

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Ana Maria Magalhães Sousa

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM
UMA MATERNIDADE DE BELO HORIZONTE**

**Belo Horizonte – MG
2013**

Ana Maria Magalhães Sousa

**PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM
UMA MATERNIDADE DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Kleyde Ventura de Souza

Belo Horizonte – MG

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa, Ana Maria Magalhães.
S725p Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte [manuscrito]. / Ana Maria Magalhães Sousa. -- Belo Horizonte: 2013.
139f.
Orientador: Kleyde Ventura de Souza.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Parto Humanizado. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Trabalho de Parto. 4. Humanização da Assistência. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Souza, Kleyde Ventura de. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-graduação

Dissertação intitulada **Práticas Obstétricas na Assistência ao Parto e Nascimento em uma Maternidade de Belo Horizonte**, de autoria da mestranda Ana Maria Magalhães Sousa, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Kleyde Ventura de Souza - Orientadora
Escola de Enfermagem – UFMG

Profa. Dra. Edna Maria Rezende
Escola de Enfermagem – UFMG

Profa. Dra. Fabiana Villela Mamede
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP/RP

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Programa de Pós- graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 01 de março de 2013.

Aos meus pais, Marilda e Jader,
Minha fortaleza...
Os únicos capazes de sustentar a certeza
De que nunca estou sozinha.
“E é tão bonito quando a gente sente
Que nunca está sozinho por mais que pense estar.”
(Gonzaguinha)

AGRADECIMENTOS

Eis que a gestação chega ao fim...

É hora de nascer...

E agradecer!

Dizem que a gratidão é a primeira das virtudes, aquela a partir da qual todas as demais são possíveis. Menos por virtude que por justiça, quero firmar o meu sincero agradecimento àqueles que me apoiaram, seja na concepção, na gestação ou no parto dessa dissertação.

Presente em todas essas etapas, inicio expressando a minha imensa gratidão a Deus que, além de confortar-me, reconhecendo as minhas necessidades e limitações, me proporcionou durante a gestação desse trabalho tantos encontros felizes, que se sobressaíram mesmo diante das dificuldades.

Agradeço aos professores do Departamento Materno-Infantil da Escola de Enfermagem da UFMG, pela forma carinhosa e acolhedora que me receberam, em especial:

·À professora Kleyde Ventura, minha orientadora, pela confiança e oportunidade de desenvolver esta pesquisa.

·À professora Edna Rezende, coordenadora do projeto que deu origem a este trabalho e à professora Eunice Martins, por acompanharem de perto, e em parceria, as etapas de seu desenvolvimento.

·À professora Torcata Amorim, pelas palavras amigas e de incentivo nas várias conversas durante os plantões no HRTN em que eu desabava nas minhas dúvidas e inseguranças.

À Deise Campos, coordenadora estadual do projeto nacional que foi fonte de dados desta pesquisa, por “acender a luz no fim do túnel” na etapa dos dados, mas, acima de tudo, pela empatia recíproca desde o nosso primeiro encontro que, além de atos e palavras de apoio, permitiram diálogos sinceros ao longo desta gestação.

À Universidade de Itaúna, na pessoa de Juliano Teixeira, coordenador do curso de Enfermagem desta Universidade, que muito mais que “chefe”, foi amigo,

incentivador e compreensivo nas minhas muitas dificuldades de conciliar o trabalho com os compromissos do curso de Mestrado.

À Adrinez Cançado, que no início dessa gestação era apenas uma colega de curso, mas que se transformou, com o tempo, em amiga confiante, com trocas capazes de amenizar as nossas aflições. Expresso, em especial, a minha eterna gratidão a essa enfermeira obstetra, que com distinto amor à sua profissão, se dispôs voluntariamente a dividir comigo a sua vasta experiência, o que tornou possível que eu também me tornasse, na prática, uma enfermeira obstetra e sua colega de ofício.

À equipe da maternidade do HRTN, que no meio dessa gestação se tornaram colegas de trabalho, meu muito obrigada pelo apoio.

Ao Augusto Brandão, colega médico e estatístico, que tanto contribuiu na análise dos dados, pela paciência com as minhas eternas dúvidas sobre amostra e testes estatísticos.

À minha família, em especial aos meus pais, sagrada fonte de refúgio e de conforto nos meus momentos de cansaço físico e mental... Fonte inesgotável de carinho, amor e paciência.

Ao Belzinho, pelo apoio, incentivo, carinho, paciência e, acima de tudo, por compreender as minhas muitas ausências, permanecendo ao meu lado, ainda que muitas vezes isso fosse recíproco apenas fisicamente.

Ao vovô Cícero, que com todo carinho e cuidado, demonstrava exagerada preocupação todas as muitas vezes que me via em casa, especialmente nos finais de semana, debruçada em livros.

À saudosa vovó Ana, que me acompanhou até a metade dessa gestação, pelos olhares sinceros, pelo beijo doce de cada despedida e por, mesmo tantas vezes preferir não se pronunciar, demonstrar o seu carinho pedindo por mim silenciosamente em suas orações.

Aos meus familiares queridos: tias, tios, primas e primos, pela notável torcida, mas principalmente pelos encontros descontraídos que, tantas vezes, necessariamente me desviaram a atenção.

À família da Tia Landa e Saulo, por me acolher generosamente em sua casa nas minhas tantas “idas e vindas” a Belo Horizonte, acompanhando as etapas dessa gestação e torcendo, de forma sincera, por um parto sem distócia.

À Selma, minha terapeuta que, como um presente, surgiu em uma fase em que eu achava ter me perdido... Foram poucas, mas sábias palavras que me auxiliaram a redescobrir o encantamento dessa gestação.

Às minhas amigas e amigos, pela torcida e por sentirem a minha ausência, especialmente na fase final dessa gestação e, dessa forma, me fazerem sentir, de algum modo, especial para vocês.

Às mulheres e seus bebês, a quem dedico o meu trabalho, pela confiança que nos permitiram conhecer e explorar uma experiência tão particular, como são os seus partos.

RESUMO

SOUSA, A. M. M. **Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma maternidade de Belo Horizonte**. 2013. 139f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

O processo de institucionalização do parto trouxe avanços importantes para a melhoria da assistência, por outro lado, gerou um conjunto de práticas obstétricas padronizadas e intervencionistas, sustentando o modelo de atenção tecnocrático. Em resposta aos resultados desfavoráveis desse modelo de atenção, a partir da década de 1980, surgiu o movimento da humanização do parto, que além da assistência acolhedora e respeitosa, propôs a assistência baseada na evidência científica. A prática obstétrica baseada em evidência foi descrita pela OMS e MS, que ainda destacaram a enfermeira obstetra na assistência ao parto como componente da humanização do parto, revelando uma nova organização da assistência moldado no trabalho em equipe. O objetivo deste estudo foi analisar as práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma instituição de saúde do município de Belo Horizonte – MG, no qual enfermeiras e médicos obstetras desenvolvem juntos essa assistência. Metodologia: estudo descritivo e exploratório de delineamento transversal, que incluiu 90 puérperas e seus conceitos. Os dados foram coletados em prontuários e por meio de entrevistas e analisados com o auxílio dos pacotes estatísticos Epi-Info versão 3.5.3 e SPSS 10.0. Resultados: Todas as 90 puérperas tiveram gestação única, 67,8% teve parto vaginal, dos quais 87% foram assistidos por enfermeiras obstetras. Práticas demonstradamente úteis e devem ser encorajadas no trabalho de parto e parto: oferecimento de dieta (55,6%); liberdade de posição e movimento (94,5%); método não farmacológico para alívio da dor (79,2%), sendo banho de chuveiro o mais utilizado; uso de partograma (80%); presença de acompanhante (92,2%); contato precoce cutâneo com o RN (77,5%). Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência do trabalho de parto: uso de enema e tricotomia (0). Práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado durante o trabalho de parto e parto: amniotomia (43,1%), infusão de ocitocina (47,7%), analgesia (26,6%), mostrando associação estatisticamente significativa com a admissão precoce da mulher; episiotomia (11,5%). Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência do trabalho de parto e parto: posição da mulher no parto “deitada de costas com as pernas levantadas” (75,4%); manobra de Kristeller (11,5%). Conclusão: foram encontradas práticas baseadas no modelo humanizado, mas também foram registradas práticas apoiadas no modelo tecnocrático. Mesmo nesta instituição que incorpora e acredita numa assistência realizada com práticas humanizadas baseadas em evidências científicas, a transformação do modelo assistencial na obstetrícia ainda é um desafio atual e urgente que requer esforços tanto de gestores quanto de profissionais de saúde.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Enfermagem Obstétrica. Trabalho de Parto. Humanização da Assistência. Dissertações Acadêmicas.

ABSTRACT

SOUSA, A. M. M. **Obstetric practices in care delivery and birth in a maternity hospital in Belo Horizonte**. 2013. 139p. Dissertation (Master's Degree) – College of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

The process of institutionalization of the childbirth care brought important advances to make the assistance better, on the other side, generated a set of standardized obstetric and interventionist practices, sustaining the technocratic attention model. In response to the unfavorable results of this attention model, from the decade of 1980, arose the movement of humanizing the birth, in addition to welcoming and respectful assistance, proposed assistance based on the scientific evidence. The obstetric practice based on the evidence was described by the OMS e MS, who highlighted the obstetrician nurse in the delivery assistance as a component of humanizing the childbirth, revealing a new organization of the assistance molded on the teamwork. The aim of this study was to analyze the obstetric practices on the assistance of the delivery and birth in a health institution at the city of Belo Horizonte – MG, in which nurses and obstetrician doctors develop together this assistance. Methodology: descriptive and exploitative study of transverse design, which included 90 women who have recently given birth and their concepts. Data were collected in medical records with help of statistics packages Epi-Info version 3.5.3 and SPSS 10.0. Results: all 90 women who have given birth had only one pregnancy, 67,8% had vaginal birth, in which 87% were assisted by obstetrician nurses. Useful practices and should be encouraged in labor and birth: offering diet (55,6%); freedom of movement and position (94,5%); non-pharmacological method for relieving the pain (79,2%), being shower bath the most used; use of partogram (80%); companion presence (92,2%); early skin contact with the RN (77,5%). Clearly harmful or ineffective practices and that must be eliminated of the labor assistance: use of enema and shaving (0). Improperly practices often used during labor and birth: amniotomy (43,1%), oxytocin infusion (47,7%), analgesia (26,6%), showing statistically significant association with the early admission of women; episiotomy (11,5%). Clearly harmful or ineffective practices and that must be eliminated of the labor assistance and childbirth: woman's position on childbirth "lying on back with legs raised" (75,4%); Kristeller maneuver (11,5%). Conclusion: practices based on the humanized model were found, but also practices supported on the technocratic model were registered. Even in this institution that incorporates and believes in an assistance realized with humanized practices based on scientific evidences, the transformation of the assistance model on obstetrics is still an actual and urgent challenge which requires efforts from both managers and health professionals.

Keywords: Humanizing Delivery. Obstetrical Nursing. Labor, Obstetric. Humanization of assistance. Academic Dissertations.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Distribuição numérica e proporcional das puérperas do estudo segundo variáveis sociodemográficas – Belo Horizonte, MG	54
TABELA 2 -	Distribuição numérica e proporcional das puérperas do estudo segundo informações sobre o pré-natal – Belo Horizonte, MG	55
TABELA 3 -	Distribuição numérica e proporcional dos antecedentes obstétricos das puérperas do estudo – Belo Horizonte, MG	56
TABELA 4 -	Distribuição numérica e proporcional dos motivos da internação das puérperas do estudo segundo via de parto – Belo Horizonte, MG	57
TABELA 5 -	Distribuição numérica e proporcional dos motivos da realização de cesariana nas puérperas do estudo segundo idade gestacional – Belo Horizonte, MG	58
TABELA 6 -	Distribuição numérica e proporcional das respostas das puérperas do estudo sobre trabalho de parto segundo via de parto – Belo Horizonte, MG	59
TABELA 7 -	Distribuição numérica e proporcional das informações do prontuário sobre o trabalho de parto segundo via de parto – Belo Horizonte, MG	59
TABELA 8 -	Distribuição numérica e proporcional de práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas durante o trabalho de parto – Belo Horizonte, MG	60
TABELA 9 -	Distribuição numérica e proporcional de métodos não farmacológicos para alívio da dor oferecidos as puérperas do estudo durante o trabalho de parto – Belo Horizonte, MG	61
TABELA 10 -	Distribuição numérica e proporcional do quantitativo de métodos não-farmacológicos oferecidos às puérperas do estudo durante o trabalho de parto – Belo Horizonte, MG	62
TABELA 11 -	Distribuição numérica e proporcional da presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto segundo informações das puérperas do estudo – Belo Horizonte, MG	62

TABELA 12 - Distribuição numérica e proporcional da experiência de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e parto segundo a opinião das puérperas do estudo – Belo Horizonte, MG	63
TABELA 13 - Distribuição numérica e proporcional de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência do trabalho de parto – Belo Horizonte, MG	64
TABELA 14 - Distribuição numérica e proporcional de práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado durante o trabalho de parto – Belo Horizonte, MG	64
TABELA 15 - Distribuição numérica e proporcional da incidência de amniotomia, infusão de ocitocina e analgesia, segundo dilatação cervical no momento da admissão – Belo Horizonte, MG	65
TABELA 16 - Distribuição numérica e proporcional de prática demonstradamente útil e que deve ser encorajada no parto normal – Belo Horizonte, MG	66
TABELA 17 - Distribuição numérica e proporcional do contato cutâneo entre as puérperas do estudo e seus recém-nascidos segundo via de parto e índice de Apgar no quinto minuto – Belo Horizonte, MG ..	67
TABELA 18 - Distribuição numérica e proporcional de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência ao parto normal – Belo Horizonte, MG	68
TABELA 19 - Distribuição numérica e proporcional de prática frequentemente utilizada de modo inadequado durante a assistência ao parto normal – Belo Horizonte, MG	69
TABELA 20 - Distribuição numérica e proporcional da incidência de episiotomia segundo faixa etária materna , paridade e posição do parto – Belo Horizonte, MG	69
TABELA 21 - Distribuição numérica e proporcional da ocorrência de laceração de períneo nas puérperas do estudo segundo faixa etária, paridade e posição do parto – Belo Horizonte, MG	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CO	– Centro Obstétrico
COEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CPN	– Centro de Parto Normal
IHAC	– Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MBE	– Medicina Baseada em Evidências
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan Americana de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	– Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	OBJETIVO	21
1.1.1	Objetivo geral	21
1.1.2	Objetivos específicos	22
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
2.1	ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: DA MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO À PROPOSTA DE UM MODELO HUMANIZADO E MULTIDISCIPLINAR	23
2.2	PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	32
2.2.1	Alimentação	34
2.2.2	Liberdade de posição e deambulação	36
2.2.3	Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor	39
2.2.4	Episiotomia	43
3	METODOLOGIA	45
3.1	TIPO DE ESTUDO	45
3.2	LOCAL DA PESQUISA	45
3.3	DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	47
3.4	PLANO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA	48
3.5	SUJEITOS DO ESTUDO	49
3.6	LOGÍSTICA DE CAMPO	49
3.7	CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS QUESTIONÁRIOS	49
3.8	COLETA DE DADOS	50
3.9	VARIÁVEIS DO ESTUDO	51
3.10	ANÁLISE DOS DADOS	53
3.11	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
4	RESULTADOS	54
5	DISCUSSÃO	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	98
	ANEXOS	113
	ANEXO A – Classificação das práticas no parto normal, segundo a	

Organização Mundial da Saúde em 1996	113
ANEXO B – Classificação das práticas no parto normal, segundo o Ministério da Saúde, em 2001	117
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) sobre a pesquisa Nacer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento	121
ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sobre a pesquisa Nacer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento	122
ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição de saúde estudada sobre o projeto a pesquisa Nacer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento	123
ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sobre a inclusão da presente pesquisa ao projeto Nacer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento	124
APÊNDICES	125
APÊNDICE A – Instrumento para entrevista à puérpera	125
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados do prontuário	132
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura do diretor do estabelecimento de saúde	137
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura das puérperas	139

1 INTRODUÇÃO

Com o passar dos tempos, a evolução científica e cultural influenciou de maneira significativa os hábitos e modos de vida dos seres humanos. Nesse contexto, o cuidado prestado à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações (BRUGGEMANN, 2001).

O processo de nascimento é historicamente um evento natural, de caráter pessoal e privado, compartilhado com outras mulheres e seus familiares. Durante muito tempo, as parteiras ou comadres, consideradas pessoas de confiança das gestantes ou de experiência reconhecida na comunidade, eram quem exerciam a atividade de partejar (BRENES, 1991; PROGIANTI; BARREIRA, 2001).

Familiarizadas com as manobras externas capazes de facilitar o parto, essas mulheres conheciam a gravidez e o puerpério, a partir de uma experiência própria e tinham o papel de confortar as mulheres, criando um ambiente emocionalmente agradável, oferecendo alimentos e bebidas. Por razões socioculturais e devido ao tabu de se mostrar os órgãos genitais, detinham a preferência da parturiente (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Entretanto, ao final do século XVI, com a aceitação da obstetrícia como disciplina técnica, científica e dominada pelo homem, o parto aos poucos foi se tornando território de exploração masculina por meio da figura do médico, contribuindo assim para o declínio da profissão de parteira. Em substituição ao paradigma não intervencionista, parir passa a ser considerado um evento perigoso, sendo imprescindível a presença desse profissional (BRUGGEMANN, 2001).

Diante dessa hegemonia, como parte estratégica do exercício de dominação, o discurso médico da metade do século XIX em relação à obstetrícia, caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades. A sua institucionalização era fundamental para o desenvolvimento de novas técnicas de cirurgia, anestesia e para o uso da assepsia durante o trabalho de parto e parto (VEIRA, 2002).

Nascimento *et al.* (2010) afirmam que, no Brasil, a necessidade de controlar o crescimento populacional nos anos de 1970 também contribuiu para o fenômeno de hospitalização do parto, quando os governos militares consentiram que entidades privadas e estrangeiras disponibilizassem métodos e técnicas “modernas” de

contracepção dirigidas às populações pobres, que também deveriam ser aplicadas no ambiente hospitalar.

O processo de institucionalização do parto trouxe avanços importantes para a melhoria da assistência, reduzindo os índices de mortalidade materna e perinatal, o que contribuiu para a aceitação da hospitalização perante à sociedade. Por outro lado, também gerou um conjunto de práticas obstétricas padronizadas e intervencionistas, sustentando o modelo de atenção tecnocrático descrito por Davis-Floyd (2001) que considera o parto um evento médico e patológico que precisa ser tratado (MELO, 1983).

Com isso, ao invés de uma experiência íntima e familiar compartilhada no domicílio, as mulheres iriam experienciar o parto com imposições de rotinas hospitalares, acompanhadas por outros atores sociais, os profissionais de saúde (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005). Inúmeros procedimentos tecnocráticos são incorporados como rotina na assistência ao parto, constituindo uma prática mecanizada, como o são os procedimentos de tricotomia da região genital, o enteroclisma, a episiotomia e a anestesia (DINIZ, 2005; SEIBERT *et al.*, 2005; PEREIRA, MOURA, 2008).

O processo de hospitalização do parto, portanto, foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino. Além da pobreza das relações humanas nessa forma de assistência, o uso irracional de tecnologia no parto levou ao seu atual paradoxo perinatal, quando, apesar da melhoria de praticamente todos os indicadores da saúde materna no Brasil e a maior sobrevivência de recém-nascidos, não há qualquer evidência de melhoria na mortalidade materna (BARROS *et al.*, 2005; COSTELLO, OSRIN, 2005; DINIZ, 2009).

Lobo *et al.* (2010) acreditam que o uso inadequado da tecnologia na atenção ao parto tem apresentado resultados maternos e perinatais desfavoráveis e a assistência intervencionista tem sido fonte de insatisfação para as mulheres. Albers (2005) acrescenta que cada procedimento desnecessário adiciona mais custo no atendimento ao parto, além de potencializar efeitos adversos à saúde do binômio mãe-filho.

Em resposta aos resultados desfavoráveis do modelo de atenção tecnocrático, a partir da década de 1980, vários movimentos internacionais

entenderam que o uso irracional dessas tecnologias provoca mais danos que benefícios, surgindo o movimento da humanização do parto. Esse movimento implica a retomada da visão do parto como um processo natural e feminino e, ainda, a adequação do nascimento de forma individualizada a cada mãe e família envolvidas nesse processo (DINIZ, 2005).

Seibert *et al.* (2005) esclarecem que humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas retomar a mulher como protagonista desse evento e não como mera espectadora.

Nesse sentido, a humanização do parto propõe, especialmente, que os profissionais de saúde respeitem os seus aspectos fisiológicos, intervenham de forma criteriosa e reconheçam os aspectos sociais e culturais das mulheres, oferecendo uma assistência acolhedora baseada no respeito à dignidade e autonomia (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Em estudo sobre os diferentes sentidos do termo humanização da assistência ao parto no Brasil, encontrou-se como uma das interpretações, além da assistência baseada no respeito aos direitos reprodutivos e sexuais e da assistência acolhedora e respeitosa, com adequado manejo da dor e prevenção da dor iatrogênica, a assistência baseada na evidência científica (DINIZ, 2005).

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) ou baseada em informação científica de boa qualidade é um movimento criado na década de 1990, advindo da epidemiologia clínica, com o objetivo de buscar condutas em saúde mais eficientes. Pretende integrar a melhor evidência disponível - orientada por meio de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, em oposição à prática orientada pela tradição e opinião - com a experiência clínica e as características individuais de cada paciente. Considera fundamental o acesso dos usuários do serviço de saúde às fontes de conhecimento e a participação destes nas decisões (SOARES, 2005).

Como resultado dos trabalhos desenvolvidos por grupos internacionais que se organizaram na década de 1980, apoiados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência a gravidez, parto e pós-parto, em 1985, a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e OMS realizaram, no Brasil, uma conferência sobre tecnologia apropriada para o parto. Após a conferência, um exaustivo trabalho de revisão sistemática de estudos foi realizado e uma síntese desse trabalho foi publicada pela primeira vez pela OMS em 1996, conhecida como *Care in Normal Birth: a practical guide*, que

classificou as condutas obstétricas no parto normal a partir de evidências científicas, segundo utilidade, eficácia e risco (OMS, 1996).

Durante o trabalho de parto, a utilização de métodos não-invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, assim como a liberdade de posição e movimento e o oferecimento de líquidos por via oral, são exemplos de práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas. Dentre as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas estão, além de outras, o uso rotineiro do enema e da tricotomia. Outras práticas são frequentemente utilizadas de forma inadequada, tais como restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto e o controle da dor por analgesia peridural. A estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto é exemplo de práticas que devem ser utilizadas com cautela, já que não existem evidências para apoiar sua recomendação (OMS, 1996).

A descrição completa dessas práticas no parto normal que este grupo de pesquisadores da OMS classificou em práticas que devem ser encorajadas, aquelas que devem ser eliminadas, aquelas que faltam evidências para sustentar a sua prática e as que são usadas inadequadamente, está apresentada em anexo (ANEXO A).

