sem acompanhante, apresentando histórico de parto normal há dez anos foi admitida pela Enfermeira obstetra, Interno e Técnico de enfermagem. Acompanhante chega vinte minutos depois e os métodos farmacológicos não foram possíveis serem realizados, devido a evolução do parto. A Enfermeira da neonatologia entrou na sala e realizou teste rápido para HIV.

Enfermeira obstetra pergunta se a parturiente quer segurar o bebê ao nascer, e a mesma permanece calada. No momento expulsivo Obstetra e Neonatologista dentro da

sala PPP, ficam interrogando a mãe, sem ao menos respeitar esse momento. Importante lembrar que encontrava-se no final do plantão, e todos já se preparavam para sair.

Médica saiu da sala e começou a falar em voz alta no corredor com as pessoas. De repente entrou na sala junto com o Neonatologista, e já calçando as luvas estéreis foi dizendo “*bora, bora, bora tirar logo esse menino!. Não dá mais para esperar!.*”, sem ao menos esperar acontecer a fisiologia do parto. Neste momento, o bebê já se encontrava com a cabeça saindo.

Ás 18:55 nasceu o bebê, com nove pessoas em sala: Obstetra, Enfermeira obstetra, dois Internos, acompanhante, dois Técnicos de enfermagem, Enfermeiro neonatologista, e Médico neonatologista. RN é colocado em contato com a mãe e amamentação é estimulada pela enfermeira obstetra, porém não obteve sucesso.

Neonatologista sem respeitar o momento, fica avaliando o bebê sob a mãe, onde a mesma diz “*quero ficar com ele*”, mesmo assim continua fazendo perguntas ao mesmo tempo o médico e a técnica de enfermagem. O clampeamento foi realizado em menos de um minuto e logo levaram o bebê para realizar banho e procedimentos como medição, pesagem e etc.

Dia 23 de março de 2015 realizou-se novamente a observação no CPH. Desta vez, três foram as parturientes que participaram, sendo que somente uma evoluiu para o parto humanizado.

A primeira foi admitida no setor às 09:40h, apresentando de quatro a cinco centímetros de dilatação e bolsa rota há oito horas. Chegou e permaneceu sem acompanhante. Foi assistida por duas Residentes de enfermagem e uma Interna.

Recebia muita atenção das duas Residentes de enfermagem, onde estimularam o uso de métodos não farmacológico como a bola e chuveiro, pois eram os únicos que nesta sala PPP tinha, pois nem TV e nem ar haviam, mantendo-se o local bem quente.

Foi oferecido pela Residente um suco e a puérpera aceitou. Esta se manteve tranquila durante o trabalho de parto, mas de acordo com o passar do tempo começou a se desesperar e perder o controle da dor, chegando em algumas vezes até sentar no chão e clamar por Deus. A posição de cócoras era a mais utilizada por ela, realizando também a de quatro apoios sob o colchão.

Residente consola durante os momentos de desespero, encorajando sempre a mãe para superar as dores e realizando massagem quando fazia o uso da bola.

Às 11:00h contrações chegam a 35 segundos e as 12:05h é realizado pela Enfermeira obstetra de plantão na unidade o toque do colo constatando dilatação entre sete e oito centímetros. Neste momento, eram repetidas as medidas não farmacológicas para alívio da dor.

Às 13:20h começa o período expulsivo com a mãe de cócoras mudando para decúbito lateral esquerdo, apoiando-se a perna na barra de ferro sob a cama PPP. Houve a troca de plantão e a Enfermeira da tarde se apresentou para a puérpera dizendo “olá, sou a Enfermeira da tarde e estarei aqui como você até o seu bebê nascer, tudo bem?”. Exatamente às 14:03h nasce o bebê com a presença de nove pessoas: dois Internos, duas Residentes de enfermagem, duas Enfermeiras obstetras, duas Residentes de obstetrícia e pesquisadora.

Neste caso específico, a mãe não quis ter o contato pele a pele com o bebê e nem realizar a amamentação na primeira hora, mesmo sendo estimulada a realizar essas práticas. No período expulsivo aconteceu uma laceração de primeiro grau na fúrcula. Acompanhante chegou às 15:20h para ficar com a puerpera.