No Brasil, esse movimento de transformação da assistência obstétrica, que ocorreu a partir da década de 1990, foi denominado humanização da assistência ao parto e nascimento e contou com o apoio do governo federal que assumiu a humanização como política de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2010). Dessa forma, mais adiante, em 2001, o Ministério da Saúde (MS), tomando como base a classificação das práticas da OMS, apresentou uma publicação, classificando essas condutas e práticas no parto normal, porém modificada pelas novas evidências científicas disponíveis (BRASIL, 2001). Essa classificação do MS, assim como aquela da OMS, se divide em quatro categorias, entretanto inclui a classificação de novas práticas, assim como desloca algumas delas para categorias diferentes.

Assim, o uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto, por exemplo, passam a integrar a categoria das práticas demonstradamente úteis no parto normal. Do mesmo modo, o uso liberal ou rotineiro da episiotomia classificado pela OMS como prática frequentemente utilizada de modo inadequado, passa a ser classificado pelo MS

como prática claramente prejudicial e que deve ser eliminada. Todas as alterações propostas pelo MS aparecem no ANEXO B.

Tanto para a OMS (1996) quanto para o MS (2001), o objetivo dessa assistência deve ser obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal uma razão válida é necessária para se interferir nesse processo tão natural.

Dentro deste contexto, em meados dos anos de 1990, as enfermeiras especializadas em obstetrícia começaram a se destacar ao adotarem em seu fazer esse tipo de assistência obstétrica, conforme recomenda a OMS e classificada como apropriada pelo Ministério da Saúde (MS), passando a ocupar espaços na assistência ao parto hospitalar (PROGIANTI; VARGENS, 2004). A OMS (1996) aponta essas profissionais como aquelas que prestam, mais adequadamente e com melhor custo-benefício, a assistência à gestação e ao parto normal, com competência para avaliar riscos e reconhecer complicações.

A partir da formulação de políticas de saúde voltadas à atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto como componente da humanização do parto, entra em discussão uma nova organização da assistência moldada no trabalho em equipe, aqui denominado trabalho colaborativo, em alusão ao discurso consolidado de enfermeiras e médicos obstetras da língua inglesa sobre o tema (STAPLETON, 1998; DARLINGTON; MCBROOM; WARWICK, 2011).

Esse modelo de assistência é apontado por Saad (2008) como elemento fundamental para uma atenção ao parto qualificada. O trabalho colaborativo é entendido como “trabalhar junto”, em cooperação, a fim de preservar a saúde, educar, cuidar e medicar. É o trabalhar em conjunto, com metas e objetivos comuns (PAYNE, KING; 1998).

Keleher (1998) explica que o trabalho colaborativo acontece quando todos os profissionais envolvidos na equipe reconhecem e respeitam o valor individual e profissional de cada parte. Vários aspectos o caracterizam, tais como comunicação efetiva e clara, diálogo verdadeiro, ouvir ativo e habilidade para negociar. Responsabilidade, competência e assertividade são comportamentos centrais para estabelecer um relacionamento de respeito entre enfermeiras e médicos obstetras e a definição das atribuições profissionais de cada um e a confiança, associadas aos

conhecimentos, as habilidades e as atitudes são condições importantes para que esse relacionamento colaborativo aconteça.

Para as enfermeiras obstetras, o comportamento colaborativo inclui respeito, confiança e apoio dos médicos obstetras nas suas atividades. Para os médicos, a competência clínica, o querer colaborar e a facilidade para interagir são considerados requisitos para um relacionamento colaborativo (KELEHER, 1998).

No Brasil, algumas experiências de trabalho colaborativo na assistência ao parto e nascimento vêm sendo inseridas como políticas institucionais que reforçam as políticas públicas, tal como acontece no município de Belo Horizonte. Entretanto, as práticas obstétricas dos profissionais que atuam nesse modelo de assistência ainda não são conhecidas de forma sistematizada, bem como seus resultados maternos e perinatais, que apontem para sua avaliação.

Neste estudo pretende-se analisar as práticas de assistência ao parto e nascimento desenvolvidas por enfermeiras obstetras e médicos obstetras de uma maternidade do município de Belo Horizonte-MG, considerada referência nacional na assistência ao parto humanizado e que está em construção de uma assistência baseada nesse modelo colaborativo.

A exploração desse cenário poderá contribuir para a elaboração de um diagnóstico dessas práticas que disponibilizará aos gestores do serviço, bem como municipais, estaduais e federais, indicadores das práticas de assistência ao parto e nascimento realizadas por esses profissionais, fornecendo bases para a implantação, ampliação ou sistematização desse modelo de assistência já ensaiado em programas governamentais.

1.1 OBJETIVO

1.1.1 Objetivo geral

Analisar as práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento em uma instituição de saúde do município de Belo Horizonte – MG.

1.1.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes atendidas na instituição de saúde
- Identificar as condições clínicas e obstétricas das gestantes no momento de sua admissão
- Identificar as práticas obstétricas realizadas pelos profissionais atuantes no trabalho de parto e parto
- Avaliar a consonância das práticas desenvolvidas pelos profissionais médicos e enfermeiras obstetras durante o trabalho de parto e parto com as recomendações do MS/OMS

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO: DA MEDICALIZAÇÃO DO CORPO FEMININO À PROPOSTA DE UM MODELO HUMANIZADO E MULTIDISCIPLINAR

Ao longo dos tempos, as mulheres se beneficiaram com as práticas obstétricas tradicionais exercidas pelas parteiras, assim como também se beneficiaram com os avanços obtidos ao longo dos tempos. Para Leppert (1997), ainda hoje, as pacientes precisam de ambos, tanto das práticas tradicionais quanto dos avanços tecnológicos.

As parteiras, mulheres que no passado assistiam a mulher durante o parto, detinham o conhecimento do ofício de partejar adquirido pela experiência de seus próprios partos e/ou como aprendizes de outras parteiras e suas mães. O seu conhecimento era exclusivamente prático, intuitivo e se apegavam à religiosidade para realizar um parto seguro. O parto era assistido no domicílio, onde também estavam presentes as irmãs, o marido e outras mulheres do convívio da parturiente (KITZINGER, 1988).

Nas situações em que a parteira se encontrava diante de um parto complicado, em geral as anomalias de apresentação consequentes à multiparidade, ela procurava, inicialmente, reconhecer o que estava ocorrendo, para então sair em busca de auxílio, comumente de outra parteira mais experiente. Tão somente quando todos os recursos se esgotavam é que se deliberava a presença de um cirurgião para a embriotomia (TAYLOR, 1970). Obviamente, a presença de um cirurgião no quarto da parturiente muitas vezes era vivenciada com preocupação e ansiedade pelas pessoas presentes (OSAVA; TANAKA, 1997).

Ao final do século XVI, inaugurado com a invenção do fórceps obstétrico pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen, a profissão de parteira começou a sofrer um declínio (OSAWA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006). Já naquela época, a utilização do fórceps dava uma expressão concreta da substituição do paradigma não-intervencionista da assistência que prestavam as parteiras pela ideia de parto como um ato controlado pelo homem (OSAVA; TANAKA, 1997).

A maioria das parteiras, exclusivamente mulheres, dispunha de pouca base educacional e baixo poder de organização e, ao contrário da emergente profissão médica norte-americana – uma profissão masculina, branca e de classe média – por

razões econômicas, teve a utilização do fórceps restrita entre elas. Mais do que qualquer outro instrumento, o fórceps simbolizou a arte da obstetrícia médica (SEIBERT *et al.*, 2005).

A origem desse novo modelo de assistência, conhecido como tecnocrático, pode ser analisada a partir das mudanças revolucionárias na física e na astronomia. A visão cartesiana de mundo e os princípios da física newtoniana exerceram forte influência sobre o pensamento científico ocidental, constituindo o alicerce conceitual da moderna medicina científica (CAPRA, 1998). Dessa forma, o funcionamento do corpo humano passa a ser comparado ao funcionamento de uma máquina, a doença como defeito dessa máquina humana e a tarefa do médico consertá-la. Ao desconsiderar a complexidade do ser humano, estabelecendo a divisão entre corpo e mente, essa visão reducionista de Descartes, levou a medicina a concentrar-se na máquina corporal e a negligenciar os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença (MARQUES, 1993).

O desenvolvimento da obstetrícia ocidental foi fortemente influenciado não só pela visão do corpo como máquina, mas também pela aceitação da metáfora do corpo feminino como máquina defeituosa. Essa visão, que formou as bases filosóficas da obstetrícia moderna, levou os obstetras a desenvolverem ferramentas e tecnologias para manipular e corrigir os defeitos do “perigoso e anormal” processo de nascimento. Houve uma supervalorização da ciência, da tecnologia e do saber médico em relação à vivência, experiência e saber da mulher (DAVIS-FLOYD, 2001).

Dessa forma, aos poucos, a parteira foi se tornando uma boa opção apenas para os pobres, pois além de economicamente acessível, ela se envolvia com as tarefas domésticas, auxiliando a puerpera por um mês ou mais após o parto. A inegável necessidade social do seu trabalho dificultava sua imediata exclusão da assistência ao parto e, embora diversas proposições terem sido ensaiadas ao longo do século XIX, somente a partir de 1920 é que o declínio da parteira norte-americana tornou-se irreversível, com a restrição governamental à entrada de imigrantes e a substituição do parto domiciliar pelo parto hospitalar nesse mesmo período (OSAVA; TANAKA, 1997).

No Brasil, o desenvolvimento da obstetrícia não se deu de forma distinta. No período colonial, as parteiras brasileiras também eram as detentoras da arte de

partejar, possuíam o saber empírico e praticavam as artes místicas como forma de minimizar o sofrimento das parturientes (SEIBERT *et al.*, 2005).

A evolução da obstetrícia, entretanto, se deu de forma lenta e gradual, uma vez que dependia da vinda de profissionais estrangeiros ou do retorno de alguns aristocratas que haviam ido estudar na Europa. Com a transferência da corte portuguesa para o Brasil, parteiras francesas formadas foram trazidas pela Faculdade de Medicina de Paris e elas, além de partejar, vacinavam contra varíola e tratavam de moléstias do útero (REZENDE, 2005).

Em pouco tempo, as primeiras faculdades no Brasil foram inauguradas e, em 1832 iniciou-se, junto às escolas médicas, a educação formal da parteira. Nesse ano, as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades de Medicina e, entre os cursos oferecidos, foi incluído o Curso de Partos. Até então, não havia parteiras brasileiras diplomadas e as mulheres que se dedicavam à assistência ao parto deveriam possuir autorização legal para exercer a obstetrícia. Mesmo que essa lei não fosse obedecida, a necessidade dessa autorização representou, no Brasil, o princípio do controle dos médicos sobre a atividade das parteiras (JORGE, 1975).

De 1832 até 1949, toda a legislação do ensino de parteiras esteve contida na legislação do ensino da medicina e foi objeto de diversos decretos que determinaram a denominação dos cursos, as exigências para admissão de candidatas, o currículo a ser seguido e o título conferido – parteira, enfermeira parteira, enfermeira especializada, obstetriz e enfermeira obstétrica (JORGE, 1975).

Segundo Riesco e Tsunechiro (2002), no final do século XIX, a associação do trabalho da parteira e da enfermeira era cogitada, quando médicos brasileiros passaram a propor a formação profissional de parteiras que fossem também enfermeiras. Com isso, buscavam-se mudanças na atuação das parteiras, limitando sua prática independente, restringindo e controlando seu espaço na assistência ao parto e impondo a hierarquia estabelecida para as enfermeiras, especialmente no hospital.

Historicamente, nesse momento, o discurso médico em relação à obstetrícia já se caracterizava pela defesa da hospitalização do parto e essa mudança oferecia as condições necessárias para a inclusão de rotinas cirúrgicas em obstetrícia, como a episiotomia e o fórceps. Portanto, enquanto se discutia a melhor via para a capacitação formal de profissionais não-médicos para a assistência ao parto normal

e se regulamentava o exercício profissional dessa categoria, na década de 1970 o processo de institucionalização do parto atingia seu ápice, refletindo na maneira de pensar da sociedade brasileira, acompanhado pela masculinização e pela medicalização do parto. Progianti, Lopes e Gomes (2003) explicam que o poder dos profissionais da área obstétrica, já na sua maioria do sexo masculino, fez com que as mulheres acreditassem numa prática medicalizada, o que também favorecia para o fortalecimento da assistência médica intervencionista.

Para Hislop e Arber (2003), a medicalização é o processo pelo qual os eventos naturais do ciclo vital, portanto os aspectos da vida cotidiana, são apropriados pela medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais. A posição do Brasil como um dos países com as maiores taxas de cirurgias cesarianas é reflexo desse processo de medicalização do corpo, na década de 1970, e se fortalece na atualidade (BRASIL, 2008).

Ao transferir a assistência para os médicos

“o parto passou então a ser visto como um ato cirúrgico como outro qualquer. (...) O normal é confundido com o patológico, a pressa e a ansiedade tomam o lugar da calma e da serenidade. A observação atenta oferece lugar à intervenção sistemática e desnecessária, na maior parte dos casos (...) já que desabitua os acompanhantes de fenômenos fisiológicos, foram formados para intervir, resolver casos complicados.” (MACHADO, 1998, p. 143)

O processo de hospitalização do parto trouxe avanços importantes para a melhoria da assistência, mas o preço da melhoria das condições do parto foi a desumanização e a transformação do papel da mulher de sujeito para objeto do processo de parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Diante disso, a partir da década de 1980, ocorreu um movimento mundial em prol da humanização do parto e nascimento, uma preocupação crescente em dar lugar a novos paradigmas que considerassem e valorizassem o ser humano em sua totalidade. A avaliação científica das práticas de assistência, realizada em 1985 pela OMS e OPAS, evidenciou a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com o mínimo de intervenção sobre a fisiologia da parturiente e de muitos procedimentos centrados nas suas necessidades, ao invés de organizados em função das necessidades das instituições (DAVIS-FLOYD, 2001).

A síntese dessa avaliação das práticas obstétricas, feita a partir de evidências científicas, foi publicada pela OMS pela primeira vez em 1996, e é conhecida como *Care in Normal Birth: a practical guide*. Nesse documento, a OMS retoma, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, o profissional não-médico como aquele mais apropriado para o acompanhamento das gestações e partos de risco habitual, com competência para identificar riscos e reconhecer complicações (OMS, 1996).

Vargens, Progiante e Silveira (2008) esclarecem que as enfermeiras obstetras são capazes de superar o modelo de cuidado intervencionista e desenvolver habilidades não invasivas que são peculiares desse modelo humanizado e desmedicalizado de assistência ao parto. Elas são apontadas por Pereira e Moura (2008) como agentes de mudança cultural para a concretização do cuidado sensível e humano no atendimento das mulheres que vivenciam o processo de nascimento.

O MS passou a adotar a humanização do parto e nascimento como política pública de atenção à saúde somente no final dos anos de 1990, com a publicação de um conjunto de portarias iniciadas em 1998. Nesse ano, buscando a redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal e considerando a necessidade de aprimoramento da assistência ao parto normal, o MS passa a reconhecer a importância da enfermeira obstetra para a melhoria na qualidade da assistência. Foi declarado, pelo então Ministro da Saúde, que a prioridade de sua gestão seria a Saúde da Mulher e, nesta, institucionalizava-se a participação da enfermeira obstetra na assistência ao parto normal. Através da Portaria n. 2.815 de 29 de maio de 1998 do MS, por exemplo, inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra” e tem como principal finalidade reconhecer a assistência prestada por essa categoria profissional, no contexto da humanização do parto (BRASIL, 2001).

No ano seguinte, a Portaria nº. 985 de 05 de agosto de 1999, assinada pelo mesmo Ministro da Saúde, admitindo mais uma vez a necessidade de humanização da assistência às mulheres no período gravídico-puerperal, cria, sob coordenação exclusiva de enfermeiras obstetras, o Centro de Parto Normal (CPN) (BRASIL, 1999). No ano 2000, a Portaria nº. 569 institui o *Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento* para ser implementado de forma articulada entre o MS e as secretarias estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2000). Esta portaria também

assegura uma assistência humanizada e segura à mulher durante o período reprodutivo e seu recém-nascido. Seu destaque para a categoria de enfermagem, na opinião de Merighi e Gualda (2002), é a consolidação da participação da enfermeira, preferencialmente especializada em Obstetrícia, integrando uma equipe mínima de profissionais para a realização de parto dentro das instituições de saúde.

Finalmente, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, a *Rede Cegonha* que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher uma atenção humanizada e qualificada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha tem atuação integrada com as demais iniciativas para a saúde da mulher no SUS e prevê ainda a qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres durante esse período, bem como a criação de estruturas de assistência como a Casa da Gestante, a Casa do Bebê e os CPN's – um dos principais campos de atuação da enfermeira obstetra – que funcionarão em conjunto com a maternidade para humanizar ainda mais o processo de parir e nascer. Além disso, o programa exige que as boas práticas de atenção ao parto e nascimento sejam instituídas nas maternidades, tais como o direito a acompanhante durante o período de internação, o acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, o contato pele a pele com o bebê imediatamente após o parto, entre outras (BRASIL, 2011).

No campo da saúde suplementar, a Resolução Normativa nº. 167, em 2007, atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de Atenção à Saúde e dá outras providências. Tal resolução regulamenta e fornece direito à paciente de ter sua assistência ao parto normal realizada por enfermeira obstetra, incluindo aí os planos de saúde suplementar, possibilitando que tanto a assistência quanto os honorários correspondentes sejam da enfermeira (BRASIL, 2007).

Diante da formulação dessas políticas públicas voltadas à atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto e nascimento como elemento da humanização do parto, entra em cena uma nova organização da assistência moldada no trabalho em equipe – o trabalho colaborativo.

Esse modelo de assistência pautado no trabalho colaborativo é apontado por diferentes autores (ANGULO-TUESTA *et al.*, 2003; SAAD, 2008; AMORIM, 2010)

como elemento fundamental para uma atenção qualificada, no qual o valor individual e profissional de cada membro da equipe é reconhecido e respeitado por todos os envolvidos na assistência (KELEHER, 1998).

De modo a complementar e não a competir, o trabalho colaborativo também pode ser entendido como “trabalhar junto” com metas e objetivos comuns. Nessa perspectiva, no trabalho em equipe está em destaque a assistência diferenciada de cada profissional, no qual cada um oferece suas habilidades e desenvolve distintas contribuições, garantindo a continuidade do atendimento e assegurando à mulher uma assistência segura, eficaz e satisfatória (DARLINGTON; MCBROOM; WARWICK, 2011; WALDMAN; KENNEDY, 2011; PAYNE; KING, 1998).

O trabalho colaborativo não parece, entretanto, algo simples. Um contrato ou um acordo entre dois profissionais, por exemplo, não garante que um trabalho colaborativo aconteça. Certamente nem todas as enfermeiras obstetras que trabalham com médicos têm uma relação que contempla todas as características de um trabalho colaborativo. Em sua maioria, elas trabalham em instituições onde ainda é nítida uma hegemonia médica, rendendo a elas muitas vezes uma posição de quase invisibilidade para o público. Nesse sentido, Keleher (1998) aponta como principais barreiras para que exista o trabalho colaborativo a falta de compreensão dos papéis profissionais, assim como a comunicação ineficiente e relações hierarquizadas.

Dessa forma, Schirmer *et al.* (2000) acreditam que um desafio assumido pelo MS foi incluir na tabela de Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento parto normal sem distócia, assim como o aumento do valor do parto domiciliar realizado por enfermeira e parteira. Essas medidas representam um grande estímulo à prática do parto normal, pois ampliam as condições para sua realização, mas, ao mesmo tempo, quebram com a hegemonia do profissional médico, ou seja, a assistência ao parto normal deixa de ser, novamente, um ato médico.

Por isso, desde a primeira portaria em 1998, todas as medidas políticas de saúde que visam à humanização da assistência ao parto e, ao mesmo tempo, apoiam a (re)inserção da enfermeira obstetra na assistência ao parto têm produzido inquietações dentro da categoria médica, que, na sua maioria, se posiciona veemente contra as decisões do MS (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

O trabalho colaborativo, no entanto, é essencialmente um processo interpessoal que requer a presença de uma série de elementos nas relações entre os profissionais de uma equipe – médicos e enfermeiras obstetras, pediatras, anestesistas e neonatologistas. Esses incluem a disposição de colaborar, de entender e aceitar diferentes filosofias de prática, o respeito mútuo, a comunicação e a confiança (MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005; DEJOY *et al.*, 2011). Médicos e enfermeiras obstetras, entretanto, nem sempre estão colaborando e cooperando e é comum observar uma certa competição, buscando cada um a seu modo dar o melhor à cliente ou à instituição.

Keleher (1998) acredita que a definição das atribuições profissionais de cada um é também uma condição importante para que exista o relacionamento colaborativo. Merighi (2002) destaca, no entanto, que mesmo tendo a seu favor a formação, o respaldo legal e a competência técnico-científica para o exercício da profissão, as enfermeiras obstetras ainda hoje encontram dificuldades para atuação. Velho, Oliveira e Santos (2010) acreditam que o desconhecimento dessas leis que respaldam a sua atuação gera entraves e traz dificuldades na prática da enfermeira obstetra, frente à assistência ao trabalho de parto e parto.

Alguns profissionais médicos, além de não aceitarem que a enfermeira obstétrica conduza um trabalho de parto, percebem como enfrentamento a identificação de uma distócia, desvio do processo fisiológico, por parte da enfermeira (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010). Em contrapartida, Progianti, Lopes e Gomes (2003) admitem que a enfermeira obstétrica teve papel decisivo na implantação das ações de humanização nas maternidades do município do Rio de Janeiro, contribuindo para a implementação de políticas voltadas para a desmedicalização do parto nessas unidades de saúde.

A experiência dos gestores municipais do Rio de Janeiro demonstra ainda que a realização de oficinas de sensibilização como estratégia de inserção do modelo humanizado em determinada maternidade municipal, não foi eficiente para que os profissionais médicos incorporassem os valores desse modelo. No entanto, a enfermeira obstetra que participou das oficinas conseguiu incorporar as práticas humanizadas e desenvolver habilidades específicas que distinguiam o modelo humanizado, sendo apontado, enquanto agente estratégico, como facilitador para que profissionais, tanto enfermeiras obstetras quanto médicos, pudessem incorporar esse modelo de assistência (PROGIANTI; MOUTA, 2009).

Nessa perspectiva, Osava (1997) explica que médicos e enfermeiras obstetras, embora trabalhem orientados por paradigmas assistenciais distintos, são complementares e esta é a “chave” do trabalho colaborativo. Por isso, a simples substituição do médico pela enfermeira obstetra não resultaria necessariamente na humanização da assistência e, considerando a importância das duas categorias profissionais, não é o que se propõem as políticas públicas.

Ângulo-Tuesta *et al.* (2003) explicam que, de modo geral, as enfermeiras valorizam a participação da parturiente no parto e o apoio emocional oferecido a ela, e aderem a práticas que respondem as suas necessidades subjetivas. Por outro lado, os médicos, em sua maioria, valorizam a observação objetiva acima dessas questões emocionais e pessoais das mulheres.

Para Leppert (1997), ainda hoje, a proximidade com a mulher é muito importante, mas certo distanciamento permite uma abordagem mais objetiva. Julga difícil que uma só pessoa possa oferecer ao mesmo tempo essas duas propostas, mas, quando há dois profissionais desenvolvendo-as lado a lado, é possível garantir que a mulher receba os dois tipos de cuidado durante a experiência de parto e nascimento.

Para os médicos, a competência clínica, o querer colaborar e a facilidade para interagir são considerados requisitos para um relacionamento colaborativo. Para as enfermeiras obstetras, o comportamento colaborativo inclui respeito, confiança e apoio dos médicos obstetras nas suas atividades (KELEHER, 1998).

Saad (2008) admite que o trabalho colaborativo, assim como a forma como as enfermeiras obstetras atuam na assistência ao parto dependem ainda do local de atuação, das regras e normas da instituição, da divisão técnica do trabalho e da relação hierárquica estabelecida na equipe obstétrica.

Da mesma forma, Martín-Rodríguez (2005) garante que, embora todos os requisitos até então mencionados sejam necessários, nos complexos sistemas que envolvem os profissionais de saúde, eles não são capazes sozinhos de criar todas as condições necessárias para o sucesso desse modelo de assistência. Determinantes organizacionais desempenham um papel crucial, especialmente em termos de capacidade de gestão de recursos e forte liderança.

Stapleton (1998), entretanto, observa que o desenvolvimento de uma relação madura de trabalho em equipe é um processo contínuo que requer tempo para ser construído e demanda esforço por parte de cada profissional envolvido. Uma vez

alcançado esse modelo de trabalho, a satisfação e as melhorias são reconhecidas e aumentam os esforços entre os profissionais para quebrar as barreiras e para trabalhar juntos para alcançar os objetivos comuns.

As consequências positivas da assistência prestada baseada no trabalho colaborativo são o aumento da autoestima e autoconfiança dos profissionais e o reconhecimento dos seus direitos e deveres perante as clientes e os outros da equipe envolvidos no cuidado (VANN, 1998; POLLARD, 2003). Na visão de Stapelton (1998), as mulheres assistidas por profissionais que trabalham no modelo colaborativo tornam-se parceiras ativas nas decisões sobre sua própria saúde e recebem atendimento mais integral, quando é oferecido por profissionais de saúde que se comunicam bem, confiam, se respeitam e se relacionam com elas de forma mais igualitária. Para essa autora, são as mulheres e seus bebês, portanto, os maiores beneficiados desse modelo de assistência.

2.2 PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

Os movimentos internacionais e nacionais voltados à humanização da assistência ao parto e nascimento vêm proporcionando reflexões sobre a assistência obstétrica adotada no passado, quando um menor número de intervenções era realizado.

A transferência da assistência ao parto do ambiente doméstico para o espaço hospitalar foi acompanhada por uma série de transformações no processo de parturição. A parturiente e seu bebê perderam o papel de protagonistas neste contexto e passaram a assumir uma posição passiva. Enquanto isso, os profissionais tomaram o controle sobre o nascimento, passando a realizar uma série de intervenções e modificando as práticas obstétricas (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

Neste contexto, as práticas obstétricas se tornaram alvo de diversos estudos científicos, os quais procuram embasar a assistência do profissional no respeito à mulher e na assistência acolhedora e respeitosa, mas também nas condutas benéficas e efetivas para o binômio mãe-filho.

Na publicação do documento *Care in Normal Birth: a practical guide*, a OMS (1996) dividiu as práticas obstétricas no parto normal, a partir de evidências científicas, em quatro categorias: A – Práticas demonstradamente úteis e que devem

ser encorajadas; B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C – Práticas que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; D – Práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Tomando como base essa categorização da OMS, em 2001 o MS apresentou uma publicação semelhante sobre as condutas e práticas no parto normal, modificadas, entretanto, pelas novas evidências científicas disponíveis. Desse modo, incluiu a classificação de novas práticas, assim como deslocou outras para categorias diferentes (BRASIL, 2001).

O conjunto de práticas apresentado nestes documentos tem como finalidade direcionar as ações dos profissionais de saúde à promoção do parto e do nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Tais práticas destacam o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de nascimento, nos quais as intervenções devem ser cautelosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Algumas dessas práticas, classificadas como demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, podem ser facilmente aplicadas na assistência ao parto e nascimento, embora nem sempre o sejam; outras, classificadas como claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, permanecem sendo utilizadas em diversos contextos da atenção ao parto, apesar da recomendação de eliminá-las.

A adoção dessas práticas recomendadas pela OMS para o parto normal vem sendo um dos grandes desafios para os serviços e profissionais da saúde e, portanto, permanecem como objeto de avaliação e discussão em muitos estudos, com o intuito de promover e fortalecer o embasamento teórico-científico à prática obstétrica na perspectiva da humanização. Algumas dessas práticas remetem a importância do cuidado durante o processo de parturição, como o são o oferecimento de líquido, a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o respeito à liberdade de posição e deambulação, portanto foram avaliadas neste estudo e apresentam-se a seguir. A episiotomia também é apresentada, uma vez que ainda é um dos procedimentos mais utilizados na prática obstétrica e é tema de diversas discussões, apesar das evidências científicas.

2.2.1 Alimentação

CATEGORIA A

OFERECIMENTO DE LÍQUIDO POR VIA ORAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO

CATEGORIA D

RESTRIÇÃO DE HÍDRICA E ALIMENTAR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Por muitos anos a prática de prescrever jejum absoluto às parturientes foi a base da assistência obstétrica. Essa preocupação excessiva dos profissionais de saúde com a restrição alimentar fundamenta-se na alegação de que, caso fosse necessário a realização de um parto cirúrgico, a anestesia poderia provocar broncoaspiração (SOUZA, 2011). O risco de aspiração, entretanto, está associado ao uso de anestesia geral, a qual é raramente utilizada num parto. Além disso, a aspiração pulmonar entre mulheres submetidas à cesariana é tão rara que um ensaio clínico randomizado para investigar a relação entre a ingestão oral com a mortalidade materna não seria viável (O'SULLIVAN *et al.*, 2009).

Em dois ensaios clínicos randomizados semelhantes, gestantes em trabalho de parto com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas foram alocadas em dois grupos, sendo que ao primeiro foi oferecido uma dieta leve e ao segundo apenas água. Os autores, além de não encontrarem diferença entre os grupos com relação à duração do trabalho de parto, necessidade de ocitocina, via de parto, incidência de vômitos e resultados neonatais, compreenderam que, embora a dieta leve durante o trabalho de parto aumente o volume gástrico residual, ela previne o aparecimento de cetonas, levando a parturiente a um estado de acidose (SCRUTTON *et al.*, 1999; O'SULLIVAN *et al.*, 2009).

Sharts-Hopko (2010) esclarece que, durante o trabalho de parto, a demanda metabólica se assemelha àquela despendida durante um exercício físico moderado contínuo. Isso significa que o trabalho de parto produz um alto gasto energético e, quando prolongado, ocorre aumento da produção de cetonas, que pode ser acentuado quando há restrição de alimentos. Melo e Peraçoll (2007) acreditam que os gastos excessivos durante essa fase podem ser compensados por aporte calórico, sem o qual o organismo poderá enfraquecer-se, já que o suplemento será feito por mecanismo anaeróbico.

Afim de mensurar esse gasto energético, os autores de um estudo brasileiro dividiram aleatoriamente 15 parturientes de baixo risco gestacional para serem

submetidas ao jejum e outras 15 para fazerem a ingestão de mel. Os resultados deste estudo revelaram que o gasto energético total, durante o trabalho de parto, aponta que a ingestão de carboidrato melhora o desempenho anaeróbico materno. Além disso, o grupo que permaneceu em jejum apresentou, imediatamente após o parto, níveis de lactato mais elevados, demonstrando o esforço do organismo em compensar a energia despendida (MELO, PERAÇOLL, 2007).

Esses achados corroboram com alguns relatos de mulheres em uma pesquisa qualitativa realizada em São Paulo, que atribuem à alimentação recebida durante o trabalho de parto sua melhor condição física, tanto no parto, como no pós-parto. O fato de terem permanecido em jejum no parto anterior foi apontando como responsável pela fraqueza vivenciada e pela necessidade de maior aporte medicamentoso para sua recuperação física (WEI, GUALDA, SANTOS JUNIOR, 2011).

A necessidade de avaliação da opinião das mulheres já havia sido apontada em estudos de meta-análise (SHARTS-HOPKO, 2010; SINGATA, TRANMER, GYTE, 2012). Singata, Tranmer e Gyte (2012), apesar de destacarem que a falta de evidências demonstrando benefícios ou prejuízos em mulheres com baixo risco de complicações e a ausência de estudos em mulheres com alto risco para complicações, justificam o oferecimento de líquidos e alimentos em mulheres em trabalho de parto, indicaram como fundamental compreender a percepção desse grupo de mulheres.

Nessa perspectiva, Wei; Gualda e Santos Junior (2011), ao encontrarem opiniões divergentes de mulheres em trabalho de parto quanto à alimentação e ingestão de líquidos durante o processo de parto, acreditam, que apesar dessa prática contribuir para uma experiência significativa para a mulher, é crucial levar em consideração a individualidade e a autonomia de escolha das mulheres, premissas básicas quando se busca a assistência humanizada.

2.2.2 Liberdade de posição e deambulação

CATEGORIA A

LIBERDADE DE POSIÇÃO E MOVIMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO
ESTÍMULO A POSIÇÃO NÃO-SUPINA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

CATEGORIA B

USO ROTINEIRO DA POSIÇÃO SUPINA DURANTE O TRABALHO DE PARTO
USO ROTINEIRO DA POSIÇÃO DE LITOTOMIA

A princípio, a postura deitada ou reclinada era recomendada no momento do parto apenas, mas com o passar dos séculos o seu uso foi estendido para o trabalho de parto. O fortalecimento dessa prática se deu com a hospitalização do parto, no qual a introdução de diversas intervenções obstétricas, tais como o monitoramento eletrônico fetal, infusão de ocitocina e anestesia epidural, exigiam para o acompanhamento da parturiente, a sua manutenção em repouso no leito durante todo o processo de parto (MAMEDE *et al.*, 2007a; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010; WEI; GUALDA; SANTOS JUNIOR, 2011).

Estudos, no entanto, têm demonstrado a inferência da posição materna sobre o grau de bem-estar da mãe e seus efeitos no feto e na progressão do trabalho de parto, especialmente no primeiro período do trabalho de parto e parto.

Em ensaio clínico randomizado e controlado que pretendia investigar a influência da mobilidade da parturiente durante a fase ativa do trabalho de parto, os autores encontraram associação positiva entre ambos: a mobilidade adequada da parturiente aumenta a tolerância à dor, evitando o uso de fármacos e melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa do trabalho do parto (BIO; BITTAR; ZUGAIB, 2006).

Mamede *et al.* (2007a) encontraram associação semelhante em estudo analítico com intervenção quase-experimental que incluiu 80 parturientes primigestas com colo uterino dilatado de 3 a 5 centímetros, mostrando relevante papel da deambulação, principalmente nas três primeiras horas da fase ativa do trabalho de parto. Verificou-se que a quantidade deambulada durante as três primeiras horas da fase ativa está associada a um encurtamento do trabalho de parto, sendo que a cada 100 metros percorridos ocorreu uma diminuição de 22 minutos na primeira hora, 10 minutos na segunda hora e 6 minutos na terceira hora. Isto significa que quanto mais as mulheres deambularem nestas três primeiras horas

de início da fase ativa do trabalho de parto, maiores são os benefícios percebidos para a redução da duração do trabalho de parto, porém também ocorreu aumento de dor (MAMEDE *et al.*, 2007b).

Em revisão sistemática, 21 estudos clínicos randomizados realizados até o mês de novembro de 2008 com 3.706 mulheres foram avaliados. Constatou-se que a posição vertical reduziu em aproximadamente uma hora o trabalho de parto das mulheres mantidas nessa posição, quando comparado àquelas em posição reclinada, sem efeitos negativos ao bem-estar materno-fetal. As mulheres mantidas verticalizadas ainda necessitaram menos de analgesia, sem diferenças entre os grupos para outras variáveis, como tempo da segunda etapa do trabalho de parto, tipo de parto, ou outros resultados relacionados ao bem-estar de mães e bebês (Lawrence *et al.*, 2012).

Em 2010, além da redução na duração da primeira fase do trabalho de parto, Ben Regaya *et al.* (2010), em estudo randomizado com dois grupos de mulheres, encontraram diminuição estatisticamente significativa também na intensidade da dor, no consumo de ocitocina, nas taxas de parto cesárea e de parto instrumental no grupo autorizado a deambular quando comparado ao grupo mantido em decúbito dorsal ou lateral. A posição vertical também levou a uma melhora no conforto materno e nos resultados materno-fetais, tais como laceração, índice de Apgar e taxa de transferência para unidade de cuidados de neonatologia.

Fisiologicamente, parece muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto. Sabatino, Dunn e Caldeyro-Barcia (2000) explicam que a ação da gravidade sobre o trajeto e descida fetal é favorecida pela posição ereta da parturiente no trabalho de parto e parto. Além disso, essa posição impede a compressão dos grandes vasos maternos, melhorando o fluxo sanguíneo que chega ao feto através da placenta, aumenta os diâmetros do canal de parto, ângulo de encaixa, ventilação pulmonar e equilíbrio ácido-básico, além de melhorar a circulação uterina que permite que as fibras musculares cumpram com sua função contrátil de maneira mais eficiente. Os autores esclarecem ainda que, na posição vertical, a ventilação pulmonar materna e o equilíbrio materno e fetal mostraram-se melhores tanto durante o período de dilatação como no expulsivo.

Com relação ao período expulsivo, em revisão sistemática que incluiu 20 estudos, Gupta, Hofmeyr, Smyth (2012), buscando benefícios e riscos do uso de

diferentes posições no segundo período clínico do parto, encontraram resultados variáveis ao comparar o uso de alguma posição vertical ou lateral com as posições supina ou de litotomia e admitem a necessidade de novos estudos. Os resultados sugerem vários benefícios na adoção da postura ereta, apesar da possibilidade de aumento do risco de perda de sangue superior a 500ml e de lacerações de segundo grau. No primeiro grupo, assim como no estudo de Baracho *et al.* (2009), houve menor ocorrência de episiotomia, de relato de dor, de padrões anormais de frequência cardíaca fetal e redução na duração do período expulsivo. Este último fortemente influenciado pelo uso da “birth cushion” – uma espécie de banquinho em U almofadado.

No Brasil, instrumentos como o banquinho em U e a bola suíça também vêm sendo apontados como facilitadores para a adoção da posição vertical no primeiro e no segundo período clínico do parto, por se tratarem de uma opção a mais de conforto para a promoção dessa posição, considerada mais fisiológica (LOPES; MADEIRA; COELHO, 2003). Em estudo randomizado e controlado com 60 primíparas, Taavoni *et al.* (2011) acreditam que embora não tenham observado nenhum efeito na duração da fase ativa do trabalho de parto, na duração e no intervalo das contrações uterinas com o uso da bola suíça, ela foi capaz de reduzir a intensidade da dor durante a fase ativa do trabalho de parto.

Na ausência de evidências claras do contrário, a escolha da posição e deambulação durante o processo de parto deve ficar a critério da parturiente, encorajando-a a assumir posições que ela considere confortáveis, de preferência as não-supinas, pois estas promovem, além do conforto, a rotação de fetos mal posicionados e correção no progresso lento da dilatação e descida do feto (SIMKIN; O'HARA, 2002).

A deambulação também deve ser permitida e encorajada em parturientes submetidas a procedimento analgésico pela técnica peridural e combinada. Um ensaio clínico randomizado, comparando parturientes sob analgesia peridural com ou sem livre deambulação, demonstrou que a deambulação não tinha impacto na duração do trabalho de parto, mas foi associada com redução na necessidade de uso de ocitocina e bupivacaína (FRENEA *et al.*; 2004).

2.2.3 Métodos não-invasivos e não farmacológicos de alívio da dor

CATEGORIA A

MÉTODOS NÃO-INVASIVOS E NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR, COMO MASSAGENS E TÉCNICAS DE RELAXAMENTO, DURANTE O TRABALHO DE PARTO

CATEGORIA C

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS DE ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO, ERVAS, IMERSÃO EM ÁGUA E ESTIMULAÇÃO DE NERVOS

No contexto geral, a dor associada ao trabalho de parto, apesar de ser um processo de natureza fisiológica, não se distancia da sensação desagradável e é, na maioria das vezes, descrita como uma das experiências dolorosas mais intensas. Embora os mecanismos desse fenômeno sejam semelhantes aos da dor aguda, fatores específicos do trabalho de parto de natureza neurofisiológica, obstétrica, psicológica e sociológica podem interferir no seu limiar (LOWE, 2002).

Considerando esses aspectos, uma das mais importantes tarefas do profissional na assistência obstétrica durante o trabalho de parto, é proporcionar à mulher condições de tolerância à dor e ao desconforto. Para tal, uma variedade de técnicas não-farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto vêm sendo difundidas e exploradas e, de acordo com a OMS (1996), devem ser privilegiadas por serem mais seguras e acarretarem menos intervenções do que os métodos farmacológicos. Trata-se de tecnologias não-invasivas de cuidado que envolvem conhecimentos estruturados, mas que não necessitam de equipamentos sofisticados para serem aplicadas (NASCIMENTO *et al.*, 2010). Dentre eles, destacam-se: o banho de chuveiro ou imersão, massagem, técnicas de respiração e relaxamento.

A utilização da água no trabalho de parto e parto tem conseguido atrair mulheres em muitos países, como um método natural, seguro e eficaz para o alívio das sensações dolorosas na parturição. Odent (2002) acredita que, com a água, a mulher pode se sentir relaxada, diminuindo a sensação de dor e, conseqüentemente, sua ansiedade, o que provavelmente interferirá nos níveis de adrenalina. A redução dos níveis desse hormônio do estresse pode desencadear um aumento na produção endógena de ocitocina, oferecendo condições para que o trabalho de parto possa se desenvolver de forma particularmente rápida, embora não tenha sido feita análise estatística para comprovar essa observação.

O uso do banho de chuveiro como método não farmacológico de alívio de dor foi avaliado por Davim *et al.* (2008), através de um ensaio clínico quantitativo, tipo intervenção terapêutica, incluindo 100 parturientes, com dilatação cervical máxima de seis centímetros. Esta estratégia mostrou-se efetiva no alívio da intensidade da dor das parturientes do estudo na fase ativa do trabalho de parto.

Outra alternativa para a utilização da água como forma de oferecer conforto à parturiente é o banho de imersão. Sua aplicabilidade no cenário de cuidado obstétrico brasileiro, no entanto, não é uma realidade, uma vez que não há banheiras instaladas na maioria das instituições hospitalares. Apesar disso, os resultados positivos de pesquisas que avaliam a sua efetividade, poderá ser um encorajador para a mudança nas estruturas físicas dos centros obstétricos do Brasil (GAYESKI; BRUGGEMANN, 2010).

Uma revisão sistemática realizada por Cleutt *et al.* (2008), que incluiu oito estudos publicados até o ano de 2003, totalizando 2939 mulheres, teve o objetivo de avaliar os efeitos da imersão em água durante o trabalho de parto e parto, assim como os resultados maternos e neonatais. Os resultados evidenciaram os efeitos benéficos desse método não farmacológico para alívio da dor, sendo capaz de reduzir o uso de analgesia, a percepção da dor materna, sem efeitos adversos na duração do trabalho de parto, nos partos cirúrgicos e nos resultados neonatais.

Silva, Oliveira e Nobre (2009) em ensaio clínico experimental, controlado e randomizado sobre o efeito do banho de imersão em água morna na magnitude da dor durante o primeiro período clínico do parto, com 108 nulíparas, também encontraram escores de dor significativamente menores no grupo experimental, quando comparado ao grupo controle. Em estudo semelhante, avaliando o seu efeito no trabalho de parto, os resultados confirmam os achados de Cleutt *et al.* (2008) ao demonstrarem que, embora tenha diminuído a duração das contrações uterinas, o banho de imersão não alterou a sua frequência e não modificou a duração do trabalho de parto. Consideraram-no, portanto, uma alternativa para o conforto da mulher, por oferecer alívio sem interferir na progressão do parto e nem tampouco nos resultados neonatais (SILVA; OLIVEIRA, 2006). Salientaram, entretanto, a dificuldade para avaliar os índices de infecção puerperal entre as mulheres do estudo, em função da dinâmica dos serviços de saúde do município no qual está instalada a maternidade estudada (SILVA; OLIVEIRA, 2006; SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009), o que também foi ressaltado na meta-análise de Cleutt *et al.* (2008).

Para Odent (2002), a água, tanto na imersão quanto na aspersão, pode ter o poder de produzir um relaxamento mental, favorecendo a dilatação cervical. Entretanto, a imersão em água morna poderá oferecer ainda mais conforto, já que a mulher pode flutuar, não sentindo seu próprio peso durante as contrações uterinas.

Na revisão sistemática de Simkin e O'Hara (2002) incluindo nove estudos, os benefícios encontrados sobre o banho de imersão foram semelhantes aos estudos anteriores, além de não terem sido reveladas diferenças estatisticamente significativas em episódios de infecção materna e neonatal, mesmo para pacientes com ruptura de membranas.

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos, feita através das mãos ou utilizando aparelhos vibratórios. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (SIMKIN; O'HARA, 2002; CHANG; CHEN; HUANG, 2006).

Comumente, aplica-se a massagem na região lombar durante as contrações uterinas, mas também pode ser aplicada em outras regiões, como panturrilhas e trapézios nos intervalos das contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto (CHANG; CHEN; HUANG, 2006; GALLO *et al.*, 2011). Embora ainda não existam muitas evidências científicas sobre a efetividade dessa prática, seu uso parece ser inofensivo e pode ser interrompido no momento em que a mulher desejar.

Em estudo clínico randomizado envolvendo 60 primíparas em trabalho de parto, Chang, Chen e Huang (2006) pretendiam avaliar o efeito da massagem durante as contrações uterinas em três fases da dilatação cervical: primeira (3 a 4 cm), segunda (5 a 7 cm) e terceira (8 a 10 cm). Divididas entre grupo experimental e controle, as parturientes do primeiro grupo receberam massagem, enquanto o segundo grupo apenas uma conversa casual durante cada fase da dilatação cervical. Os resultados indicaram que a massagem pode reduzir efetivamente a intensidade da dor nas duas primeiras fases, sem diferenças significativas entre os grupos quando considerada a terceira fase.

Em meta-análise, Smith *et al.* (2012a) selecionaram cinco estudos realizados até o ano de 2011 que avaliaram a relação da massagem com a dor durante o

trabalho de parto, os quais incluíram 326 mulheres. Os autores, embora admitem a necessidade de novas pesquisas, acreditam que essa técnica possa ter efeito na redução da dor e na melhora da experiência da mulher em trabalho de parto.