A segunda deste dia, deu entrada na unidade às 10:07h sendo primigesta, com dilatação de três centímetros, bolsa rota aproximadamente seis horas, e acompanhada da mãe. Permaneceu em sala PPP constando TV, bola, escada de ling, cavalinho e banheiro.

Permaneceu sozinha com a mãe, e somente às 10:55h Obstetra e Interna foram realizar avaliação da parturiente. Mesmo depois da avaliação, continuou na presença da mãe fazendo uso do cavalinho livremente e recebendo massagem. Enfermeira obstetra manteve-se sentada no corredor fazendo uso do celular e Técnicas de enfermagem conversando.

No período da tarde chega outra enfermeira que passa a dar atenção a puérpera encorajando-a no uso dos métodos não farmacológicos. Realizou um toque às 14:20h identificando cinco centímetros de dilatação, colo fino e centralizado.

Com o passar das horas, gestante começa a ficar nervosa dizendo não querer mais esperar. Enfermeira tenta acalmá-la utilizando palavras de conforto e explicando que quando se é primigesta, a evolução do trabalho de parto é realmente lenta.

Obstetra entrou na sala e informou que com duas horas do último toque realizaria novamente, se evoluísse a dilatação seria normal, caso não passaria para cesariana.

Enquanto isso, Residente de enfermagem realiza massagem na lombar e conversa bastante com a gestante.

Às 15:50h troca-se a acompanhante, passando agora estar presente uma prima que a dois meses esteve no mesmo CPH parindo normal, onde com sua experiência encorajava a gestante para a evolução do trabalho de parto para o parto normal.

Ha exatas duas horas, realizou um novo toque constatando evolução para sete centímetros de dilatação. Foi oferecida a gestante anestesia peridural para parar de sentir dores. Então às 17:00h entra na sala a anestesista para explicar todo o procedimento com seus benefícios e reações. Gestante resolve aceitar, e às 17:45h é realizada a anestesia peridural.

Mesmo assim, as Residentes de enfermagem permaneceram incentivando a parturiente com os métodos farmacológicos. Às 18:20h novo toque mostrou que a dilatação mantinha nos sete centímetros.

Plantonista da noite chegou, avaliou a gestante, realizou toque às 19:40h que apresentou oito centímetros, e resolve ela mesma a cesárea.

Neste mesmo dia, a terceira e última observação tratou de uma primígrava admitida no CPH às 14:35h com 8 centímetros de dilatação, permanecendo tranquila em seu estado psíquico, escutando músicas que gosta, tendo o apoio do esposo para o parto humanizado, realizando medidas não farmacológicas para o alívio da dor, apresentando bolsa íntegra, além de tendo o apoio da Enfermeira e suas duas Residentes de enfermagem.

Encontrava-se na sala PPP equipada com TV, bola, escada de ling, cavalinho, banheiro e cama PPP. Às 15:50h gestante e o seu esposo preferem ficar a sós e curtem o momento. Gestante sempre recebendo o apoio de seu esposo, que se manteve querendo o parto normal.

Às 16:10h realizado toque pela Médica obstetra, apresenta cinco a seis centímetros de dilatação, assim a obstetra decide romper a bolsa por si só, sem o consentimento da gestante. Neste momento, o pai do bebê resolve sair para a mãe da parturiente entrar na sala e ficar com ela.

Em momento, a gestante permaneceu somente com a acompanhante necessitando de um apoio maior da equipe para fortalecer a ideia do parto normal e o uso das medidas não farmacológicas, mas a equipe encontrava-se no corredor e uma

Enfermeira seguia prestando assistência a parturiente descrita anteriormente. Então, comovida com a situação resolvi chamar, mas não adiantou.

Às 16:20h foi prescrito pela médica ocitocina, sendo que logo quando a Enfermeira entra na sala identifica o erro da infusão prescrita chamando a atenção da Técnica na frente da gestante.

Às 17:30h Obstetra resolve realizar novamente o toque vaginal, constatando seis centímetros de dilatação, resolvendo por si realizar a cesárea sem saber a escolha da gestante.

Essa gestante merece destaque, pois tratava-se de uma primigesta com evolução do trabalho de parto em ótimas condições, tendo 5 (cinco) contrações em 10 minutos com tempo de 45 a 55 segundos cada uma e psicológico apoiado por familiares. Mesmo assim, foi realizado toque pela obstetra com menos de duas horas do anterior, onde o mesmo foi realizado em quatro segundos apenas. Médica resolveu a cesárea sozinha as 17:30h e vai embora as 18:00h.

Essa indicação no final desta fase, causou em mim observadora, uma inquietação diante da comprovação de ações desnecessárias realizadas neste setor. Pois, se o profissional colaborar com seu apoio, encorajamento, atenção, paciência e aceitando o termo “parto humanizado”, boas práticas serão adicionadas na assistência dessa equipe.

No dia 24 de março de 2015 foi realizada a última observação da pesquisadora nesta unidade. Neste dia, apenas dois trabalho de parto foram possíveis serem observados.

Às 15:30h admite-se no CPH uma gestante em trabalho de parto apresentando bolsa rota há doze horas, acompanhada pela sogra.

Na sala PPP constava escada de ling, bola e cavalinho. Equipe encontrava-se no corredor conversando enquanto a parturiente estava sozinha com sua sogra que a ajudava bastante, encorajando-a e massageando suas costas. Mesmo assim, necessitava de um apoio maior da equipe, pois com as fortes dores estava perdendo as energias e entrava em pânico em alguns momentos.

Às 16:15h Residente de enfermagem entra em sala e começa a dar atenção a gestante que diz “*não gosto dessa bola!*”. Então, foi para o cavalinho e recebeu massagem da residente.

Ainda insatisfeita com os métodos, puérpera deita em decúbito lateral direito e começa a agonizar. Enfermeira obstetra oferece um suco a gestante às 16:50h, e a mesma aceita. O suco demora a chegar, sendo preciso realizar várias ligações solicitando-o. É identificado que a parturiente encontra-se de jejum desde o dia anterior, o que justifica sua reação.

Enfermeira do plantão foi sentar no corredor e Técnica de enfermagem também, deixando a gestante sozinha com a sogra na sala PPP. Às 17:08h acompanhante vem correndo chamar alguém no corredor, dizendo “*ei, moça, menina, ela não está bem!*”. E de repente vão para a sala Enfermeira obstetra, Obstetra, Técnica de enfermagem, Residente de medicina e acompanhante.

Neste momento, resolvem realizar a glicemia capilar (dx) verificando hipoglicemia (79mmHg). Realiza acesso venoso com dificuldade, sucesso somente em terceira punção, para a instalação de soro glicosado 5%.

Parturiente continua agonizando, nauseando, letárgica, sentindo calafrios e soando frio. Começa dizer “eu vou morrer!” e Técnica de enfermagem responde “*vai não mulher, é porque você é gordinha*”.

Às 17:30h realizado toque, identificando oito centímetros de dilatação com colo alto e mole. O suco chega para a puérpera, mas a Obstetra resolve cesárea e impede da parturiente tomar, onde a mesma é conduzida às 17:55h para o centro cirúrgico.

Nossa segunda parturiente do dia e última da observação, chegou ao CPH às 18:00. Dilatação do colo entre sete e oito centímetros, sem acompanhante e sem informação da bolsa.

Passou a ser assistida pela Enfermeira obstetra e Técnica de enfermagem. Sala PPP na penumbra, com bola, escada de ling, cavalinho e banheiro. Gestante somente ficava sobre a cama PPP, mas que com o incentivo da Enfermeira foi para o chuveiro e ficou de cócoras.

Às 18:25h chega sua irmã para acompanhá-la. Parturiente mantinha bem-humorada, brincando sempre com as profissionais. Voltando a cama, foi colocado o arco para a gestante ficar de cócoras, mas a mesma manteve resistente a não realização da prática.

Percebeu transtornos psicológicos, onde a acompanhante relatou que sua irmã fazia uso de fenobarbital por conta da epilepsia.

Ás 19:00h realizado toque pela Enfermeira obstetra, constando dilatação de oito centímetros e bolsa rota. Estando de cócoras agora sobre a cama e apoiada no arco, Enfermeira pergunta se a parturiente gostaria de segurar seu bebê ao nascer, a mesma diz “*não! Ele vem sujo*”.

Ás 20:40h nasce o bebê, estando presente quatro pessoas: acompanhante, Enfermeira obstetra, Técnica de Enfermagem e pesquisadora. Contato pele a pele presente, clampeamento realizado entre um a três minutos com gestante dizendo “*Obrigado gente. Foi vocês que me ajudaram*” e agradece a Deus.