Gayeski e Bruggemann (2010), em revisão sistemática, confirmaram a sua eficácia no alívio da dor, além de reduzir a ansiedade e o estresse da mulher em processo de parto.

No Brasil, a massagem lombossacral foi avaliada como estratégia não farmacológica de alívio de dor de forma combinada com exercícios respiratórios e relaxamento muscular aos 6 cm, 8 cm e 9 cm de dilatação do colo uterino, em ensino clínico quantitativo do tipo intervenção terapêutica. A combinação dessas estratégias aplicadas nas três fases resultou em diferença significativa no alívio da dor das parturientes do estudo (DAVIM; TORRES, 2008).

Almeida *et al.* (2005) também se interessaram em avaliar o efeito das técnicas de respiração e de relaxamento sobre a dor e a ansiedade na parturição. Para isso, coordenaram um estudo randomizado e controlado, incluindo 36 parturientes. As 17 pacientes do grupo controle receberam os cuidados habituais da maternidade, enquanto que as 19 do grupo experimental receberam orientação e estímulo para realizarem técnicas de respiração e relaxamento. Os autores observaram que estas técnicas não reduziram a intensidade da dor, mas promoveram por mais tempo a manutenção de um nível mais baixo de ansiedade durante a parturição.

Em revisão sistemática, incluindo 11 estudos publicados até o ano de 2010, compreendendo 1374 mulheres, Smith *et al.* (2012b) pretendiam examinar o efeito de técnicas de relaxamento no controle da dor durante o trabalho de parto. Os autores concluíram que o relaxamento pode ter um papel na redução da dor, aumentando a satisfação com o alívio da dor, mas outros estudos são necessários para melhor elucidar os efeitos deste método.

A técnica de respiração no alívio da dor foi avaliada por Böing, Sperandio e Moraes (2007) em estudo randomizado com 40 primigestas. O grupo experimental, que utilizou padrão respiratório diafragmático realizado de forma lenta e profunda, apresentou redução da intensidade dolorosa e aumento da saturação de oxigênio durante e no intervalo das contrações, quando comparado ao grupo controle.

2.2.4 Episiotomia

CATEGORIA D (OMS, 1996)

CATEGORIA B (MS, 2001)

USO LIBERAL OU ROTINEIRO DA EPISIOTOMIA

A episiotomia é um dos procedimentos mais utilizados na prática obstétrica e foi instituído a fim de auxiliar os partos vaginais. Consiste em uma incisão ampliadora do orifício vulvar realizada no corpo perineal, durante a última fase do segundo estágio do trabalho de parto ou nascimento, pouco antes da expulsão da cabeça fetal (SILVEIRA, 2007).

A primeira menção à episiotomia, em 1741, propunha a prevenção de lacerações severas e seu uso excepcional. No entanto, passou a ser recomendada sistematicamente, na primeira metade do século passado, com o início da hospitalização da assistência ao parto (NEMIE, 2005) e veio tornando-se cada vez mais frequente. Embora não existam dados precisos sobre a utilização dessa conduta na atenção aos partos vaginais no Brasil, Cecatti e Calderón (2005) acreditam que ela pode ser considerada como um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentemente utilizados no sistema público do país e chamam a atenção para a reduzida prevalência desse procedimento em alguns países europeus, considerados como tendo uma atenção ao nascimento de qualidade.

O benefício dessa intervenção, salientada por aqueles que a defendem, baseia-se na sua capacidade de prevenir lesões dos tecidos e complicações na cicatrização, favorecer a descida, promovendo o nascimento. Em contrapartida, admite-se que a episiotomia, além de provocar maior perda sanguínea, não previne posteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo em alguns casos aumentá-los (OSAYA, 1997).

As evidências científicas reveladas em meta-análise de oito estudos em 2008 por Carroli e Mignini (2012) demonstraram maiores benefícios com o uso restrito da episiotomia, quando comparado ao seu uso rotineiro. A primeira conduta, apesar de aumentar o risco de trauma perineal anterior, reduz o risco de trauma perineal severo (laceração de terceiro e quarto graus), de necessidade de sutura e diminui complicações. Além disso, o seu uso rotineiro não provoca nenhuma modificação com relação à ocorrência de traumas vaginais, dispaurenia e dores, índice de apgar e necessidade de internação em unidade de cuidado intensivo neonatal.

Um estudo prospectivo, realizado na Suécia, mostrou ainda que a taxa de infecção é significativamente mais elevada no grupo de mulheres submetidas a episiotomia (10,2%) quando comparada às mulheres que tiveram laceração espontânea (2,4%) (LARSSON *et al.*, 1991).

Em outro estudo randomizado controlado, com 61 puérperas, no quarto dia após o parto, 65,5% das mulheres com episiotomia referiram dor espontânea contra 41,1% com laceração de segundo grau, havendo associação estatisticamente significativa entre dor perineal e episiotomia (SILVA, 2002).

Ao comparar o uso da episiotomia de rotina com a seletiva, Tomasso *et al.* (2002) identificaram a redução de 20% em trauma perineal grave, 12% em trauma perineal posterior, 29% de dor perineal alta e 71% nas complicações de cicatrização, com a episiotomia seletiva.

O uso da episiotomia rotineira tem declinado em todo o mundo desde que seu uso liberal passou a ser desencorajado pela OMS, mas Carvalho, Souza e Moraes Filho (2010) admitem que ainda há muito a ser feito até que se atinjam os índices desejáveis.

Cabe ressaltar que não há, na literatura, a recomendação de abolir a episiotomia de uma forma geral, mas de restringi-la às pacientes com relação ao custo-benefício evidentes. A OMS (1996) esclarece que sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto, ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo a parto anterior) podem ser motivos para realizar a episiotomia em parto normal e explica que “não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou rotineiro da episiotomia tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano”.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico, descritivo e exploratório de delineamento transversal. A epidemiologia descritiva tem o propósito de explorar como os eventos variam em determinada população. Segundo Pereira (2003), as investigações de caráter descritivo têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos e as informações são apresentadas sob forma de tabelas, gráficos ou outro formato de ilustração. Nelas, não há formação de grupo-controle para a comparação dos resultados, já que sua principal característica é ter por finalidade detalhar a apresentação de um achado, ou seja, estabelecer um primeiro reconhecimento da situação enfocada. Somente observa e descreve como as situações estão ocorrendo, em uma ou mais populações, e divulga as respectivas frequências de modo apropriado.

Para Leopard (2002), o produto de uma pesquisa descritiva, entretanto, não se restringe somente a expor, explicar ou detalhar os fenômenos. Os seus resultados como em toda investigação formal, são sempre aproveitáveis, no futuro, na alteração efetiva de certas práticas inoperantes.

O delineamento transversal utilizado neste estudo tem como característica essencial a observação de cada indivíduo em uma única oportunidade, sendo a inferência feita pela referência dos resultados a uma população definida em um local e em determinada época (MEDRONHO; BLOCH, 2008).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em uma instituição de saúde de Belo Horizonte-MG que começou a operar para atender à população que, por não contar com assistência da Previdência Social, dependia da caridade para ter acesso aos serviços básicos de saúde. O ambulatório foi inaugurado em 1977 e o Hospital em 1982, com seis leitos na maternidade em sistema de alojamento conjunto – portanto sem berçário – e seis leitos de clínica pediátrica, também com internação conjunta – mãe e filho. Até 1986, o hospital funcionou com trabalho voluntário e doações da comunidade. Nesse ano, através de um movimento comunitário, foi incluído nas

Ações Integradas de Saúde – AIS, programa precursor do Sistema Único de Saúde – SUS. A partir daí, o Hospital passou a receber um fluxo regular de receitas, que permitiu a ampliação progressiva da área física e o aumento dos serviços oferecidos.

Atualmente esta instituição pública, não-governamental, que oferece atendimento especialmente à mulher e à criança em nível ambulatorial e hospitalar, assiste uma população superior a 400 mil pessoas dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste de Belo Horizonte, Minas Gerais. Possui 150 leitos, sendo 60 obstétricos, 41 em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTI, 36 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais – UCI, e 13 de outras clínicas. São realizados cerca de 800 partos ao mês.

A Maternidade é um espaço de assistência multidisciplinar e na assistência ao parto, médicos e enfermeiras obstetras oferecem uma atenção humanizada. O setor conta ainda com o alojamento conjunto, favorece a presença do acompanhante em tempo integral, antes mesmo que ela se tornasse lei, em 2005, incentiva o parto normal, oferece métodos farmacológicos e não-farmacológicos de alívio de dor e planejamento familiar – inclusive métodos cirúrgicos.

Além da maternidade, uma unidade intra-hospitalar, a Casa de Parto Normal (CPN), foi construída com recursos do Ministério da Saúde e inaugurada em novembro de 2001. Sendo a primeira de Minas Gerais, propicia segurança, acolhimento e conforto à parturiente de risco habitual e ao recém-nascido e tem capacidade para atender até 150 partos ao mês.

Com o propósito de oferecer ainda mais apoio físico e emocional às usuárias e suas famílias durante o pré-parto e parto, a Doula Comunitária é um projeto no qual voluntárias da comunidade são incluídas no cuidado.

Para as mulheres que necessitam de atenção em serviços de saúde de maior complexidade, durante a gestação ou após o parto, o Programa de Internação Domiciliar, por meio da Casa da Gestante, foi criado a fim de proporcionar a essas mulheres atendimento adequado até o momento de sua internação definitiva no hospital.

Assim como a Maternidade, o setor de Neonatologia também oferece assistência multidisciplinar, incentivando o aleitamento materno e desenvolvendo estratégias de humanização voltadas à integralidade do cuidado: bebê canguru, internação conjunta na UCI, Casa de Sofias, permissão e incentivo à presença do

pai, à participação da família nas visitas à UTI, PID-Neo, apoio da Amiga da Família e acompanhamento do recém-nascido de risco.

A *Casa de Sofias* é um espaço intermediário entre o lar e o hospital que oferece acolhimento, orientação e assistência a mães de recém-nascidos internados na UTI Neonatal, criado para facilitar e estimular a sua presença no cuidado de seu filho. Com o mesmo propósito de ajudar as mães desses recém-nascidos, as Amigas da Família são voluntárias da comunidade que as apoiam e auxiliam no aleitamento materno e as encorajam a assumir alguns cuidados com o bebê, antes realizados pela voluntária ou pela enfermagem.

Com o Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID-Neo) os recém-nascidos portadores de patologias crônicas e ictericos estáveis internados na Unidade Canguru, após a adesão de suas famílias, recuperam-se em suas residências – residentes nos distritos sanitários Norte e Nordeste e parte de Venda Nova – ou na Casa de Sofias PID-Neo – demais distritos sanitários e municípios – recebendo atenção e cuidado da equipe multidisciplinar do hospital.

Diante dessas ações, os princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência, equidade na assistência à saúde, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera são desenvolvidos, sistematicamente, pela instituição.

3.3 DESENHO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo trata-se de um subprojeto da pesquisa denominada *Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento*, financiada pelo Edital MCT/CNPq/SPM-PR/MDA nº 20/2010 - Relações de Gênero, Mulheres e Feminismo. Tal pesquisa foi elaborada baseando-se em outro estudo, de abrangência nacional, intitulado *Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento*, também financiado pelo Edital: MCT/CNPq/CT-saúde/MS/SCTID/DECIT nº 057/2009.

No projeto nacional foram incluídas todas as capitais brasileiras, inclusive Belo Horizonte-MG. A possibilidade de se empregar a logística e os recursos materiais utilizados no projeto nacional tornou possível a proposta de ampliação da população de Belo Horizonte-MG com o propósito de torná-la representativa no

âmbito desse município, dando origem ao projeto *Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento*.

Diante da ampliação da amostra nesse município, tornou-se viável o desenvolvimento da proposta de pesquisa aqui apresentado, denominado *Nascer em Belo Horizonte: Práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento*, que reconhece também a necessidade de se explorar melhor as práticas realizadas por médicos e enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento em instituições do município de Belo Horizonte onde o modelo de trabalho colaborativo vem sendo inserido como política institucional.

Em âmbito nacional, foram elegíveis todas as instituições de saúde que tiveram registrados de 500 partos/ano ou mais (tomando como referência o Sinasc, 2007) e, dentro dos estabelecimentos, as puérperas hospitalizadas por motivo de parto e seus conceitos. Nessa proposta, em Belo Horizonte, quatro estabelecimentos de saúde, definidos por amostra aleatória, foram selecionados e a amostra em cada um deles foi constituída por 90 puérperas.

No projeto elaborado para Belo Horizonte, que deu origem ao estudo aqui apresentado, a amostra foi calculada a partir da taxa de nascidos vivos de cada instituição elegida e adaptada, levando-se em conta a ampliação do número de estabelecimento, de quatro para 14 instituições de saúde.

Para o presente estudo, uma dessas 14 instituições foi eleita, onde atuam, além de médicos, as enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento. Os critérios para inclusão no estudo foram puérperas que tiveram como produtos da concepção recém-nascidos com 22 semanas gestacionais ou mais e/ou mais de 500g de peso ao nascer.

3.4 PLANO AMOSTRAL E TAMANHO DA AMOSTRA

Para a pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte-MG, foram selecionadas 229 puérperas na instituição elegida para o presente estudo, considerando um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), um poder de 80% ($\beta = 0,20$) e mantendo na amostra a mesma proporção de nascidos vivos de cada instituição.

Entretanto, como o estudo ainda está em andamento, para o desenvolvimento desta proposta de pesquisa, estavam disponíveis para análise os dados de apenas

90 puérperas dessas 229 selecionadas e esta foi a amostra final que constituiu este estudo.

3.5 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos deste estudo foram mulheres admitidas na maternidade selecionada por ocasião da realização de parto e seus conceitos vivos ou mortos com peso ao nascer $\geq 500\text{g}$ e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas de gestação.

Estabeleceu-se como critério de exclusão puérperas que não entendiam a língua portuguesa, indígenas, deficientes mentais, surdas e mudas.

3.6 LOGÍSTICA DE CAMPO

A dinâmica do trabalho de campo diária compreendeu a inclusão de todas as puérperas elegíveis admitidas no estabelecimento selecionado, num período de 24 horas. O número máximo de entrevistas diárias foi doze, a depender do número de entrevistadores, sendo que um sorteio aleatório foi realizado, quando o número de puérperas elegíveis excedeu esse número. Seis foi o número máximo de entrevistas realizadas por cada entrevistador.

Na instituição selecionada para este estudo, a duração da coleta de dados foi pouco mais que uma semana e se estendeu pelos finais de semanas e feriados até completar o tamanho da amostra.

O número de entrevistadores foi seis e estes passaram por treinamento prévio.

3.7 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS QUESTIONÁRIOS

O presente estudo pretendeu explorar parte dos dados de dois dos três instrumentos aplicados às puérperas na pesquisa nacional e na pesquisa ampliada para Belo Horizonte-MG.

O primeiro (APÊNDICE A) foi aplicado à puérpera, após, pelo menos, 6 horas depois do parto. Foi composto por variáveis de identificação materna, escolaridade e renda, condições de moradia, antecedentes obstétricos, dados antropométricos maternos, informações sobre a gestação em questão, assistência pré-natal, história

obstétrica, enfermidades durante a gestação e uso de medicamentos durante a gestação, trabalho de parto e avaliação da assistência prestada a ela e ao recém-nascido.

O segundo instrumento (APÊNDICE B) foi preenchido com base em dados disponíveis no prontuário médico: assistência pré-natal, admissão hospitalar, pré-parto e parto, medicamentos e intervenções realizadas, além da evolução da puérpera e do recém-nascido, condições de alta ou óbito (causa) da mãe e do concepto.

Para essa pesquisa, foram apreendidas informações desses dois questionários que permitiram avaliar as práticas realizadas por médicos e enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento da instituição selecionada para o estudo.

Para todos os questionários foram elaborados manuais de instrução com a descrição dos procedimentos padronizados que foram seguidos, assim como as alternativas para lidar com diferentes situações.

3.8 COLETA DE DADOS

Antes de iniciar a coleta de dados, as coordenadoras do projeto foram responsáveis por agendar uma visita ao estabelecimento de saúde selecionado para entregar uma cópia do projeto *Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento* e do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG (ANEXO C), além de dois termos de consentimento livre e esclarecido: um para ser assinado pelo diretor da instituição (APÊNDICE C) e outro para dar ciência do que seria entregue à puérpera (APÊNDICE D).

Nessa ocasião, foi aplicado um instrumento padronizado para reconhecimento da instituição, para conhecer a forma de organização da assistência ao parto e, assim, preparar o desenvolvimento do trabalho de campo.

A coleta de dados na maternidade selecionada ocorreu no mês de maio do ano de 2011 e a equipe de campo permaneceu na instituição selecionada o tempo necessário para completar o número de puérperas da amostra. As puérperas que aceitaram participar foram entrevistadas no pós-parto imediato, em horários agendado e as informações dos prontuários foram resgatadas após o término da

internação da puérpera e do recém-nascido ou no 28º dia após o parto, nos casos em que um deles permaneceu internado além desse período.

3.9 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.9.1 Sociodemográficas

- Faixa etária materna
- Escolaridade
- Estado civil
- Cor da pele
- Ocupação remunerada
- Chefe de família

3.9.2 Condições do acompanhamento pré-natal

- Número de consultas
- Local das consultas
- Profissional do atendimento das consultas

3.9.3 Antecedentes obstétricos

- Tipo de gestação
- Número de gestações anteriores
- Paridade
- Idade gestacional
- Motivo da internação na gestação atual

3.9.4 Práticas utilizadas no trabalho de parto

3.9.4.1 Práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas durante o trabalho de parto

- Oferecimento de dieta
- Liberdade de posição e movimento
- Métodos não farmacológicos para alívio da dor
- Presença de acompanhante

- Uso de partograma

3.9.4.2 Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas do trabalho de parto

- Uso de enema
- Tricotomia

3.9.4.3 Práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado durante o trabalho de parto

- Amniotomia
- Infusão de ocitocina
- Analgesia

3.9.5 Práticas utilizadas no momento do parto

3.9.5.1 Práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas no parto normal

- Contato cutâneo com o recém-nascido

3.9.5.2 Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas do parto normal

- Posição da mulher no parto
- Kristeller

3.9.5.3 Práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado no parto normal

- Episiotomia

3.9.6 Condições perineais da puérpera após o parto

- Laceração perineal

3.9.7 Condições perinatais no parto

- Apgar de quinto minuto.

3.10 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados disponibilizados para este estudo foram organizados em um banco de dados próprio no programa Excel 2003 da Microsoft. Para a análise dos dados, foram utilizados os pacotes estatísticos Epi-Info versão 3.5.3 e SPSS 10.0.

As variáveis contínuas tiveram a normalidade verificada através do teste de normalidade Shapiro-Wilk. Para a análise descritiva, todas as variáveis preencheram os critérios de distribuição normal e, portanto, os resultados foram expressos na forma de média.

Para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson assintótico, quando 20% das caselas da tabela de contingência apresentaram valor esperado entre um e cinco e 80% valor esperando acima de cinco. Quando mais de 20% das caselas tinham valor esperado entre um e cinco, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson exato.

3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo nacional foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ANEXO D) e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição de saúde estudada (ANEXO E).

Em Belo Horizonte, foi aprovada pelo COEP da UFMG a inclusão da presente pesquisa ao projeto *Nascer em Belo Horizonte: um inquérito sobre parto e nascimento* (ANEXO F). Como em todas as maternidades do estudo original, dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram apresentados: um para os responsáveis pelos estabelecimentos de saúde (APÊNDICE C) e o segundo para as puérperas selecionadas para participar do estudo ou seu responsável para as menores de idade (APÊNDICE D). Antes de cada entrevista, a pesquisa foi apresentada e aquelas que concordaram em participar assinaram o TCLE.

Os resultados do estudo serão disponibilizados para as comunidades científicas de instituições de saúde que prestam assistência ao parto e nascimento e seus profissionais de saúde, bem como para a população em geral, com particular ênfase nas mulheres em idade reprodutiva e suas famílias.

A divulgação científica será feita por meio da participação em congressos e publicação de artigos científicos.

4 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico das 90 puérperas incluídas neste estudo.

TABELA 1 Distribuição numérica e proporcional das puérperas do estudo segundo variáveis sociodemográficas – Belo Horizonte, MG		
VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	Nº DE PACIENTES	%
Faixa etária materna		
15-19 anos	17	18,9
20-29 anos	42	46,7
30-39 anos	31	34,4
Escolaridade (Último grau)		
Ensino fundamental	39	43,3
Ensino médio	47	52,2
Ensino superior	4	4,5
Estado civil		
Com companheiro	64	71,1
Sem companheiro	26	28,9
Cor da pele		
Branca	12	13,3
Não Branca*	78	86,7
Ocupação remunerada		
Sim	39	43,3
Não	51	56,7
Chefe da família		
Sim	09	10,0
Não	81	80,0
Total	90	100

NOTA: *Não Branca contempla aquelas puérperas que declararam sua cor como preta, parda, morena, mulata, amarela ou oriental.

A idade das puérperas variou entre 15 e 39 anos, sendo predominante a faixa etária de 20 a 29 anos (46,7%). A média foi 26,6 anos. As adolescentes

corresponderam a 18,9% das mulheres. Da população estudada, mais da metade das puérperas cursou alguma série do ensino médio (52,2%) e apenas quatro delas chegaram ao ensino superior. A maioria relatou parceiro sexual estável (71,1%), não ter ocupação remunerada (56,7%) e, da mesma forma, não ser chefe de família (80,0%). Os companheiros das puérperas são em sua maioria os que sustentam a família (65,6%), seguidos de seus pais (21,1%) – mães (11,1%) e pais (10,0%). Apenas 12 puérperas autodenominaram sua cor da pele como branca (13,3%), as demais declararam-se parda/morena/mulata (71,1%), preta (12,2%) e amarela/oriental (3,3%).

Em relação à assistência pré-natal, verificou-se que quase a totalidade das puérperas realizou as consultas de pré-natal, sendo que mais de 80% delas realizaram pelo menos o mínimo de seis consultas. O serviço público foi o local mais procurado para realização das consultas e o médico foi o profissional que mais prestou essa assistência (Tabela 2).

TABELA 2
Distribuição numérica e proporcional das puérperas do estudo segundo informações sobre o pré-natal – Belo Horizonte, MG

PRE-NATAL	Nº DE PACIENTES	%
Número de consultas		
Não realizou pré-natal	0	0
1 a 5 consultas	12	13,3
6 consultas ou mais	74	82,3
Não soube informar	4	4,4
Local das consultas		
No serviço público	75	83,3
No serviço particular ou de plano de saúde	9	10,0
Ambos	6	6,7
Profissional que atendeu as consultas		
Médico	68	75,6
Enfermeira	22	24,4
Total	90	100

Todas as 90 puérperas tiveram gestação única, 32 delas estavam grávidas pela primeira vez e outras 32 eram secundigestas. Apesar desses números, os dados revelam que 46,7% das puérperas pariram pela primeira vez nessa ocasião, demonstrando que 20 delas já haviam sofrido um aborto anteriormente. A maioria dos recém-nascidos era a termo (74,4%) e nasceu vivo (97,6%), admitindo-se no período do estudo a ocorrência de um óbito neonatal e um feto nascido morto (TABELA 3).

TABELA 3
Distribuição numérica e proporcional dos antecedentes obstétricos das puérperas do estudo – Belo Horizonte, MG

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Nº DE PACIENTES	%
Tipo de gestação		
Única	90	100,0
Gestações		
Primigestas	32	35,6
Secundigestas	32	35,6
Multigestas	26	28,9
Paridade		
Primíparas	42	46,7
Secundíparas	28	31,1
Multíparas	20	22,2
Idade gestacional		
Pré-termo	13	14,4
Termo	67	74,4
Sem informação	10	11,1
Condição do RN após o nascimento		
Vivo	88	97,8
Natimorto	1	1,1
Óbito neonatal	1	1,1
Total	90	100

Conforme evidencia a Tabela 4, mais de 70% das puérperas internaram por motivo de trabalho de parto, apesar de que, dentre essas, oito recém-nascidos eram prematuros (8,9%). Nas gestações a termo, a resolução do parto se deu pela via

vaginal em 82,1% das mulheres internadas nessa condição e, da mesma forma, na maioria internada em trabalho de parto prematuro (75%). A fim de contribuir com esses números, a indução do trabalho de parto foi proposta para 11 puérperas, sendo que oito delas obtiveram sucesso, alcançando também essa via de parto. O parto vaginal representou 67,8% do total de partos, dos quais 87% foram assistidos por enfermeiras obstetras, contra oito que teve a participação médica. Em dois desses o fórceps foi utilizado.

TABELA 4
Distribuição numérica e proporcional dos motivos da internação das puérperas do estudo segundo via de parto – Belo Horizonte, MG

MOTIVO DA INTERNAÇÃO	VIA DE PARTO					
	Vaginal		Cesárea		Total	
	N	%	N	%	N	%
Trabalho de parto	46	82,1	10	17,9	56	62,2
Indução do trabalho de parto	8	72,7	3	27,3	11	12,2
Trabalho de parto prematuro	6	75,0	2	25,0	8	8,9
Cesárea eletiva	0	0	8	100,0	8	8,9
Complicação clínico-obstétrica	1	14,3	6	85,7	7	7,8
Total	61	67,8	29	32,2	90	100

Ainda na Tabela 4, a iteratividade foi a justificativa para as oito cesáreas eletivas encontradas neste estudo e as complicações clínico-obstétricas incluíram hipertensão (2), crescimento intra-útero restrito – CIUR (3), amniorrexe prematura (1) e polidrâmnio (1), sendo que apenas esta última tratava-se de gestação a termo. A cesárea foi também a via de parto para a maioria das puérperas incluídas nessa categoria (85,7%). A Tabela 5 inclui as demais razões que levaram a indicação do parto operatório, segundo idade gestacional.

TABELA 5
Distribuição numérica e proporcional dos motivos da realização de cesariana nas puérperas do estudo segundo idade gestacional – Belo Horizonte, MG

MOTIVO DA CESARIANA	IDADE GESTACIONAL							
	Pré-termo		Termo		SI		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Iteratividade	0	0	8	80,0	2	20,0	10	34,5
Falha de indução/Parada de progressão/DCP	1	16,7	5	83,3	0	0	6	20,7
CIUR/Estado fetal não tranquilizante	3	60,0	2	40,0	0	0	5	17,2
DPP/Placenta prévia	2	50,0	2	50,0	0	0	4	13,8
Apresentação pélvica	1	33,3	2	66,7	0	0	3	10,3
Sem informação	0	0	1	100	0	0	1	3,4
Total	7	24,1	20	69,0	02	6,9	29	100

Das 29 puérperas submetidas à cesariana, a iteratividade foi o fator mais freqüente para que ocorresse essa prática (34,5%), seguida de falha de indução/Parada de progressão/Desproporção céfalo-pélvica (20,7%), ambas predominantes entre os fetos a termos com 80% ou mais. Os resultados ilustram ainda que o CIUR/Estado fetal não tranquilizante foi a principal razão para a indicação do parto operatório entre as gestações pré-termas (3) e nestas, a indicação ocorreu no momento da admissão. Na amostra estudada, observou-se também como motivos para realização da cesariana o descolamento prematuro de placenta – DPP/Placenta prévia (13,8%) e a apresentação pélvica (10,3%), destacando neste último motivo a primiparidade nas duas gestações termas e a ocorrência de amniorrexe prematura na gestação pré-termo de 31 semanas (Tabela 5).

Para explorar as práticas obstétricas realizadas no processo de parto e nascimento, foram extraídos dados dos prontuários e, acreditando na importância de ouvir o que as mulheres têm a dizer sobre a evolução do seu próprio parto, ainda foram obtidas informações por meio de entrevistas com as próprias puérperas. Portanto, para que fosse possível avaliar as práticas realizadas durante o trabalho de parto, todas as puérperas incluídas neste estudo foram primeiramente questionadas sobre terem ou não entrado em trabalho de parto, conforme a Tabela 6.

TABELA 6
Distribuição numérica e proporcional das respostas das puérperas do estudo sobre trabalho de parto segundo via de parto – Belo Horizonte, MG

TRABALHO DE PARTO	VIA DE PARTO					
	Vaginal		Cesárea		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim (espontâneo ou induzido)	58	82,9	12	17,1	70	77,8
Não, apesar de ter sido induzido	0	0	2	100	2	2,2
Não	3	18,8	13	81,3	16	17,8
Não soube informar	0	0	2	100	2	2,2
Total	61	67,8	29	32,2	90	100

Algumas das práticas realizadas durante o trabalho de parto aqui propostas para avaliação foram questionadas às 70 puérperas, com resposta positiva para o assunto trabalho de parto e às duas que relataram não terem entrado em trabalho de parto, apesar de ele ter sido induzido, totalizando em 72 puérperas. Destaca-se, entretanto, na Tabela 6, certa fragilidade nas informações difundidas às mulheres a respeito desse processo, pois quando questionadas sobre tal, três delas negaram ter vivenciado a experiência do trabalho de parto, apesar de terem tido um parto vaginal e duas não souberam informar sobre este evento.

Para outras práticas realizadas durante essa etapa, foram analisadas as informações dos prontuários das 65 puérperas que entraram em trabalho de parto, seja ele espontâneo ou induzido (Tabela 7).

TABELA 7
Distribuição numérica e proporcional das informações do prontuário sobre o trabalho de parto segundo via de parto – Belo Horizonte, MG

TRABALHO DE PARTO	VIA DE PARTO					
	Vaginal		Cesárea		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim (espontâneo ou induzido)	61	93,8	4	6,2	65	72,2
Não entrou em trabalho de parto	0	0	20	100	20	22,2
Induzido sem sucesso	0	0	5	100	5	5,6
Total	61	67,8	29	32,2	90	100

Levando-se em conta as informações obtidas a partir dessas duas fontes, na Tabela 8 estão expostas quatro práticas que, segundo a OMS e MS, são demonstradamente úteis e devem ser encorajadas no trabalho de parto.

TABELA 8
Distribuição numérica e proporcional de práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas durante o trabalho de parto – Belo Horizonte, MG

PUERPERAS		
PRÁTICAS OBSTÉTRICAS	Nº DE PACIENTES	%
Oferecimento de dieta líquida		
Sim	40	55,6
Não	32	44,4
Liberdade de posição e movimento		
Sim	56	77,8
Não, porque não quis	12	16,7
Não, não foi permitido	1	1,4
Não soube responder	3	4,2
Método não farmacológico para alívio da dor		
Sim	57	79,2
Não	15	20,8
Total	72	100
PRONTUARIOS		
PRÁTICA OBSTÉTRICA	Nº DE PACIENTES	%
Uso de partograma		
Sim	52	80,0
Não	13	20,0
Total	65	100

Os resultados revelam que a liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, o uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor e o monitoramento cuidadoso do progresso do parto por meio do uso do partograma foram respeitados pelos profissionais da instituição estudada que prestaram assistência durante o trabalho de parto de quase 80% ou mais das puerperas.

Por outro lado, ainda se evidencia que o oferecimento de dieta oral durante o trabalho de parto, embora tenha ocorrido à mais da metade das mulheres no período que antecede ao parto (55,6%), foi pouco considerado pelos profissionais da instituição estudada (Tabela 8).

Os métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor utilizados pelos profissionais aparecem na Tabela 9 e incluíram o banho de chuveiro, o banho de banheira, a massagem, o uso da bola suíça e do banquinho em U. Além desses, exercícios de mudança de posição e deambulação também foram considerados por certas puérperas como métodos não-farmacológicos.

TABELA 9
Distribuição numérica e proporcional de métodos não farmacológicos para alívio da dor oferecidos as puérperas do estudo durante o trabalho de parto – Belo Horizonte, MG

MÉTODOS NAO-FARMACOLOGICOS	Nº DE PACIENTES	%
Banho de chuveiro	57	100,0
Massagem	11	19,3
Bola suíça	9	15,8
Banquinho em U	7	12,3
Banho de banheira	4	7,0
Deambulação	2	3,5
Exercícios de mudança de posição	1	1,7

O banho de chuveiro surgiu como o método mais utilizado para alívio da dor durante o trabalho de parto e foi aplicado à totalidade de mulheres que referiram ter experimentado algum método, quer seja de forma isolada ou associada a outro método. Para uma pequena parcela chegaram a ser oferecidos até cinco métodos diferentes (3,5%), embora quase 65% das puérperas tenham utilizado isoladamente apenas o banho de chuveiro durante o seu trabalho de parto (Tabela 10).

TABELA 10
Distribuição numérica e proporcional do quantitativo de métodos não-farmacológicos oferecidos às puérperas do estudo durante o trabalho de parto – Belo Horizonte, MG

QUANTITATIVO	Nº DE PACIENTES	%	% ACUMULADO
Um	37	64,9	64,9
Dois	12	21,1	86,0
Três	4	7,0	93,0
Quatro	2	3,5	96,5
Cinco	2	3,5	100,0
Total	57	100	100

Além dessas práticas enquadradas na Categoria A da OMS e MS, o respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante a sua internação também foi avaliado, sendo indagado a todas as puérperas que participaram do estudo. Observou-se nos achados que mais de 90% delas tiveram seu direito preservado e das sete mulheres que estiveram desacompanhadas durante a internação, cinco não tinham quem as acompanhasse. O companheiro/Pai da criança foi quem mais participou dessa experiência (62,7%) (Tabela 11).

TABELA 11
Distribuição numérica e proporcional da presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto segundo informações das puérperas do estudo – Belo Horizonte, MG

PRESENÇA DE ACOMPANHANTE	Nº DE PACIENTES	%
Sim	83	92,2
Companheiro/Pai da criança	53	62,7
Mãe	11	13,3
Irmão/Irmã	7	8,4
Outra pessoa	13	15,6
Não	7	7,8
Não tinha quem a acompanhasse	5	71,4
Escolta – Agente penitenciária	1	14,3
Considerou que parentes a deixaria nervosa	1	14,3
Total	90	100

Daquelas 72 puérperas que expressaram ter entrado em trabalho de parto, 67 ainda opinaram sobre a experiência de ter um acompanhante durante esse período, as outras cinco não contaram com a sua presença durante o período de internação. Para quase a totalidade dessas puérperas (92,5%), ter um acompanhante durante o trabalho de parto ajuda muito a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor (Tabela 12).

TABELA 12
Distribuição numérica e proporcional da experiência de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e parto segundo a opinião das puérperas do estudo – Belo Horizonte, MG

EXPERIÊNCIA DE TER ACOMPANHANTE	Nº DE PACIENTES	%
Ajuda muito a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor	62	92,5
Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor	1	1,5
Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor	2	3,0
Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor	2	3,0
Total	67	100

Práticas como a utilização do enteroclisma, bem como da tricotomia também foram exploradas neste estudo e sua avaliação está apresentada a seguir na Tabela 13. Essas duas práticas, claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência do trabalho de parto, conforme recomenda a OMS e MS, não foram prescritas por nenhum dos profissionais da instituição.

TABELA 13
Distribuição numérica e proporcional de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência do trabalho de parto – Belo Horizonte, MG

PRONTUARIOS		
PRATICAS OBSTETRICAS	Nº DE PACIENTES	%
Uso de enema		
Sim	0	0
Não	65	100
Uso de tricotomia		
Sim	0	0
Não	65	100
Total	65	100

Durante o primeiro estágio do parto, ainda foram investigadas algumas práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado (Tabela 14).

TABELA 14
Distribuição numérica e proporcional de práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado durante o trabalho de parto – Belo Horizonte, MG

PRONTUARIOS		
PRATICAS OBSTETRICAS	Nº DE PACIENTES	%
Amniotomia		
Sim	28	43,1
Não	35	53,8
Sem informação do tipo de ruptura	2	3,1
Infusão de ocitocina		
Sim	31	47,7
Não	34	52,3
Analgesia		
Sim	16	24,6
Não	49	75,4
Total	65	100

Os achados apontam que a amniotomia foi realizada em 43,1% das mulheres que entraram em trabalho de parto na instituição estudada. Embora com valores próximos, poder-se-ia inferir que, à maior parte das mulheres, essa prática deixou de ser realizada. Entretanto, das 35 mulheres que não tiveram suas bolsas d'água rompidas pelos profissionais, em 17 delas a amniorrexe ocorreu antes da internação. Dessa forma, destaca-se que, de fato, em apenas 27,7% das mulheres a ruptura da bolsa ocorreu espontaneamente durante o trabalho de parto (Tabela 14).

Ainda na Tabela 14, observou-se que a frequência de mulheres que receberam infusão de ocitocina nesse período foi praticamente equivalente às que não fizeram uso da medicação, 31 e 34, respectivamente. Em contrapartida, o controle da dor por meio de analgesia ocorreu em menos de 25% das mulheres deste estudo.

Propõe-se na Tabela 15 a avaliação dessas três práticas, levando-se em conta a dilatação cervical registrada no momento da internação. Cabe lembrar que, para a prática amniotomia, além das informações das 28 puérperas que sofreram a intervenção durante o trabalho de parto, foram incluídas apenas as 18 que, de fato, não sofreram.

TABELA 15
Distribuição numérica e proporcional da incidência de amniotomia, infusão de ocitocina e analgesia, segundo dilatação cervical no momento da admissão – Belo Horizonte, MG

PRÁTICAS OBSTÉTRICAS	DILATAÇÃO CERVICAL						Valor de p*
	≤ 5 cm		> 5 cm		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Amniotomia							0,017
Sim	22	81,5	5	18,5	27	62,8	
Não	8	50,0	8	50,0	16	37,2	
Infusão de ocitocina							0,000
Sim	27	90,0	3	10,0	30	49,2	
Não	17	54,8	14	45,2	31	50,8	
Analgesia							0,016
Sim	12	80,0	3	20,0	15	24,6	
Não	32	72,1	14	27,9	46	75,4	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Os dados demonstraram que a ocorrência de amniotomia, assim como a prescrição de ocitocina no trabalho de parto e a utilização de analgesia, neste estudo, foram maiores nas mulheres que internaram com dilatação menor ou igual a cinco centímetros. Nessas condições, observou-se associação de mulheres que foram admitidas precocemente e a realização dessas três práticas.

Algumas práticas obstétricas realizadas no momento do parto também foram analisadas neste estudo e, da mesma forma, foram distribuídas, considerando a classificação da OMS e MS. Na Tabela 16, o contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho foi analisado como uma das práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas no parto normal.

TABELA 16
Distribuição numérica e proporcional de prática demonstradamente útil e que deve ser encorajada no parto normal – Belo Horizonte, MG

PUERPERAS		
PRÁTICA OBSTÉTRICA	Nº DE PACIENTES	%
Contato precoce cutâneo com RN		
Sim	50	82,0
Não	11	18,0
Total	61	100

Os dados demonstram que para mais de 80% das puérperas foi permitido o contato direto com seus filhos após o nascimento, embora dessas, em apenas dez, foi estimulado o aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido.

O contato precoce entre mãe e filho, embora seja uma prática demonstradamente útil e que deve ser encorajada no parto normal especificamente, também pode e deve ser promovida no parto operatório. A Tabela 17 apresenta esta relação contemplando a via de parto. A boa adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, que pode ser considerada um facilitador para essa prática também merece ser analisada e, neste estudo, foi avaliada através da escala de Apgar no quinto minuto (Tabela 17).

TABELA 17
Distribuição numérica e proporcional do contato cutâneo entre as puérperas do estudo e seus recém-nascidos segundo via de parto e índice de Apgar no quinto minuto – Belo Horizonte, MG

VARIÁVEIS	CONTATO COM RN APOS O PARTO					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Via de parto						
Vaginal	50	82,0	11	18,0	61	68,5
Cesárea	19	67,9	9	32,1	28	31,5
Apgar de quinto minuto						
Apgar ≤ 6	2	66,7	1	33,3	3	3,4
Apgar 7	1	100,0	0	0	1	1,1
Apgar entre 8 e 10	65	79,3	17	20,7	82	92,1
Sem informação	1	33,3	2	66,7	3	3,4
Total	69	77,5	20	22,5	89	100

Dos 89 recém-nascidos vivos deste estudo, mais de 77% tiveram algum contato com sua mãe logo após o nascimento, sendo a frequência maior entre os filhos nascidos de parto normal (50). Ainda assim, constatou-se que às mulheres submetidas à cesariana o contato direto com o recém-nascido foi incentivado, ocorrendo em quase 68% dos binômios. O aleitamento materno na primeira hora foi, no entanto, garantido a apenas quatro desses recém-nascidos.

Houve um total de 92% de recém-nascidos que apresentaram índice de Apgar entre 8 e 10 no quinto minuto, demonstrando ótimas condições de vitalidade. Entre esses, o contato cutâneo entre o binômio sucedeu em sua maioria (79,3%), embora, mesmo nessas condições, oito crianças não tiveram qualquer contato com a mãe e nove apenas foram vistos por elas (Tabela 17).

O uso rotineiro da posição de litotomia no momento do parto, bem como a realização de manobra de Kristeller estão entre as práticas claramente prejudiciais e ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência ao parto, segundo a OMS e MS. De acordo com a Tabela 18, observou-se, mais de 75% das mulheres assistidas na instituição estudada, pariram deitadas de costas com as pernas levantadas. As demais mulheres deram à luz em posição de cócoras (6), deitada de lado (4), sentada/reclinada (4) ou gaskin (1).

A utilização da manobra de Kristeller no período expulsivo também foi mencionada por sete mulheres, o que corresponde a 11,5% das mulheres que tiveram seus filhos de parto vaginal (Tabela 18).

TABELA 18
Distribuição numérica e proporcional de práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas da assistência ao parto normal – Belo Horizonte, MG
PUERPERAS

PRATICAS OBSTETRICAS	Nº DE PACIENTES	%
Posição da mulher no parto		
Deitada de costas com as pernas levantadas	46	75,4
Cócoras	6	9,8
Deitada de lado	4	6,6
Sentada/reclinada	4	6,6
De quatro apoios	1	1,6
Manobra de Kristeller		
Sim	7	11,5
Não	54	88,5
Total	61	100

A utilização liberal ou rotineira da episiotomia é apresentada na Categoria D, práticas frequentemente utilizadas de modo inapropriado, conforme foi categorizada pela OMS. Cabe lembrar, entretanto, que o MS a incluiu, após revisão, na Categoria B, como uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada. De qualquer maneira, os resultados deste estudo revelam que a sua utilização está em consonância com a proposta desses dois órgãos, já que, de alguma forma, ambos propõem o seu uso restrito e na instituição estudada apenas sete (11,5%) mulheres foram submetidas a esse procedimento (Tabela 19).

TABELA 19
Distribuição numérica e proporcional de prática frequentemente utilizada de modo inapropriado durante a assistência ao parto normal – Belo Horizonte, MG

PRONTUARIOS		
PRATICA OBSTETRICA	Nº DE PACIENTES	%
Episiotomia		
Sim	7	11,5
Não	54	88,5
Total	61	100

As primíparas (57,1%) foram as que mais tiveram episiotomia e, neste estudo, a prevalência foi maior nas mulheres com 20 anos ou mais (71,4%) quando comparada com as adolescentes, não sendo encontrada associação da episiotomia com essas duas variáveis. Todas as mulheres submetidas à episiotomia pariram em posição deitada (Tabela 20).

TABELA 20
Distribuição numérica e proporcional da incidência de episiotomia segundo faixa etária materna, paridade e posição do parto – Belo Horizonte, MG

VARIÁVEIS	EPISIOTOMIA						Valor de p*
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Faixa etária							0,333
< 20 anos	2	28,6	12	22,2	14	23,0	
≥ 20 anos	5	71,4	42	77,8	47	77,0	
Paridade							0,839
Primíparas	4	57,1	25	46,3	29	47,5	
Não-primíparas	3	42,9	29	53,7	32	52,5	
Posição no parto							0,000
Deitada	7	100,0	43	79,6	50	82,0	
Não-deitada	0	0	11	20,4	11	18,0	
Total	7	11,5	54	88,5	61	100	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Das mulheres não submetidas a esse procedimento (54), a maioria teve laceração de primeiro grau (50,0%) ou não teve nenhuma lesão na região perineal (35,2%). A pequena ocorrência de laceração de segundo grau (8) foi maior entre as mulheres com idade igual ou superior a 20 anos e semelhante entre as primíparas (5) e não-primíparas (3). Não houve ocorrência desse tipo de laceração entre as múltiparas e, neste estudo, não houve registro de laceração de terceiro grau.

Na posição “deitada de costas com as pernas levantadas”, a mais utilizada entre as mulheres do estudo no momento do parto, a laceração de primeiro grau foi a mais frequente (51,3%), assim como foi frequente na posição de cócoras e deitada de lado, com 83,3% e 50% dos casos, respectivamente. A posição de gaskin foi utilizada por apenas uma mulher no parto e esta não apresentou laceração perineal. Em seguida, a posição sentada/reclinada foi aquela na qual houve a menor prevalência de laceração (75%).

TABELA 21
Distribuição numérica e proporcional da ocorrência de laceração de períneo nas puerperas do estudo segundo faixa etária, paridade e posição do parto – Belo Horizonte, MG

CARACTERÍSTICAS	LACERAÇÃO PERINEAL							
	Não		1º grau		2º grau		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15-19 anos	3	25,0	7	58,3	2	16,7	12	22,2
20-29 anos	8	32,0	12	48,0	5	20,0	25	46,3
30-39 anos	8	47,1	8	47,1	1	5,9	17	31,5
Paridade								
Primíparas	5	20,0	15	60,0	5	20,0	25	46,3
Secundíparas	7	43,8	6	37,5	3	18,8	16	29,6
Múltiparas	7	53,8	6	46,2	0	0	13	24,1
Posição no parto								
Deitada de costas c/ as pernas levantadas	13	33,3	20	51,3	6	15,4	39	72,2
Cócoras	1	16,7	5	83,3	0	0	6	11,1
Deitada de lado	1	25,0	2	50,0	1	25,0	4	7,4
Sentada/reclinada	3	75,0	0	0	1	25,0	4	7,4
Gaskin	1	100	0	0	0	0	1	1,9
Total	19	35,2	27	50,0	8	14,8	54	100

5 DISCUSSÃO

A análise do perfil sociodemográfico das puérperas deste estudo aponta para a semelhança com outras pesquisas que avaliam o perfil dos usuários do SUS (RIBEIRO *et al.*, 2006). Constatou-se, em sua maioria, algumas características, como predomínio de mulheres pardas/morenas/mulatas e pretas, com baixa escolaridade, sem ocupação remunerada que atestam, ainda, para baixos indicadores socioeconômicos.