Assim, diante de todas as observações realizadas pela pesquisadora, observou que a gestante permanecia muito sozinha durante seu trabalho de parto, pois mesmo que a equipe entrasse e saísse da sala PPP por diversas vezes, o encorajamento na fase de trabalho de parto ficava a desejar.

Se tratando desse maternidade em estudo, foi possível identificar pela pequena amostra do estudo, que sua clientela trata-se de mães com pouca escolaridade que muitas vezes possuem comportamentos nocivos ao bebê, que nos remete a perceber seu nível inferior de instrução. Por isso, merece que esta equipe esteja apta a dar atenção e paciência a essas mães.

Tratando-se da categoria de obstetras, residentes e internos, observou que muitos eram embalados pelo tecnicismo e medicalização presente em sua profissão, pois em fatos específicos, foi possível presenciar que o médico obstetra realizava o rompimento da bolsa das águas sem necessidade, bem como atribuir a cesárea em casos de evolução positiva do trabalho de parto em primíparas.

Com isso, comprehendo que para uma equipe, seja qual categoria ela se insira, e que atua diretamente dentro de um centro de parto que leva em seu nome humanização, deveria embasar suas atitudes por ações que beneficiem ao parto normal sem intervenção, favorecendo sempre o ser mulher repleto de desejos e opiniões. Fica ciente que o “ser humanizado” não está inserido diretamente nestes profissionais atuantes neste setor, merecendo uma mudança brusca de suas ações.

O exame do toque também foi outra prática observada, que por diversas vezes foi repetido em espaços de tempo inferior a duas horas, bem como realizado em menos de quatro segundos. Isso, nos remete a pensar na fragilidade desta prática realizada incorretamente por profissionais que estudam para realizá-la. Onde por diversas vezes,

era realizado por duas ou mais pessoas em um mesmo momento, sem antes perguntar a mãe se podia realizar aquela prática que ocasionava dores e desconforto.

Desta forma, surgiu inquietações diante dessas fragilidades, onde mesmo não sendo objetivo geral e nem específico deste estudo, remete-se a pesquisadora em futuras pesquisas acerca deste assunto para melhor compreender a presença dessas ações em setores como o de estudo.