Em pesquisa nacional para avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários do SUS, Ribeiro *et al.* (2006) identificaram a maioria de pessoas pretas e pardas, mulheres, com baixa escolaridade, baixa renda familiar e sem plano de saúde privado. Sua análise multivariada permitiu reconhecer que a população em piores condições socioeconômicas apresentou maior probabilidade de atendimento pelo SUS e a variável cor manteve-se significativa, mesmo após o ajuste por escolaridade e renda, apontando sua relevância entre as variáveis socioeconômicas.

Os achados de Rodrigues, Domingues e Nascimento (2011), em Salvador-BA, além de também revelarem baixos indicadores socioeconômicos das puérperas usuárias do SUS, destacam a participação de cerca de 20% de adolescentes com idade entre 13 e 19 anos, numa população em que a média de idade foi de 25 anos.

De uma maneira geral, a idade das mulheres do presente estudo revela uma população jovem, com proporção de adolescentes e primíparas similar a este e outros estudos (LOBO *et al.*, 2010; CAMPOS; LANA, 2007).

Assim como na população feminina brasileira, considerada pelo MS como reprodutiva entre as idades de 10 a 49 anos (BRASIL, 2011), a faixa etária de 20 a 29 anos foi predominante na população estudada.

A assistência pré-natal também ocorreu, em sua maioria, nos serviços públicos de saúde, sendo que mais de 80% delas realizaram pelo menos o mínimo de seis consultas, conforme recomenda o MS. O MS orienta ainda que o acompanhamento das consultas em situação de risco habitual pode ser intercalado entre médicos e enfermeiros das unidades, mas na população estudada, a participação das enfermeiras nesta assistência correspondeu a um quarto, quando comparada com a participação médica. Cabe lembrar que, nessas condições, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação,

permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna (BRASIL, 2012).

Durante a gestação, muitos são os motivos que podem levar a uma internação. Neste estudo, em que o desfecho foi o parto e nascimento, como esperado, o trabalho de parto conduziu mais de 70% das mulheres à procura de atendimento hospitalar, destes 8,9% corresponderam a trabalhos de parto pré-terms.

Nos Estados Unidos, a prevalência de nascimentos prematuros tem aumentado nas últimas décadas, passando de 10,6% em 1990 para 12,5% em 2004, proporções maiores que em outros países desenvolvidos (McCORMICK; BEHRMAN, 2007). No Brasil, há poucas pesquisas de base populacional, mas alguns estudos têm apontado altas prevalências nos últimos anos: 13,6% em Ribeirão Preto-SP em 1994 (GOLDANI *et al.*, 2000) e 16,2% em Pelotas-RS em 2004 (BARROS *et al.*, 2005).

Os impactos do nascimento pré-termo sobre a mortalidade neonatal são observados neste estudo com a ocorrência de um óbito neonatal decorrente de complicações da prematuridade. Admitiu-se ainda o nascimento de um feto morto, também prematuro, em consequência de um descolamento prematuro de placenta, resultante de uma hipertensão arterial materna.

Esses dois nascimentos, assim como de outros 27 recém-nascidos, ocorreram por meio do parto operatório. Apesar de seus inúmeros aspectos negativos, a cesariana é, ou pelo menos deveria ser, indicada com a intenção de salvar a vida da mãe ou do feto em situações de alto risco, tais como: sofrimento fetal, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), gemelaridade, diabetes, apresentação pélvica e cesárea de repetição (CAMPOS, 1997).

No presente estudo, a iteratividade destacou-se como a principal causa para indicação do parto cesárea, concordando com outros estudos sobre cesarianas (FABRI *et al.*, 2002; NOMURA; ALVES; ZUGAIB, 2004; SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009). A cesárea em gestação anterior é uma frequente indicação de nova cesariana, já que muitos obstetras ainda temem uma ruptura da cicatriz uterina, mesmo sendo baixa a sua incidência (1,3%) e a taxa de sucesso de até 70% (ROSSI; D'ADDARIO, 2008; AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010).

Embora diversos estudos observacionais descrevam a segurança do parto vaginal depois de um parto operatório (MOZURKEWICH; HUTTON, 2000; ROSSI;

D'ADDARIO, 2008), a cesárea prévia tem mostrado a sua contribuição nos índices de cesarianas, aumentando em até quatro vezes a probabilidade na ocorrência de uma nova cirurgia (SAKAE; FREITAS; D'ORSI, 2009).

Além disso, a presença de cicatriz uterina é uma situação que ainda contraindica a indução do trabalho de parto com prostaglandinas (ACOG, 2002), um recurso empregado, nesta e em outras instituições, em situações como amniorrexe prematura, pós-datismo entre outras, a fim de contribuir com o aumento das taxas de parto vaginal. Dessa forma, a cautela na indicação da primeira intervenção cirúrgica, bem como a sua prevenção entre as primíparas, parecem de extrema importância, uma vez que adiam os efeitos de uma cesárea prévia como a maior chance de uma nova cesárea entre essas mulheres.

A taxa de cesárea, não de forma isolada, é um indicador importante de um modelo de atenção. No Brasil, onde o modelo vigente, conhecido como tecnocrático, ainda é caracterizado pelo emprego inadequado de intervenções no processo fisiológico do trabalho de parto, a média nacional de partos operatórios alcançou, em 2006, 43,8% dos partos, chegando a ficar em torno de 80% no sistema de saúde privado (BRASIL, 2009). A prevalência de cesariana de 32,2% neste estudo, acima daquela recomendada pela OMS que não deve ultrapassar 15% do total dos partos, condiz com a realidade brasileira, que é hoje uma das mais altas taxas do mundo.

Entendendo como modelo de atenção a forma de organização das práticas assistenciais, o MS tem desenvolvido, ao longo das últimas décadas, estratégias para promover um novo modelo de assistência que visam à humanização e à redução das intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001). A humanização da assistência ao parto e a adoção de práticas baseadas em evidências científicas é, portanto, fundamental para que aconteça uma efetiva redução das taxas de cesarianas desnecessárias.

A instituição estudada é um dos vários serviços de saúde do país que tem tentado se adaptar às políticas governamentais de humanização, embora o modelo tradicional da assistência obstétrica com altas taxas de intervenção ainda seja predominante no Brasil. O índice de cesariana encontrado neste estudo, menor que os números nacionais, pode ter sido influenciado por esse modelo de assistência construído e constantemente reconstruído dentro desta instituição. Além disso, está próximo dos valores estabelecidos pela Deliberação CIB/SUS/MG no. 047, de 23 de

Abril de 2001 (MINAS GERAIS, 2001), que estabelece taxas de cesariana menores que 30% para os hospitais públicos de Belo Horizonte.

Ganhadora do Prêmio Galba de Araújo, a instituição tem tentado adotar e incentivar práticas baseadas em evidências científicas que favorecem o parto fisiológico. Portanto, nessa mesma perspectiva, o modo como são empregadas as práticas obstétricas, já classificadas pela OMS (1996) e adotadas pelo MS (2001), também são fortes indicadores de um modelo e da qualidade da atenção ao parto e nascimento.

Neste estudo, os resultados demonstraram a apropriação, por parte dos profissionais de saúde, de práticas estimuladas pela OMS (1996) e MS (2001) durante o trabalho de parto, tais como a liberdade de posição e movimento, o uso de métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor, o respeito à escolha das mulheres sobre seus acompanhantes e o monitoramento cuidadoso do progresso do parto por meio do uso do partograma.

Desde a elaboração dos primeiros programas governamentais que visavam às mudanças na assistência ao parto no Brasil, estudos realizados em diferentes períodos revelam algumas transformações importantes quando se compara, por exemplo, a adoção da prática da livre deambulação.

No Rio de Janeiro, estudos, entre os anos 1998 e 2001, que assumem uma supremacia do profissional médico na assistência ao parto, revelaram que apenas 11,4% a 20,4% das parturientes tiveram permissão para deambular (D'ORSI *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2008). Avançando entre os anos 2003 e 2007, estudos, que já demonstram certa participação da enfermeira obstetra nessa assistência, evidenciaram uma taxa entre 47,6% a 56,2% de utilização dessa prática (LIMA *et al.*, 2009; LOBO, 2009).

A assistência das enfermeiras obstetras tem sido apontada como diferenciada do modelo biomédico de atenção ao parto, já que se apropriam de tecnologias não invasivas de cuidado, que compreende o parto como um processo fisiológico, respeitando sua natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres (PROGIANTI; VARGENS, 2004).

Os gestores da instituição de saúde selecionada para este estudo confiam no trabalho em equipe para a segurança do atendimento humanizado e acreditam, portanto, que a lógica desse novo modelo assistencial passa pela construção de um trabalho colaborativo, ou seja, uma equipe multidisciplinar, que respeita as diferentes

responsabilidades, competências, autonomia de cada profissional e, ao mesmo tempo, centrada nessa linha de cuidado.

Fundamentada nesse modelo de trabalho e acreditando na sua particularidade de assumir o modelo de assistência orientado pelos princípios da humanização, nesta instituição é incisiva a participação das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento. Dessa forma, dos 61 partos vaginais assistidos, quase 87% foram assistidos por enfermeiras obstetras, contra oito que tiveram a participação médica e, desses, em dois, o fórceps foi utilizado. O predomínio dessas profissionais na assistência obstétrica prestada nesta instituição propõe que esses profissionais têm peso importante quando determinadas práticas obstétricas são ou não respeitadas.

Nos achados deste estudo, a liberdade para deambular e se movimentar foi preservada em número quase três vezes maior que em estudo recente e semelhante, no qual a taxa de deambulação foi de 29,8% (SOUZA, 2011). Os benefícios da movimentação da parturiente durante o trabalho de parto, tais como a redução de sua duração, melhora do conforto materno e redução do uso de analgésicos são sustentados por evidências científicas (LAWRENCE *et al.*, 2012), entretanto não há uma posição universalmente aceita e perfeita para todas as mulheres em trabalho de parto. Dessa forma, observou-se ainda que foi respeitada a decisão da mulher em permanecer deitada, quando essa era a posição que a deixava mais confortável.

O ato de parir é da mulher e, portanto, devem mesmo ser respeitadas as suas escolhas e oferecidas a elas condições para que essa experiência, mesmo dolorosa, seja a mais prazerosa possível. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto vêm sendo empregados como uma opção a fim de melhorar o seu conforto e facilitar esse processo.

Neste estudo, a utilização de algum desses métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto em quase 80% das mulheres assistidas na instituição, demonstrou a preocupação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência em colaborar com seu conforto e enfrentamento da dor.

Para Silva, Oliveira e Nobre (2009), é importante considerar a necessidade de alívio da dor e a ansiedade da parturiente, uma vez que estes mecanismos podem prejudicar o feto e afetar a progressão do trabalho de parto. Os autores acreditam que o uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de

parto tem as vantagens de reduzir e postergar a utilização de fármacos no controle da dor, proporcionar condições para a colaboração ativa da parturiente e permitir maior participação do acompanhante.

O banho de chuveiro foi o método aplicado à totalidade de mulheres que referiram ter experimentado alguma técnica, quer seja de forma isolada ou associada a outro método, como massagem (19,3%) ou bola suíça (15,8%).

Nos estudos de Davim, Torres e Dantas (2009), a combinação de dois ou mais métodos não-farmacológicos mostrou-se ainda mais eficaz no alívio da dor e do desconforto durante o trabalho de parto. No presente estudo, para uma pequena parcela de mulheres chegaram a ser oferecidos até cinco métodos diferentes, mas, embora muitas sejam as opções de métodos, cerca de 65% delas utilizaram isoladamente apenas o banho de chuveiro.

No Paraná, estudo em dois hospitais vinculados ao SUS, 67,3% das mulheres receberam pelo menos um dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e, nos dois hospitais, assim como neste estudo, o banho de chuveiro foi o mais empregado (48,1%) e a massagem pouco utilizada (20,9%). Constatou-se ainda, que a equipe de enfermagem obstétrica foi a categoria que utilizou com maior frequência esses métodos (NAGAHAMA; SANTIAGO; 2008).

Pesquisas realizadas em CPN's de São Paulo, onde o cuidado é exclusivamente realizado por essas profissionais, revelaram notável utilização de diferentes práticas de conforto durante o trabalho de parto como aromatização, bola suíça, massagem, banquinho em U, entre outras, sendo que o banho de chuveiro (71,0%) e os exercícios de respiração (73,6%) foram os mais frequentes em cada um dos serviços, seguidos, em ambos, de deambulação (47,6% - 29,8%) (LOBO, 2009; SOUZA, 2011).

Neste estudo, observou-se que, embora a deambulação não tenha sido tratada no instrumento de entrevista à puérpera como método não farmacológico da dor, além de ter sido espontaneamente mencionada por duas puérperas, ela foi adotada em grande escala pelos profissionais de saúde. Essa prática, bem como outras utilizadas como método não farmacológico para alívio, promove a oportunidade de tirar a mulher da inércia do leito, devolvendo a ela os benefícios já conhecidos da posição verticalizada.

Cabe destacar que não foi possível conhecer os motivos pelos quais algumas práticas não foram ou foram pouco empregadas às mulheres assistidas nesse

serviço de saúde, assim como não possível definir em que momento e quanto tempo as mulheres as desenvolveram. Contudo, é possível inferir que os profissionais de saúde enfatizaram o uso do banho de chuveiro e o estímulo à deambulação, mas os achados remetem à necessidade de melhor incorporação de outras condutas não invasivas para alívio da dor durante o trabalho de parto.

Sabidamente a satisfação da mulher com o seu parto não está relacionada à ausência da dor, mas às condições oferecidas para o seu enfrentamento, tais como ambiente e suporte recebido dos profissionais e de seus acompanhantes (BOARETTO, 2003; LIMA, LEÃO, 2005). Para Hodnett (2002), a experiência de uma parturiente em sentir-se realmente apoiada por um acompanhante é um dos elementos mais importantes na determinação de sua satisfação no processo de parturição.

Segundo Brüggemann (2005), a presença do acompanhante promoveu um índice cinco vezes maior de satisfação, relacionado às condutas realizadas durante todo o trabalho de parto e pós-parto, em relação às mulheres não acompanhadas. Essa discrepância ocorreu mais acentuadamente com as mulheres acompanhadas por familiares e durante todo o trabalho de parto, com a representação de um índice oito vezes maior de satisfação em relação àquelas não acompanhadas.

A presença do acompanhante durante esse processo pode proporcionar bem-estar físico e emocional à mulher e benefícios clinicamente significativos ao binômio mãe-filho. Os efeitos do suporte à mulher foram encontrados em recente meta-análise e estão associados à duração do trabalho de parto, uso de ocitocina, redução de cesariana e de partos vaginais instrumentais, diminuindo ainda a utilização de analgesia intraparto e melhorando os índices de Apgar no quinto minuto (HODNETT *et al.*, 2012).

Os dados desta pesquisa indicam que quase a totalidade (92,2%) das mulheres assistidas na instituição de saúde permaneceu com o acompanhante de sua escolha durante o período de internação, sendo a maioria o companheiro/ Pai da criança (62,7%), resultados semelhantes aos encontrados em estudos realizados em CPN's (LOBO, 2009; PAIXÃO, SILVA, OLIVEIRA, 2009).

Aguiar (2012), ao comparar a assistência prestada em uma CPN com aquela oferecida em um Centro Obstétrico (CO), encontrou em seu estudo resultado estatisticamente significativo sobre a presença de um acompanhante de escolha da parturiente, apontando melhor resultado no primeiro modelo.

Os achados de Nagahama e Santiago (2011), em hospitais do Paraná, reforçam essa ideia, uma vez que 42% das mulheres estiveram desacompanhadas durante o trabalho de parto e, para menos de 2% delas, foi permitido o acompanhante no momento do parto.

Outros estudos destacam ainda a importância do acompanhante quando este se envolve, não só no apoio físico e emocional, mas também no desenvolvimento, junto à parturiente, de ações como massagem, auxílio e encorajamento durante a deambulação, banho e também no período expulsivo (PINTO *et al.*, 2003; BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005). Nesse sentido, a opinião da maioria das mulheres (92,5%) do presente estudo é que ter um acompanhante durante o trabalho de parto ajuda muito a mulher a ficar mais tranquila e ter um parto melhor.

Uma vez que as mulheres desacompanhadas assim permaneceram não por resistência institucional, como ainda encontrado em algumas pesquisas (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; AGUIAR, 2012), a similaridade desses achados com os encontrados em CPN's, considerados espaços facilitadores para execução das boas práticas obstétricas (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012), permitiu certificar que a política estabelecida dentro desta instituição assegura o cumprimento, tanto de uma prática incentivada pela OMS (1996) e MS (2001), mas também de um direito da mulher garantido em lei.

Dessa forma, apesar de, ainda hoje, muitas instituições públicas e privadas de saúde restringirem ou negarem a presença do acompanhante, alegando, na maioria das vezes, falta de estrutura física para acolherem o acompanhante e falta de privacidade às outras parturientes, não cabe ao gestor ou profissional de saúde aceitar ou não a sua presença junto à parturiente; ela é um direito conquistado pelas mulheres, assegurada na Lei nº. 11.108/2005, regulamentada pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº. 2418/2005, portanto, obrigatória (BRASIL, 2005).

Por outro lado, similar aos estudos de Nagahama e Santiago (2011), foi dada menos importância pelos profissionais de saúde que prestaram assistência às mulheres deste estudo, à oferta de dieta oral durante o trabalho de parto, prática também estimulada pela OMS (1996) e MS (2001), mas que ocorreu com pouco mais da metade das parturientes (55,6%).

Em São Paulo, Schneck *et al.* (2012) observaram que a maioria das mulheres, assistidas em CPN peri-hospitalar (99,7%) ou em ambiente hospital (86,7%), tiveram prescrição de dieta livre.

Mesmo não sendo recomendada rotineiramente (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2012), a restrição alimentar ainda é prescrita às mulheres no período que antecede o parto em algumas instituições de saúde, como foi observado em Goiânia, no qual 62% das parturientes tiveram prescrição de dieta zero (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

O jejum durante o trabalho de parto é uma recomendação antiga e baseava-se na preocupação com o risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso houvesse necessidade de uma anestesia geral, evento raro, sobretudo em mulheres com gestação de baixo risco (HOFMEYR, 2005).

Considerando a importância dessa prática apontada por Wei, Gualda e Santos Junior (2011) na contribuição de uma experiência significativa para a mulher durante o processo de parto, admite-se, neste estudo, que não foram extraídas informações que permitiriam avaliar sobre um possível pedido espontâneo de alimentos ou líquidos e se esse foi ou não atendido.

A mulher em trabalho de parto, na maioria das vezes, precisa muito mais de cuidado do que de algum tratamento. A apropriação de algumas práticas estimuladas pela OMS (1996), como a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre deambulação, o respeito ao acompanhante e o oferecimento de dieta refletem esse cuidado do profissional de saúde para com a parturiente. Dias e Domingues (2005) explicam que o cuidado parece inerente à formação do profissional de enfermagem, enquanto uma abordagem mais curativa é estabelecida à formação médica; isso dificulta a incorporação desses elementos da humanização na rotina desses profissionais. Dessa forma, a presença das enfermeiras obstetras dentro do modelo de atenção organizado pelos gestores da instituição de saúde estudo, pode estar contribuindo para que a maioria dessas práticas de cuidado esteja sendo garantida durante a assistência na sua quase totalidade.

No que se refere à assistência ao parto propriamente dita, observou-se a adoção do partograma durante o trabalho de parto. Assim como em outros estudos, esse instrumento foi utilizado para acompanhamento da maior parte (80%) das mulheres que entrou em trabalho de parto nesta instituição (OLIVEIRA *et al.*, 2008; AGUIAR, 2012). A utilização dessa representação gráfica do trabalho de parto possibilita o acompanhamento da sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias (BRASIL, 2001).

Algumas realidades de instituições brasileiras ainda contrapõem aos achados desta pesquisa, apesar de já ressaltado o valor do partograma, sobretudo em instituições superlotadas, em que a assistência um-para-um é praticamente utópica. Narchi (2009) verificou que um dos seis hospitais de seu estudo, onde as mulheres eram assistidas unicamente por profissionais médicos em todos os períodos do parto, o partograma não era utilizado para o acompanhamento do progresso do trabalho de parto.

Em Goiânia, a presença do partograma nos prontuários das puérperas foi de apenas 28,5% dos casos, sendo que em 13% desses não havia qualquer anotação (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Da mesma forma, Aguiar (2012) admitiu em seu estudo um número considerável de utilização incorreta desse instrumento dentro de um centro obstétrico (77,27%), apesar de ele ter sido encontrado em quase 80% dos prontuários.

Portanto, a qualidade da assistência está associada não só à existência do partograma durante o trabalho de parto, destacando-se também a importância do preenchimento adequado das anotações no gráfico, o que não foi possível avaliar neste estudo.

Por outro lado, os achados evidenciaram a total eliminação, por parte dos profissionais de saúde desta instituição, de intervenções desnecessárias como o sã, o uso de enema e da tricotomia, mostrando consonância com o que preconiza a OMS (1996) e MS (2001), que desencoraja a sua utilização durante a assistência ao parto, por considerá-las prejudiciais.

Em meta-análises, os revisores concluíram que não há evidências suficientes para recomendar essas práticas de forma rotineira. A revisão de quatro ensaios clínicos não demonstrou diferenças nas taxas de infecção puerperal ou neonatal, bem como na duração do trabalho de parto e contratilidade uterina com a utilização do enema (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2012). Além disso, é uma intervenção que traz desconforto à parturiente, além de aumentar os custos da assistência ao parto.

Quanto à tricotomia, acredita-se que a raspagem dos pelos pubianos ou perineais acarreta efeitos inconvenientes, uma vez que as lacerações da raspagem podem favorecer infecções e provocar incômodo à mulher, quando os pelos voltam a crescer (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010). A análise dos estudos sobre essa temática, entretanto, não mostrou diferença na morbidade febril materna (BASEVI; LAVENDER, 2012).

Mesmo diante de evidências científicas, foram encontrados estudos que contrapõem aos achados desta pesquisa, nos quais a enteróclise e a tricotomia foram prescritas, respectivamente, a 2,8% e 41,1% das parturientes assistidas por médicos em 13 diferentes instituições de Goiânia (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Na região leste de São Paulo, na avaliação da atenção ao parto em seis hospitais públicos, a tricotomia também foi indicada a, pelo menos, 12% das mulheres antes do parto (NARCHI, 2009).