ANEXO A – FICHA DE MONITORAMENTO DA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE		SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0						
PRONTUÁRIO N°:	DATA DA INTERNAÇÃO:	HORA DA INTERNAÇÃO:						
NOME DA GESTANTE:			DATA DA INTERNADA:					
FICHA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO – PROSAÚDE								
<p>10) PROCEDÊNCIA: <input type="radio"/> residência <input type="radio"/> transferência de outro hospital <input type="radio"/> via pública <input type="radio"/> encaminhada por serviço de saúde <input type="radio"/> ignorado</p> <p>11) MEIO DE TRANSPORTE: <input type="radio"/> meios próprios <input type="radio"/> transporte público <input type="radio"/> ambulância <input type="radio"/> outros <input type="radio"/> ignorado</p> <p>12) QUANTOS SERVIÇOS PROCUROU ANTES DA INTERNADA: <input type="radio"/> nenhum <input type="radio"/> um <input type="radio"/> dois <input type="radio"/> três ou mais <input type="radio"/> ignorado</p>								
13) GESTA: _____ PÁRA: _____ ABORTO: _____		14) N.º CESARIANAS ANTERIORES: _____						
15) DATA ÚLTIMO PARTO: _____		<input type="radio"/> ignorado						
<p>16) IDADE GESTACIONAL NA INTERNADA: semanas dias</p> <p>17) PORTADORA DO HIV: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p> <p>18) PRE-ECLAMPSIA: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p> <p>19) HEPATITE B: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p> <p>20) DUM: _____</p> <p>21) GESTANTE DE RISCO: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p> <p>22) SÍFILIS NA GESTAÇÃO: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p> <p>23) TOXOPLASMOSSE: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p>								
<p>24) TIPO DE GESTAÇÃO: APRESENTAÇÃO FETO 1 APRESENTAÇÃO FETO 2</p> <p><input type="radio"/> único <input type="radio"/> cefálica <input type="radio"/> cefálica <input type="radio"/> gêmeas <input type="radio"/> péviria <input type="radio"/> péviria <input type="radio"/> tripla ou mais <input type="radio"/> outras córnica/transversal <input type="radio"/> outras córnica/transversal <input type="radio"/> ignorado <input type="radio"/> ignorado</p>								
<p>25) INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO: <input type="radio"/> espontâneo <input type="radio"/> misoprostol <input type="radio"/> induzido <input type="radio"/> oxitocina <input type="radio"/> sem trabalho de parto <input type="radio"/> ignorado</p> <p>26) VDRL REALIZADO* RESULTADO*</p> <p><input type="radio"/> não <input type="radio"/> positivo <input type="radio"/> positivo <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> negativo <input type="radio"/> negativo <input type="radio"/> ignorado <input type="radio"/> ignorado</p> <p>27) DILATAÇÃO NA ADMISSÃO: CM</p> <p>28) MEMBRANAS INTEGRAS: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p>								
<p>29) TEMPO DE BOLSA ROTA: H</p> <p>30) PARTOGRAMA: _____</p> <p>31) RCF NA ADMISSÃO: <input type="radio"/> positivo <input type="radio"/> negativo <input type="radio"/> ignorado</p> <p>32) CONTRAÇÕES NA ADMISSÃO: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p> <p>33) VENOCLISE: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p> <p>34) JEJUM: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p>								
<p>35) ACOMPANHANTE NO TP: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> companheiro <input type="radio"/> ignorado <input type="radio"/> mãe <input type="radio"/> outra</p> <p>36) MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO DE ALIVIO DA DOR: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> escala de líng <input type="radio"/> cavalete <input type="radio"/> chuveiro <input type="radio"/> banheira <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> bola <input type="radio"/> acupuntura <input type="radio"/> ignorado</p> <p>37) DILATAÇÃO DO COLO NA AMNIOTOMIA: CM</p> <p>38) USO DE OXITOCINA: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> 1º estágio <input type="radio"/> 1º estágio <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 2º estágio <input type="radio"/> 2º estágio <input type="radio"/> ignorado <input type="radio"/> ignorado</p> <p>39) ANALGÉSIA FARMACOLÓGICA NO TP: <input type="radio"/> não <input type="radio"/> periferal <input type="radio"/> opioide <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> iugular <input type="radio"/> ignorado</p>								
<p>40) DATA DO PARTO: _____</p> <p>41) HORA DO PARTO* H MIN.</p> <p>42) TIPO DE PARTO:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> parto normal <input type="radio"/> parto normal em gestação alto risco <input type="radio"/> parto normal em CPN </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> sem intervenção <input type="radio"/> lâseres <input type="radio"/> víscua <input type="radio"/> ignorado </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> parto cesárea <input type="radio"/> parto cesárea em gestação <input type="radio"/> parto cesárea em laqueadura subária </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> cesárea intraparto <input type="radio"/> cesárea anteparto <input type="radio"/> ignorado </td> </tr> </table>					<input type="radio"/> parto normal <input type="radio"/> parto normal em gestação alto risco <input type="radio"/> parto normal em CPN	<input type="radio"/> sem intervenção <input type="radio"/> lâseres <input type="radio"/> víscua <input type="radio"/> ignorado	<input type="radio"/> parto cesárea <input type="radio"/> parto cesárea em gestação <input type="radio"/> parto cesárea em laqueadura subária	<input type="radio"/> cesárea intraparto <input type="radio"/> cesárea anteparto <input type="radio"/> ignorado
<input type="radio"/> parto normal <input type="radio"/> parto normal em gestação alto risco <input type="radio"/> parto normal em CPN	<input type="radio"/> sem intervenção <input type="radio"/> lâseres <input type="radio"/> víscua <input type="radio"/> ignorado	<input type="radio"/> parto cesárea <input type="radio"/> parto cesárea em gestação <input type="radio"/> parto cesárea em laqueadura subária	<input type="radio"/> cesárea intraparto <input type="radio"/> cesárea anteparto <input type="radio"/> ignorado					