Num aspecto geral, pôde-se constatar neste estudo que, durante o trabalho de parto, as boas práticas obstétricas foram asseguradas à maioria das parturientes. No entanto, práticas intervencionistas como amniotomia, infusão de ocitocina e analgesia também estão ainda agregadas à assistência prestada pelos profissionais de saúde da instituição estudada.

A amniotomia consiste na ruptura artificial das membranas amnióticas, procedimento utilizado na prática moderna da obstétrica, com a intenção de acelerar as contrações uterinas e reduzir a duração do trabalho de parto. Apesar de recomendada por algumas escolas médicas como parte da abordagem do manejo ativo do trabalho de parto, juntamente com a administração de ocitocina, ainda existem dúvidas quanto a seus efeitos adversos sobre as mulheres e seus recém-nascidos.

Em revisão sistemática, com o objetivo de avaliar esses efeitos sobre a taxa de cesariana e outros indicadores de morbidade materna e neonatal, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à duração do primeiro estágio do trabalho de parto, satisfação materna com a experiência do parto e escores de Apgar no quinto minuto. Entretanto, houve associação com um risco aumentado de cesarianas no grupo submetido à amniotomia de rotina. Embora tal diferença também não tenha se mostrado estatisticamente significativa, os pesquisadores sugerem que essa prática seja reservada para mulheres com trabalho de parto anormal (FRASER *et al.*, 2012).

Neme (2005) admite a ruptura artificial das membranas em situações nos quais existe a necessidade de averiguar o comprometimento da vitalidade fetal por meio do líquido amniótico ou quando a ruptura não ocorre espontaneamente até os oito centímetros de dilatação. Entretanto, apesar de permitir a monitorização direta do fluido amniótico, tal intervenção está associada a desvantagens, como o prolapso de cordão, principalmente quando realizada precocemente.

Exatamente por ser realizada rotineiramente de forma precoce no primeiro estágio do trabalho de parto, foi que a OMS (1996) classificou a amniotomia como prática frequentemente utilizada de maneira inadequada.

Neste estudo, a amniotomia foi realizada em mais de 60% das parturientes, concordando com outros estudos que, mesmo realizados em CPN's, também tiveram alta incidência dessa prática (LOBO *et al.*, 2010; SOUZA, 2011). Ao avaliar apenas as mulheres admitidas com membranas íntegras, observou-se incidência ainda maior, quando apenas 27,7% das mulheres tiveram a ruptura de sua bolsa de forma espontânea.

Em contrapartida, em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, onde a assistência ao parto também é oferecida por enfermeiras obstetras, a amniotomia foi realizada em apenas 5,8% das parturientes (ROCHA; FONSECA, 2010). No estudo de Aguiar (2012) em São Paulo, a amniotomia foi considerada inoportuna, tanto na CPN quanto no centro obstétrico, em aproximadamente metade dos casos em que o procedimento se fez presente, sem significância estatística na comparação entre as duas instituições.

Os dados obtidos para este estudo não permitiram conhecer o momento em que esta prática foi realizada, mas foi encontrada associação entre mulheres admitidas com dilatação menor ou igual a cinco centímetros e a realização de amniotomia. A mesma associação foi observada entre essas mulheres admitidas precocemente e a prática de infusão de ocitocina e utilização de analgesia.

A admissão precoce parece prática rotineira nas maternidades brasileiras, pois no Rio de Janeiro o percentual encontrado foi de 64,6% (OLIVEIRA *et al.*, 2008) e em São Paulo de 35,5% e 43,4% numa maternidade pública e num CPN perihospitalar, respectivamente (SCHNERCK *et al.*, 2012).

A frequência maior de amniotomia, prescrição de ocitocina e utilização de analgesia nas mulheres com admissão precoce observada neste estudo, indica a importância do momento correto da admissão para evitar intervenções desnecessárias na assistência ao parto. Vogt *et al.* (2011) admitem, entretanto, que não deve ser contestada que, além das admissões precoces, a necessidade de aceleração do trabalho de parto para aumentar o giro de leitos do pré-parto e a capacidade de atendimento, em casos de superlotação, também leva a intervenções desnecessárias.

Nessa lógica, Oliveira *et al.* (2008) acreditam que a internação precoce também pode ter influência de questões de ordem social, como a pressão familiar pelas dificuldades com transporte, ou mesmo para assegurar uma vaga na maternidade. No entanto, nessas circunstâncias, em que os determinantes da admissão hospitalar não são de ordem médica, a melhor alternativa é evitar que a gestante seja colocada no pré-parto.

Para Vogt *et al.* (2011), a propagação de informações mais adequadas sobre os sinais do trabalho de parto e a estruturação da rede com atendimento próximo ao domicílio, também são estratégias interessantes para evitar a procura precoce das gestantes por vaga e as intervenções para acelerar o trabalho de parto a que serão submetidas.

A aceleração do trabalho de parto, seja com amniotomia e/ou ocitocina, tem um papel importante na “cascata de intervenções” e sobre a redução da taxa de parto espontâneo (TRACY *et al.*, 2007; SAKAE; FREITAS; D’ORSI, 2009). Deste modo, neste estudo, assim como as taxas de amniotomia, também foram altas as taxas de utilização de ocitocina intraparto (47,7%). Altos índices ainda foram encontrados em estudos recentes realizados por Rocha, Fonseca (2010) e Souza (2011) em uma maternidade do Rio de Janeiro (55,5%) e um CPN de São Paulo (54%).

Em Belo Horizonte, ao proporem a comparação da assistência ao parto em três distintos modelos de atenção do SUS, Vogt *et al.* (2011) consideraram também elevada a administração de ocitocina em todas as instituições, embora tenha sido menos frequente no CPN (27,9%). Nas outras duas modalidades, um hospital ganhador do Prêmio Galba de Araújo e outro com modelo tradicional, as taxas foram de 59,5% e 40,1% respectivamente.

É perceptível que o uso indiscriminado de ocitocina está presente tanto no ambiente hospitalar quanto nos CPN’s. Essa ocorrência pode ser reflexo da influência que o modelo tecnocrático ainda hoje tem sobre a prática das enfermeiras obstetras, pois reproduzem, em parte, uma assistência intervencionista, mesmo em espaços onde possuem autonomia e protocolos institucionais que seguem os preceitos da OMS de práticas recomendadas para um parto seguro, saudável e humanizado.

Parece necessário acentuar que o protocolo institucional do serviço de saúde estudado, assim como nos CPN’s, oferece autonomia às enfermeiras obstetras para

prescrever a ocitocina, quando estas a considerarem conveniente em qualquer momento da assistência ao parto, embora não tenha sido possível identificá-lo neste estudo.

A utilização da ocitocina durante o trabalho de parto estimula a frequência e a força da atividade contrátil da musculatura lisa uterina. Se, por um lado, esse medicamento pode corrigir alterações da evolução do trabalho de parto, por outro, ela pode desencadear complicações para a saúde da mãe e do feto, por isso a sua utilização sem monitoramento adequado é uma prática perigosa. A taquisistolia, hipertonia, rotura uterina e, até mesmo, sofrimento fetal agudo podem ser provocados pelo seu uso sem controle adequado e, portanto, a ocitocina deve ser utilizada com a menor frequência possível (NEME, 2005; ENKIN *et al.*, 2005).

A ocorrência de analgesia nas mulheres deste estudo (24,6%) foi quase seis vezes maior do que a taxa nacional estimada em 2006, que foi de 4,3% (BRASIL, 2009). Foi também superior às taxas observadas em hospitais públicos de Goiânia (7,7%) e em estudo internacional (16%) (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; WIEGERS, 2009).

De fato, essa prática é considerada pela OMS (1996) como uma das mais evidentes formas de medicalização dos partos de risco habitual, mas as controvérsias que cercam a analgesia peridural explicam, em parte, o estímulo deste órgão para a aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto.

Anim-Somuah, Smyth e Jones (2012) explicam que a técnica ideal para analgesia de parto deveria ter mínima ou ausente transferência placentária, ausência de efeitos sobre o fluxo sanguíneo uteroplacentário, efeitos mínimos e reversíveis sobre o feto e neonato, ausência de efeito ocitócito ou tocolítico e ausência de bloqueio motor.

No entanto, alguns entraves metodológicos e éticos têm dificultado a obtenção e interpretação de evidências, já que a maioria dos estudos publicados compara técnica peridural ou combinada com outros métodos farmacológicos, de forma que o grupo controle ideal (mulheres sem nenhum tipo de analgesia) não pôde ser incluído (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Revisão sistemática realizada em 2011, incluindo 38 estudos, comprovou a eficácia da analgesia peridural para redução da dor de mulheres durante o processo de parto, mas também revelou maior risco de parto instrumental, maior necessidade

de ocitocina e aumento da duração do segundo estágio do parto. Não houve associação dessa intervenção com risco de cesariana, cefaleia e escores de Apgar menores que sete no quinto minuto (ANIM-SOMUAH; SMYTH; JONES, 2012).

Embora inferior ao índice encontrado no estudo de Gomes (2011), que foi de 56,8%, a taxa de analgesia encontrada neste estudo parece incomum para a assistência obstétrica no âmbito do SUS e maior até que aquela encontrada no setor privado (14,2%) (BRASIL, 2009). Pressupõe-se como razão dessas divergências que, enquanto em alguns serviços de saúde essa técnica não é disponibilizada ou é oferecida de forma restrita e seletiva, na maternidade estudada sua oferta é para todas as mulheres que a desejarem e faz parte da sua política institucional, desde que a analgesia peridural se tornou um direito dentro do contexto da humanização da assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2002).

Além disso, um Termo de Compromisso das Maternidades do SUS-BH, estabelecido pela Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e assinado por essa instituição de saúde, recomenda a utilização de analgesia, quando esgotados os recursos não farmacológicos para alívio da dor, em torno de 30% dos partos normais. A assinatura desse documento oficializou o pacto desta instituição na implementação das práticas obstétricas baseadas em evidências científicas.

Mesmo diante dessas taxas de analgesia, não foi observada uma alta proporção de parto a fórceps, como foi indicada em estudo de meta-análise (ANIM-SOMUAH; SMYTH; JONES, 2012). A representativa utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, como deambulação neste estudo, possíveis de serem empregados mesmo com a aplicação da analgesia, talvez possa explicar essa baixa proporção (VOGT *et al.*, 2011).

Frente a esses dados, ainda é possível inferir que a disponibilidade de práticas assistenciais baseadas nos princípios da humanização pode ter diminuído a demanda por analgesia nesta instituição, que não alcançou a taxa de 30%, firmada no Termo de Compromisso. No entanto, uma oferta menos seletiva para as mulheres assistidas na rede pública de saúde deve ser considerada como prática que contribui para a humanização do parto, repassando a elas o conhecimento sobre as vantagens e desvantagens dessa intervenção.

No que diz respeito ao parto, a OMS (1996) e MS (2001) desencorajam o uso da posição de litotomia. Essa é a posição que, por muitas décadas, foi considerada

a mais adequada para a realização de procedimentos hospitalares e adotada como clássica para o nascimento. Mesmo com evidências científicas, muitas maternidades do Brasil ainda a adotam de forma rotineira durante o parto e não oferecem a opção à mulher de escolher aquela que quer adotar (D'ORSI *et al.*, 2005; NARCHI, 2009; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Neste estudo, mais de três quartos das mulheres pariram “deitadas de costas com as pernas levantadas”. Embora essa descrição remeta à posição litotômica, a utilização de perneiras para o apoio das pernas não foi identificada nas entrevistas com essas mulheres e é do conhecimento dos pesquisadores, por meio de entrevista com o gestor sobre a estrutura da instituição, que não há neste serviço de saúde tal dispositivo.

Esses resultados sobre a posição de parto parecem divergentes daqueles encontrados neste estudo sobre a posição assumida pela parturiente durante o trabalho de parto, quando quase a totalidade delas informou ter tido a liberdade para adotar a posição de sua preferência durante esse primeiro estágio. Os dados desta pesquisa, no entanto, não permitiram identificar se no momento do parto a posição deitada foi estabelecida conforme a escolha das mulheres ou se esta foi imposta pelos profissionais de saúde.

No entanto, cabe considerar que a posição deitada é ainda culturalmente aceita como adequada para o parto, não só por profissionais de saúde, mas principalmente pelas próprias mulheres, que passarão a adotar posições distintas quando houver estímulo especialmente de quem as assiste. Conforme foi demonstrada em outras pesquisas (BRUGGEMANN *et al.*, 2009), a incorporação das práticas obstétricas, conforme recomenda a OMS (1996) e MS (2001) em detrimento daquelas que moldam o modelo tecnocrático, ocorre de forma gradativa e a ausência da perneira pode evidenciar certo avanço no que se refere à posição de parto, embora a maioria deles ainda tenha ocorrido em posição deitada.

Achados que indicam a apropriação de posições não litotômicas durante o segundo período do parto em instituições de saúde do país foram encontrados e apontam para o fortalecimento da adoção da posição vertical pelas parturientes (SOUZA, 2011). Brüggemann *et al.* (2009) descreveram, em uma série histórica, a adoção gradual dessa posição no momento do parto pelas mulheres assistidas por profissionais de saúde de um Hospital Universitário de Santa Catarina, quando em

1996 sua taxa era de apenas 5,4% dos partos e já em 2005 passou a ocorrer em 52,3%.

Mouta *et al.* (2008) e Rocha, Fonseca (2010) também encontraram bons percentuais da posição vertical de partos assistidos exclusivamente por enfermeiras obstetras em maternidades públicas do Rio de Janeiro, 50,6% e 77,8% respectivamente. Em um CPN de São Paulo, apenas 13% dos partos foram assistidos em posição horizontal, contra 77,6% assistidos em posição vertical (SOUZA, 2011).

Reforçando a importância do estímulo de posições não litômicas, estudo qualitativo mostrou que, além das evidências científicas decorrentes de ensaios clínicos e revisões sistemáticas sobre o tema, as puérperas também percebem como benéfica a adoção da posição vertical para o parto, pois é mais cômoda, favorece a movimentação e a participação da parturiente e reduz o esforço expulsivo (GAYESKI; BRÜGGEMANN, 2009).

No momento do parto, a utilização da manobra de Kristeller também foi identificada neste estudo em cerca de 11% das mulheres. Essa manobra é uma técnica que aplica uma pressão manual, da parte mais superior do útero, dirigindo-se para o canal do parto, na tentativa de encurtar o período expulsivo e favorecer o parto vaginal (SIMPSON; KNOX, 2001).

Utilizada comumente em situações como sofrimento fetal, falta de progresso do parto e exaustão materna, a manobra de Kristeller oferece riscos potenciais que devem ser considerados e, por isso, a sua utilização é desencorajada pela OMS (1996) e MS (2001). Os prejuízos dessa prática, embora ainda inconclusivos, podem incluir ruptura uterina, danos no esfíncter anal, fraturas ou lesões cerebrais no recém-nascido e risco maior de transfusão sanguínea entre mãe e bebê, situação importante especialmente em condições como diferença de fator Rh, mãe com HIV, hepatite B ou outra doença viral (VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2012).

Dessa forma, os relatos dessas mulheres denunciam a conservação de uma prática danosa que, como não deveria ser praticada, é invisível aos registros dos prontuários, assim como são os motivos de sua utilização. Essa conduta desnecessária e arriscada pode ser considerada uma violação ao direito da mulher à sua integridade corporal, uma vez que, além da exposição aos riscos, causa à parturiente o desconforto da dor durante a sua realização.

No estudo de Chor (2000), no município do Rio de Janeiro, identificou-se a realização dessa manobra em 46% dos partos numa maternidade pública e em 53% em uma conveniada, prática também observada em estudo qualitativo de Reis e Patrício (2005). Esses achados refletem a disseminação da manobra de Kristeller na cultura obstétrica brasileira e a dificuldade de mudança no comportamento dos trabalhadores, mesmo em instituições que tentam adotar práticas obstétricas baseadas em evidências, como é o caso da instituição estudada.

Para Carvalho *et al.* (2012), dentre os motivos que contribuem para que algumas práticas prejudiciais continuem sendo desenvolvidas no atendimento às parturientes, estão a perpetuação de modelos inadequados, a facilitação para a assistência no momento do parto e ainda a supervalorização da prática diária e da experiência sobre as indicações da OMS (1996) e MS (2001). Esses achados reforçam a importância do envolvimento das instituições que prestam assistência ao parto na (re)estruturação dos seus serviços, bem como na capacitação de seus profissionais de saúde para reformulação de antigos conceitos, levando em conta as recomendações da OMS (1996) e MS (2001), para o aprimoramento da qualidade da assistência às usuárias.

A taxa de episiotomia neste estudo foi em torno de 11%, quase metade daquela proposta no Termo de Compromisso das Maternidades do SUS-BH, assinado por esse serviço de saúde, no qual o valor de referência é cerca de 20%.

Embora há anos os dados disponíveis na literatura revelem que esse procedimento não cumpre os objetivos que justificariam sua realização de forma rotineira, sejam eles a prevenção de lesões nas genitais da mãe ou na cabeça do recém-nascido, ainda hoje a episiotomia permanece sendo usada de forma abusiva em muitas instituições de saúde.

Nos estudos realizados em serviços de saúde brasileiros, entre os anos 1998 e 2007, as taxas desse procedimento se mantiveram entre 54,9% e 89,99% (VOGT *et al.*, 2011; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; D'ORSI *et al.*, 2005; CESAR *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2008) nos estabelecimentos onde os partos eram assistidos exclusivamente por médicos. Estudos internacionais, entre 1997 a 2007, com a participação desses mesmos profissionais na assistência ao parto demonstraram que as taxas de episiotomia variaram de 4% a 100% (HARGROVE *et al.*, 2011; ALLEN; HANSON, 2005; KHAYAT; CAMPBELL, 2000). Nos Estados

Unidos, isoladamente, evidenciou um declínio de 60,9% em 1979 para 24,5% em 2004 (FRANKMAN *et al.*, 2009).

Pesquisa voltada para a avaliação dessa prática em um serviço de saúde de São Paulo, que integra a enfermeira obstetra juntamente com o profissional médico na assistência ao parto, apontou altos índices de episiotomia (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005), semelhantes àqueles apontados em estimativa nacional, em que a sua ocorrência alcançou 71,6% no ano de 2006 (BRASIL, 2009).

Os dados encontrados nas pesquisas nacionais caracterizam um modelo de assistência tecnocrático e revelam, ainda hoje, a prevalência desse modelo na assistência ao parto nos serviços de saúde do Brasil. Em contrapartida, pesquisas têm demonstrado que a episiotomia tem sido aplicada de forma mais criteriosa em algumas instituições, principalmente quando há a participação exclusiva ou majoritária de enfermeiras obstetras na assistência ao parto. Nesses estudos, realizados entre 2001 e 2008, a realização de episiotomia variou entre 16,1% e 31,45% (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2011; SOUZA, 2011; LOBO, 2009; SCHNECK; RIESCO, 2006; MAGALHÃES, 2008; MOUTA *et al.*, 2008; ROCHA; FONSECA, 2010), índices, porém, ainda maiores que os deste estudo.

Sob a justificativa biomédica de que a pelve materna na adolescência ainda não está madura o suficiente para suportar a passagem do feto sem provocar lacerações espontâneas e que o períneo feminino apresenta menor elasticidade na mulher sem parto vaginal anterior, outros estudos têm apontado índices de episiotomia ainda maiores entre as mulheres com menos de 20 anos e entre as primíparas, apresentando associação significativa dessa intervenção com esses dois grupos de mulheres (SANTOS *et al.*, 2008; METELLO *et al.*, 2008; COSTA; SOUZA, 2009; CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010; LÔBO, 2010; CESAR *et al.*, 2011; ENDERLE *et al.*, 2012).

No presente estudo, além dos baixos índices de episiotomia, não foram encontradas tais associações, o que demonstrou o fortalecimento da segurança na prática dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto da instituição estudada, no que diz respeito ao uso seletivo desse procedimento e aos critérios de utilização. Nesse sentido, um achado relevante e que deve contribuir no incentivo à utilização restrita da episiotomia, principalmente entre as primíparas, é que a episiotomia no primeiro parto aumenta o risco de lacerações perineais num parto subsequente (ALPERIN; KROHN; PARMAINEN, 2008).

Por outro lado, foi encontrada associação entre a episiotomia e a posição de parto, uma vez que a totalidade das mulheres submetidas a essa técnica pariu em posição deitada. Essa associação sugere que esse procedimento tenha sido menos necessário durante a realização de partos em posições não deitadas, como de cócoras ou sentada, em decorrência do efeito facilitador da força da gravidade. Além disso, a utilização da posição dorsal no período expulsivo diminui a força realizada pela mulher na região perineal, quando comparada aos outros partos realizados em posição vertical, o que, além de restringir a participação da mulher nesse processo, também pode aumentar a necessidade da episiotomia (MOUTA *et al.*, 2008).

Embora existam estudos que apontam essa mesma associação (BARACHO *et al.*, 2009; GUPTA; HOFMEYR; SMYTH, 2012), deve-se considerar que este pode ser um dado falseado, uma vez que a posição deitada facilita a realização dessa técnica. Dessa forma, mesmo que tenha sido adotada pela mulher qualquer outra posição para o seu parto, ao prever a necessidade da realização da episiotomia, pode ter sido solicitado pelo profissional de saúde que a mulher se posicionasse de tal forma. Tal resultado, portanto, pode ser decorrente da dificuldade técnica de se realizar episiotomia em posições de parto não deitadas.

No parto, a possibilidade de ocorrências de traumas perineais é um importante contribuinte para a realização da episiotomia e tratam-se de roturas que podem ocorrer durante a expulsão do feto, classificadas de acordo com a estrutura a que foi acometida.

A laceração de primeiro grau é aquela que não atinge nenhum músculo, estendendo-se através da fúrcula, mucosa vaginal e da pele. Já a laceração de segundo grau acomete os músculos perineais, porém, sem lesão do esfíncter retal. A laceração de terceiro grau atinge essa estrutura e, algumas vezes, prolonga-se até a parede anterior do reto. Neste último caso, em que a parede do reto é comprometida, por vezes utiliza-se o termo laceração de quarto grau (REZENDE, 2005). As lacerações de primeiro e segundo grau são consideradas leves e nos casos específicos nos quais há acometimento de estruturas retais, portanto lacerações de terceiro e quarto grau, as lacerações são consideradas graves, pois podem levar à incontinência urinária e fecal (CARVALHO; SOUZA, MORAES FILHO, 2010).

Estudos também têm buscado associação entre a posição materna no parto e as lacerações perineais. Em seus achados, Albers *et al.* (1996) e Meyvis *et al.*

(2012) apontaram que a posição lateral no período expulsivo resultou em menor trauma perineal quando comparada à posição litotômica, com associação estatisticamente significativa.

Em contrapartida, neste estudo, a posição deitada de lado, juntamente com a posição de cócoras foram as que tiveram maior ocorrência de lacerações, de primeiro grau principalmente, com 75,0% e 83,3% dos casos, respectivamente. Essas duas posições também foram as que mais favoreceram para que as mulheres tivessem lacerações na pesquisa desenvolvida por Souza (2011) em um CPN do Rio de Janeiro, com incidência de 50,2% nos partos assistidos em posição lateral e 69,6% naqueles assistidos de cócoras. Assim como nessa pesquisa de Souza (2011), a posição de gaskin foi a que teve menor incidência de traumas perineais neste estudo, seguida da posição sentada/reclinada.