<p>70 LOCAL DO PARTO:</p> <p><input type="radio"/> sala de parto <input type="radio"/> CPN <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> quarto PPP <input type="radio"/> centro cirúrgico <input type="radio"/> ignorado</p>			<p>71 ACOMPANHANTE NO PARTO:</p> <p><input type="radio"/> não <input type="radio"/> companheiro <input type="radio"/> ignorado <input type="radio"/> mãe <input type="radio"/> outro</p>		
<p>72 POSIÇÃO NO PERÍODO EXPULSIVO:</p> <p><input type="radio"/> direita <input type="radio"/> céores <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> semi-direita <input type="radio"/> lateral <input type="radio"/> ignorado</p>			<p>73 INTERCORRÊNCIA NO PARTO:</p> <p><input type="radio"/> hemorragia <input type="radio"/> distocia de ombro <input type="radio"/> sem intercorrências <input type="radio"/> outros <input type="radio"/> retenção placentária <input type="radio"/> prolapsus de cordão <input type="radio"/> eclâmpsia/hipertensão <input type="radio"/> ignorado</p>		
<p>74 EPISIOTOMIA:</p> <p><input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p>		<p>75 LACERAÇÃO VAGINAL/PERINEAL:</p> <p><input type="radio"/> não <input type="radio"/> 1º grau <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> 2º grau <input type="radio"/> <input type="radio"/> 3º grau <input type="radio"/> <input type="radio"/> 4º grau</p>		<p>76 USOU SULFATO DE MAGNÉSIO:</p> <p><input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p>	
<p>77 INDICAÇÃO DA CESAREANA:</p> <p><input type="radio"/> hereditidade <input type="radio"/> infecção pelo HIV <input type="radio"/> apresentação pélvica/anomalia <input type="radio"/> descolamento prematuro de placa <input type="radio"/> placenta prévia <input type="radio"/> desproporção céfalo-pélvica</p>			<p><input type="radio"/> distocia/disconexia <input type="radio"/> pre-eclâmpsia-grave <input type="radio"/> falha de indução <input type="radio"/> outros <input type="radio"/> sofrimento fetal <input type="radio"/> ignorado</p>		
<p>NOME DO PROFISSIONAL *</p> <hr/>					
<p>78 TIPO DE ANESTESIA NA CESAREANA:</p> <p><input type="radio"/> raquitídica <input type="radio"/> peridural <input type="radio"/> geral <input type="radio"/> ignorado</p>					
<p>NOME DO PROFISSIONAL *</p> <hr/>					
<p>79 ATENDENTE O PARTO:</p> <p><input type="radio"/> médico obstetra <input type="radio"/> enfermeira/obstetra/obstétriz <input type="radio"/> médico cirurgião geral <input type="radio"/> enfermeira <input type="radio"/> médico residente <input type="radio"/> médico outra especialidade</p>			<p><input type="radio"/> médico clínico <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> médico da estratégia de saúde da família <input type="radio"/> ignorado <input type="radio"/> médico generalista</p>		
<p>NOME DO PROFISSIONAL *</p> <hr/>					
<p>80 RESULTADO PERINATAL:</p> <p><input type="radio"/> natalício <input type="radio"/> óbito fetal durante a internação e antes TP <input type="radio"/> óbito fetal antes da admissão <input type="radio"/> óbito fetal no TP</p>			<p><input type="radio"/> óbito na primeira hora após o nascimento <input type="radio"/> óbito após a primeira hora do nascimento</p>		
<p>81 IMUNOGLOBULINA ANTIRH:</p> <p><input type="radio"/> não <input type="radio"/> sim <input type="radio"/> ignorado</p>			<p>82 ACOMPANHANTE NO PÓS PARTO:</p> <p><input type="radio"/> não <input type="radio"/> mãe <input type="radio"/> companheiro <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> ignorado</p>		
<p>83 MOTIVO DA SAÍDA DA MULHER:</p> <p><input type="radio"/> alta <input type="radio"/> permanência <input type="radio"/> transferência <input type="radio"/> óbito <input type="radio"/> outro <input type="radio"/> ignorado</p>			<p>84 DATA DA SAÍDA:</p> <p><input type="radio"/> / /</p>		
<p>85 NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO</p> <hr/>					

ANEXO B – FICHA DE MONITORAMENTO DA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

FICHA DE MONITORAMENTO/AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO						RN
NOME DA GESTANTE: *			DATA NASCIMENTO: * / /			/ /
121 SEXO: (1) F (2) M (3) Indeterminado			122 IG ESTIMADA: _____			S d
123 PESO DO RN: * gramas AIG(1)PIG(2) GIG(3)			124 APGAR: 1 minuto 5 minuto			
125 ATENDEU O RN NO NASCIMENTO: (1)médico pediatra (3)enfermeira (5)médico residente (2)enfermeira obstetra/obstetriz (4)médico neonatalogista (6)médico outra especialidade (7)ignorado						
126 CONTATO PELE A PELE IMEDIATO: (0) não (1) sim (2)ignorado 127 CLAMPEAMENTO DO CORDÃO: (1)menos de 1 min (3)menor que 3 min (2)entre 1 a 3 min (4)ignorado						
128 AMAMENTAÇÃO NA 1ª HORA DE VIDA: (0) não (1) sim (2)ignorado 129 USO DE OXIGÊNIO: (0) não (1) sim (2)ignorado						
130 REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO: (0) não (1) sim (2)ignorado () máscara e balão () máscara e ventilador mecânico/manual () intubação traqueal () massagem cardíaca () drogas						
131 RN ADMITIDO EM: (1) Alojamento conjunto (2) Unidade Neonatal (3)ignorado			132 RASTREAMENTO DE HIPOGLICEMIA NAS PRIMEIRAS 48 HORAS DE VIDA: (0) não (1) sim (2)ignorado			
133 RASTREAMENTO PARA INFECÇÃO: (0) não (1) sim (2)ignorado			134 ICTERÍCEA NEONATAL: (0) não (1) sim (2)ignorado			
135 INFECÇÃO: (0) não (1) sim (2)ignorado () conjuntivite () HIV () impetigo () onfâlito () sepsis () cefalito () Rubéola () Toxoplasmose () ignorando						
136 FOTOTERAPIA: (0) não (1) sim (2)ignorado						
TRIAGEM NEONATAL:						
137 TRIAGEM AUDITIVA: *			Exame Alterado			(0) não (1) sim (2)ignorado
138 TESTE DO OLHINHO: *			(0) não (1) sim (2)ignorado			(0) não (1) sim (2)ignorado
139 TESTE DO PEZINHO: *			(0) não (1) sim (2)ignorado			(0) não (1) sim (2)ignorado
VACINAS						
140 HEPATITE B: (0) não (1) sim (2)ignorado			141 BCG: (0) não (1) sim (2)ignorado			
142 MOTIVO DE SAÍDA DO RN: * (1) Alta (3) Transferência (5) Outros (2) Permanência (4) Óbito (6) ignorando			143 DATA DA SAÍDA: * / / HORA: : :			
144 ALIMENTAÇÃO NA ALTA/TRANSFERÊNCIA: * (1) Leite materno (2) fórmula (3)fórmula exclusiva (4) ignorando						

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANIADO DO CEP/MEAC

**MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC**



PARECER CONSUBSTANIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À PARTURIENTE PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO CENTRO DE PARTO DA MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND

Pesquisador: Aline Maria Carvalho Maia Mendonça

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37172114.2.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 830.275

Data da Relatoria: 09/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal de base hospitalar, tendo como local para a realização do estudo o Centro de Parto Humanizado (CPH) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) com 400-500 parturientes que receberem assistência da equipe multiprofissional no CPH da MEAC no período de novembro e dezembro de 2014. Seu objetivo geral será avaliar o processo de humanização na assistência prestada à gestante em trabalho de parto pela equipe multiprofissional do Centro de Parto Humanizado da MEAC através de questionário com a puérpera durante seu internamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o processo de humanização na assistência prestada à gestante em trabalho de parto pela equipe multiprofissional do Centro de Parto Humanizado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

Objetivos Secundários:

Descrever as características socioeconômicas, demográficas e gestacionais das parturientes admitidas no Centro de Parto Humanizado da

Maternidade Assis Chateaubriand; Identificar as variáveis relacionadas à assistência ao parto e

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 830.275

nascimento realizado pelo Centro de Parto Humanizado da Maternidade Assis Chateaubriand; Elaborar a partir das variáveis um indicador composto de assistência humanizada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa não trará riscos para as participantes. Seu benefício será fornecer dados para melhoria das condições de atendimento humanizado nos centros de parto normal e contribuições para políticas públicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão todos entregues e dentro do padrão.

Recomendações:

Substituir no TCLE a indicação do NESAR para CEP/MEAC.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver recomendação acima

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e refazer o TCLE com a recomendação proposta pelo relator.

FORTALEZA, 13 de Outubro de 2014

Assinado por:

Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n	CEP: 60.430-270
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569	Fax: (85)3366-8528
E-mail: meloventura@uol.com.br	