Mouta *et al.* (2008) observam maior ocorrência de lacerações de primeiro e segundo grau nas mulheres que pariram em posição vertical, quando comparada à posição horizontal. Enquanto no Brasil, Baracho *et al.* (2009) não encontraram correlação da posição de parto vaginal – vertical ou horizontal – com a ocorrência do trauma perineal, pesquisa internacional observou associação entre essas variáveis e descobriram que, em posição não-supina, as mulheres parem com muito menos trauma perineal. Os autores revelaram ainda que as lacerações de primeiro grau ocorrem mais nas posições não litotômicas, enquanto que as lacerações de segundo e terceiro grau foram mais comuns nas posições litotômicas (TERRY *et al.*, 2006).

No presente estudo, a ocorrência de laceração de segundo grau foi de 14,8%. As mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos foram as que mais tiveram esse evento e ele foi praticamente equivalente entre as mulheres primíparas (20,0%) e secundíparas (18,8%), mas ausente nas múltiparas. Mayvis *et al.* (2012) apontou em seus achados associação entre a paridade materna e o trauma perineal, que reduz com o aumento da paridade.

Em estudo realizado no interior de São Paulo, das mulheres que não foram submetidas à episiotomia, 45,5% tiveram lacerações espontâneas, sendo 72,5% delas de primeiro grau e 27,3% de segundo grau. Utilizando análise de regressão logística uni e multivariada, os autores não encontraram associação entre a variável laceração perineal com a idade materna, nem com a paridade, contrapondo os achados de Mayvis *et al.* (2012) e Gomes (2011). Quanto à integridade perineal, sua

chance aumenta entre as mulheres com um ou mais partos vaginais anteriores (RIESCO *et al.*, 2011).

No presente estudo, as multíparas foram as que mais tiveram períneo íntegro (53,8%) e foi possível observar mais mulheres com ausência de traumas perineais após a expulsão do feto, à medida que se aumentava a paridade materna, embora testes estatísticos não tenham sido realizados para verificar alguma associação.

Na pesquisa de Silva, Costa e Pereira (2011), das mulheres que não foram submetidas à episiotomia, assim como neste estudo, a maioria teve laceração de primeiro grau (56,6%), seguida daquelas que permaneceram com o períneo íntegro após a expulsão fetal (38,6%).

Neste presente estudo, não foram observadas lacerações graves e mais de 80% das mulheres tiveram lacerações de primeiro grau ou não tiveram lacerações. Já que estudos relevam a associação do uso rotineiro da episiotomia com o surgimento de traumas perineais mais severos, a ausência de lacerações graves entre essas mulheres pode ser decorrente da política institucional que mostrou adotar essa técnica de forma seletiva (LOBO, 2010; RODRIGUEZ *et al.*, 2008; GUPTA; HOFMEYR; SMYTH, 2012). Por não lesarem músculos, as lacerações de primeiro grau transcorrem com menos sangramento, apresentam cicatrização mais rápida, menos complicações e, muitas vezes, dispensam correção cirúrgica, apresentando bom prognóstico.

Dessa forma, pode-se inferir que, conforme sugere a literatura, o uso restrito da episiotomia não trouxe prejuízos ao assoalho pélvico das mulheres envolvidas neste estudo (GUPTA; HOFMEYR; SMYTH, 2012).

As práticas relativas ao contato da mãe com seu bebê e ao aleitamento materno ainda na sala de parto são também indicadores relevantes da qualidade da atenção ao parto humanizado e, segundo a OMS (1996) e MS (2001), deve ser encorajada no parto normal.

O contato pele a pele precoce melhora os resultados neonatais em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória e aumenta significativamente o sucesso da amamentação, sem efeitos negativos aparentes em curto e longo prazo, segundo estudo de meta-análise (MOORE *et al.*, 2012).

Martín e Viudes (2010) e Rosa *et al.* (2010) destacam ainda que essa prática favorece o vínculo afetivo, propiciando o reconhecimento entre mãe e filho, pode

aumentar a autoestima materna, diminuir a ansiedade, melhorar os sentimentos de aceitação do seu novo papel e a satisfação durante o processo de parto.

Embora seja uma prática demonstradamente útil e que deve ser encorajada no parto normal especificamente, também pode e deve ser promovida no parto operatório. Neste estudo, dos 89 recém-nascidos vivos, o contato precoce entre mãe e filho foi garantido em mais de 77% dos partos, embora a maior frequência tenha ocorrido entre os filhos nascidos de parto normal.

Nagahama e Santiago (2008) registraram que mais de 80% dos recém-nascidos de dois hospitais do interior do Paraná tiveram contato pele a pele com sua mãe, porém com tempo inferior a 30 minutos. Em pesquisa realizada em 13 hospitais de Goiânia foi constatado que apenas 11,6% dos bebês ficaram em contato com suas mães por período maior ou igual a 30 minutos (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Admite-se que nos achados do presente estudo não foi possível determinar o tempo em que mãe e filho permaneceram em contato após o nascimento.

Cabe ressaltar, entretanto, que o passo quatro da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) preconiza que os bebês devem permanecer por pelo menos uma hora junto à pele da mãe, e que o início do aleitamento materno deve ocorrer na primeira meia hora após o nascimento, independentemente da via de parto (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, Boccolini *et al.* (2011) observaram que apenas 16% das mães amamentaram na primeira hora de vida. Os autores apontaram, ainda, que o aleitamento materno nesse período foi menos prevalente entre os recém-nascidos com intercorrências imediatas após o parto, entre as mães que não tiveram contato com os recém-nascidos na sala de parto e as que tiveram parto operatório.

No entanto, verificou-se neste estudo que a prevalência de 67,8% de parto vaginal, o contato precoce entre o binômio garantido em mais de 77% dos partos, bem como a boa adaptação à vida extra-uterina dos mais de 90% dos recém-nascidos que apresentaram índices de Apgar maiores ou igual a oito, não se mostraram como facilitadores do início precoce do aleitamento materno, uma vez que apenas 15,7% dos recém-nascidos sugaram o seio materno na primeira hora de vida, percentual semelhante àquele encontrado no estudo de Boccolini *et al.* (2011).

Em contrapartida, a prevalência da amamentação na primeira hora de vida encontrada em uma maternidade privada de São Paulo foi de 74,3% entre mães e recém-nascidos saudáveis. Nessa pesquisa, o parto operatório e o uso de anestesia não foram fatores impeditivos à amamentação nesse período, e 18,7% dos recém-nascidos não foram amamentados por fatores limitantes que requerem ações de melhoria, tais como alta rotatividade de partos, recusa pela paciente ou médica, cansaço por trabalho de parto prolongado (PILLEGI *et al.*, 2008).

Nessa mesma perspectiva, a ausência de fatores individuais maternos e perinatais que expliquem o desfecho da amamentação na primeira hora de vida no serviço de saúde do estudo sugere a necessidade de avaliação da assistência prestada pelos profissionais de saúde, no que diz respeito a esse evento. Isso porque são eles, os profissionais de saúde, os idealizadores de uma assistência baseada em evidências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora, no Brasil, o modelo vigente de assistência obstétrica ainda seja desenvolvido com o emprego inadequado de intervenções inadequadas no processo fisiológico do trabalho de parto e parto, caracterizando o modelo tecnocrático, os resultados deste estudo revelaram empenho da equipe que integra o cuidado ao parto e nascimento da instituição avaliada, na tentativa de se adaptar ao modelo humanizado, na perspectiva da prática baseada em evidência científica. Foram encontradas práticas apoiadas no modelo humanizado, embora ainda tenham sido reveladas práticas baseadas no modelo tecnocrático.

Os resultados demonstraram a apropriação, por parte dos profissionais de saúde, de práticas demonstradamente úteis e estimuladas pela OMS e MS durante o trabalho de parto, sendo que à maioria das mulheres foi garantido o direito à escolha sobre seus acompanhantes, à liberdade de posição e movimento, foram utilizados métodos não-farmacológicos de alívio da dor e o monitoramento do progresso de seus partos foi feito por meio do uso de partograma. A utilização de enema e tricotomia mostrou-se extinta da prática dos profissionais desta instituição, mostrando, mais uma vez, consonância com as recomendações da OMS e MS.

Por outro lado, foi dada menos importância, pelos profissionais de saúde que prestaram assistência às mulheres deste estudo, à oferta de dieta oral durante o trabalho de parto, prática também estimulada pela OMS e MS, mas que ocorre em pouco mais da metade das parturientes.

O banho de chuveiro foi o método aplicado à totalidade de mulheres que referiram ter experimentado algum método não farmacológicos de alívio da dor, quer seja de forma isolada ou associada a outro método. No entanto, os achados remetem à necessidade de melhor incorporação de outras condutas não invasivas que colaborem com o conforto e o enfrentamento da dor durante o trabalho de parto, tais como massagem, bola suíça e outras, que foram pouco aplicadas pelos profissionais de saúde durante a assistência no trabalho de parto.

Práticas intervencionistas, frequentemente utilizadas de modo inapropriado no trabalho de parto, encontram-se ainda agregadas à assistência prestada pelos profissionais de saúde, tais como a amniotomia e a prescrição de ocitocina. A ocorrência dessas práticas mostrou-se maior entre as mulheres admitidas com dilatação menor ou igual a cinco centímetros, com associação estatisticamente

significativa, revelando a importância da admissão precoce sobre a cascata de intervenções, as quais ficam sujeitas às mulheres admitidas nessas condições.

A ocorrência de analgesia, que também mostrou associação com a dilatação no momento da admissão, apresentou-se bem superior à média nacional, respeitando o compromisso firmado com a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte, que propôs a analgesia, quando esgotados os recursos não farmacológicos para alívio da dor, em torno de 30% dos partos normais.

No parto, a posição “deitada de costas com as pernas levantadas” para parir, utilizada pela maioria das mulheres deste estudo, também representou a dificuldade de incorporação total das práticas obstétricas, de acordo com o que recomenda a OMS e MS em detrimento daquelas que moldam o modelo tecnocrático. No entanto, como esta mudança ocorre de forma gradativa, a ausência de perneiras pode evidenciar certo avanço no que se refere à posição de parto, embora a maioria deles tenha ocorrido em posição deitada e seja necessária a revisão dessa prática pelos profissionais de saúde desta instituição.

Também merece ser revista a utilização da manobra de Kristeller no período expulsivo, uma prática danosa que, como não deve ser praticada, é invisível aos registros dos prontuários, mas foi denunciada nos relatos das mulheres deste estudo.

Neste estudo, além dos baixos índices de episiotomia, não foram encontradas associações entre essa prática e a paridade e idade materna, demonstrando o fortalecimento da segurança dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto desta instituição, no que diz respeito ao uso seletivo desse procedimento e aos critérios de sua utilização.

Por outro lado, foi encontrada associação entre a episiotomia e a posição de parto, uma vez que a totalidade das mulheres submetidas a essa técnica pariu em posição deitada. Tal resultado, no entanto, pode ser decorrente da dificuldade técnica de se realizar a episiotomia em posições de parto não deitadas.

Nos achados desta pesquisa não foram observadas lacerações perineais graves e a maioria das mulheres teve lacerações de primeiro grau ou não teve lacerações. Diante disso, pode-se inferir que o uso restrito da episiotomia, conforme recomenda a OMS e MS, não trouxe prejuízos ao assoalho pélvico das mulheres envolvidas neste estudo.

No que se refere ao contato precoce entre mãe e filho, este foi garantido a maioria dos binômios. No entanto, esta ocorrência, bem como a considerável incidência de partos normais e a boa adaptação à vida extra-uterina da maioria dos recém-nascidos, não se apresentaram como facilitadores do início precoce do aleitamento materno, uma vez que foi baixa a sua incidência.

A incisiva participação das enfermeiras obstetras na assistência ao parto e nascimento nesta instituição demonstra a confiança dos gestores no trabalho em equipe, ou trabalho colaborativo, para a segurança do atendimento humanizado. Ao mesmo tempo, propõe, em parte, a responsabilização desses profissionais quando determinadas práticas obstétricas foram ou não respeitadas.

De qualquer forma, observou-se que, mesmo nesta instituição que incorpora e acredita numa assistência realizada com práticas humanizadas baseadas em evidências científicas, a transformação do modelo assistencial na obstetrícia ainda é um desafio atual e urgente que requer esforços tanto de gestores quanto de profissionais de saúde.

Propõe-se ainda que a avaliação da qualidade da assistência não deve estar pautada exclusivamente pelo cumprimento dessas práticas, de acordo com o que recomenda a OMS e MS. Destaca-se, portanto, a importância de conhecer a satisfação das mulheres deste estudo quanto ao cuidado que lhes foi prestado.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C.A. **Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde São Paulo**. 2012, 112f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2012.
- ALBERS, L.L. Overtreatment of normal childbirth in US hospitals. **Birth**, v. 32, n. 1, p. 67-68, 2005.
- ALBERS, L.L. *et al.* Factors related to perineal trauma in childbirth. **J. Nurse Midwifery**, v. 41, n. 4, p. 269-276, 1996.
- ALLEN, R.E.; HANSON JR, R.W. Episiotomy in Low-Risk Vaginal Deliveries. **JABFP**, v. 18, n. 1, p. 8-12, 2005.
- ALMEIDA, N.A.M. *et al.* Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 52-56, 2005.
- ALPERIN, M.; KROHN, M.A.; PARMAINEN, K. Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 11, n. 6, p. 1274-1278, 2008.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS. Induction of labor for vaginal birth after caesarean delivery. **Obstetrics & Gynecology**, v. 99, n. 4, p. 679-680, 2002.
- AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R; PORTO, A.A.F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010.
- AMORIM, T. **O resgate da formação e inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto no Brasil**. 2010, 292f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2010.
- ÂNGULO-TUESTA, A. *et al.* Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1425-1436, 2003.
- ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R.M.D.; JONES, L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. **The Cochrane Library**, n. 11, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD000331>>. Acesso em: 09 nov. 2012.
- BARACHO, S.M. *et al.* Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 9, n. 4, p. 409-414, 2009.

BARROS, F.C. *et al.* The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847-854, 2005.

BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **The Cochrane Library**, n. 11, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD001236>>. Acesso: 08 nov. 2012.

BEN REGAYA, L. *et al.* Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical: étude prospective randomisée de 200 cas. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction**, v. 39, p. 656-662, 2010.

BIO, E.; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n. 11, p. 671-679, 2006.

BOARETTO, M.C. **Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro**. 2003, 141f. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2003.

BOCCOLINI, C.S. *et al.* Fatores associados a amamentação na primeira hora de vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.

BÖING, I.; SPERANDIO, F.F.; SANTOS, G.M. Uso de técnica respiratória para analgesia no parto. **FEMINA**, v. 35, n. 1, p. 41-46, 2007.

BRASIL. **Lei 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: 07 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 06 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso a assistência a saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. **Portaria 985, de 05 de agosto de 1999**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>>. Acessado em: 12 fev. 2012.

BRASIL. **Portaria 569, de 01 de junho de 2000**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atendimento-humanizado/Portaria_569.pdf>. Acessado em: 12 fev. 2012.

BRASIL. **Portaria 650, de 05 de outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em: 22 mar 2012.

BRASIL. **Resolução normativa 167, de 09 de janeiro de 2007**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/resolucoes/12397-167.html>>. Acessado em: 12 fev. 2012.

BRENES, A.C. História da parturição no Brasil, Século XIX. **Cad. de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 135-149, 1991.

BRUGGEMANN, O.M. Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização. In: ZAMPIERI, M.F.M.; OLIVEIRA, M.E.; BRUGGEMANN, O.M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis, SC: Cidade Futura; 2001. p. 23-36.

BRÜGGEMANN, O.M. **O apoio a mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa**. 2005, 168f. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, SP, 2005.

BRÜGGEMANN, O.M. *et al.* Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 9, n. 2, p. 189-196, 2009.

BRÜGGEMANN, O.M.; PARPINELLI, M.A.; OSIS, M.J.D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.

CAMPOS, S.E.V.; LANA, F.C.F. Resultados da assistência ao parto no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p. 1349-1359, 2007.

CAMPOS, T.P. **Perfil de nascimentos e óbitos infantis: a busca da assistência no Município do Rio de Janeiro**. 1997, 83f. Dissertação (Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação:** a ciência a sociedade e a cultura emergente. São Paulo, SP: Cultrix, 1998.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **The Cochrane Library**, n. 12, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD000081>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B.M. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 5, p. 1-6, 2010.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B.M. Prevalência e fatores associados a prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.3, p. 333-339, 2010.

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**, v. 46, n. 1, p. 30-37, 2012.

CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. M. P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 6, p.357-365, 2005.

CESAR, J.A. *et al.* Características sociodemográficas e de assistência a gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 985-994, 2011.

CHANG, M.Y.; CHEN, C.H.; HUANG, K.F. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. **J. Nurs. Res.**, v. 14, n. 3, p. 190-197, 2006.

CHOR, D. **Modificações na atenção ao parto:** contribuições de um estudo epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CLUETT, E.R. *et al.* Immersion in water in labour and birth. **The Cochrane Library**, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD000111>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

COSTELLO, A.; OSRIN, D. Epidemiological transition, medicalisation of childbirth, and neonatal mortality: three Brazilian birth-cohorts. **The Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 827-828, 2005.

D'ORSI, E. *et al.* Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 646-654, 2005.

DARLINGTON, A.; MCBROOM, K.; WARWICK, S. A northwest collaborative practice model. **Obstetrics & Gynecology**, v. 118, n. 3, p. 673-677, 2011.

DAVIM, R.M.B. *et al.* Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n. 3, p. 600-609, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a06.pdf>>. Acessado em: 14 mar. 2012.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.V. Avaliação do uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes. **Rev. RENE**, v. 9, n. 2, p. 64-72, 2008.

DAVIM, R.M.B; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 438-45, 2009.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, n. 1, p. S5-S23, 2001.

DEJOY, S. *et al.* Making it work: sucessful callaborative practice. **Obstetrics & Gynecology**, v. 118, n. 3, p. 683-686, 2011.

DIAS, M.A.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v.19, n.2, p. 313-326, 2009.

ENDERLE, C.F. *et al.* Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 12, n. 4, p. 383-394, 2012.

ENKIN, M. *et al.* **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FABRI, R.H. *et al.* Estudo comparativo das indicações de cesariana entre um hospital público-universitário e um privado. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 2, n. 1, p. 29-35, 2002.

FRANKMAN, E.A. *et al.* Episiotomy in the United States: has anything changed? **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 200, n.1, p. 573-577, 2009.

FRASER, W.D. *et al.* Amniotomy for shortening spontaneous labour. **The Cochrane Library**, n. 12, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD006167>>. Acesso: 02 dez. 2012.

FRENEA, S. *et al.* The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. **Anesth. Analg.**, v. 98, n. 1, p. 224-229, 2004.

GALLO, R.B.S. *et al.* Recurso não farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA**, v. 39, n. 1, p. 41-48, 2011.

GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.17, n.2, p. 1-7, 2009.

GAYESKI, M.E.; BRÜGGEMANN, O.M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto Contexto Enferm**, v. 199, n. 4, p. 774-782, 2010.

GIGLIO, M.R.P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, L.A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 10, p. 297-304, 2011.

GOLDANI, M.Z. *et al.* Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. **Cad. Saúde Pública**, v. 6, n. 4, p. 1041-1047, 2000.

GOMES, K. **Intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto e parto em uma maternidade de baixo risco obstétrico, na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo**. 2011. 142f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, 2011.

GUPTA, J.K.; HOFMEYER, G.J.; SMYTH, R.M.D. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **The Cochrane Library**, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD002006>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

HARGROVE, A. *et al.* Family physician and obstetrician episiotomy rates in low-risk obstetrics in southern Alberta. **Canadian Family Physician**, v. 57, n. 1, p. 450-456, 2011.

HISLOP, J.; ARBER, S. Understanding women's sleep management: beyond medicalization-healthicization? **Sociology of Health & Illness**, v. 25, n. 7, p. 815-837, 2003.

HODNETT, E.D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **The Cochrane Library**, n. 12, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003766>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

HODNETT, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.186, n. 5, p. 160-72, 2002.

HODNETT, E.D.; DOWNE, S.; WALSH, D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. **The Cochrane Library**, n. 12, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD000012>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

HOFMEYER, G.J. Evidence-based intrapartum care. **Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.**, v. 19, n. 1, p. 103-115, 2005.

JORGE, D.R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. 1975, 148p. Tese (Livre-docência), Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 1975.

KELEHER, K.C. Collaborative practice: characteristics, barriers, benefits, and implications of midwifery. **J. Nurse Midwifery**, v. 43, n.1, p. 8-11, 1998.

KHAYAT, R.; CAMPBELL, O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. **Health Policy and Planning**, v. 15, n. 3, p. 270-278, 2000.

KITZINGER, S. **The midwife challenge**. London: Pandora; 1988.

LARSSON, P.G. *et al.* Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. **Gynecol. Obstet. Invest.**, v. 31, n. 4, p. 213-216, 1991.

LAWRENCE, A. *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **The Cochrane Library**, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003934>>. Acesso: 02 mai. 2012.

LEPPERT, P.C. Session one: The challenges and opportunities of proving maternity care through collaborative practice. **Women's Health**, n. 5, v. 7, p. 309-342, 1997.

LEOPARD, M.T. **Metodologia de Pesquisa em Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002

LIMA, J.B.M.C.; LEÃO, M.R.C. Controle da dor no trabalho de parto e parto. In: SEMINÁRIOS NACIONAIS SOBRE A ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA E NEONATAL HUMANIZADA BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 31-3.

LIMA, G.P.V. *et al.* O ambiente do cuidado de enfermagem obstétrica como facilitador do parto normal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61, 2009, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ABEn Seção – CE, 2009. p. 4867.

LOBO, S.F. **Caracterização da assistência ao parto e nascimento em um centro de parto normal do município de São Paulo**. 2009, 103f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2009.

LOBO, S.F. *et al.* Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 812-818, 2010.

LÔBO, S.F. **O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais.** 2010, 87f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiás, GO, 2010.

LOPES, T.C.; MADEIRA, L.M.; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 2, p. 134-139, 2003.

LOWE, K.N. The nature of labor pain. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 5, p. S16-S24, 2002.

MACHADO, E.G.C. **Gestação, parto e maternidade:** uma visão holística. 2.ed. Belo Horizonte: Aurora, 1998.

MAGALHÃES, P.P.R. Práticas baseadas em evidências científicas no parto e nascimento: a experiência da Maternidade Risoleta Tolentino Neves. In: SEMINÁRIO BH PELO PARTO NORMAL, 2008, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2008. p. 84-86.

MAMEDE, F.V. *et al.* O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, n. 3, p. 466-471, 2007a.

MAMEDE, F.V. *et al.* A dor durante o trabalho de parto: o efeito da deambulação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1-6, 2007b.

MAMEDE, F.V.; MAMEDE, M.V.; DOTTO, L.M.G. Reflexões sobre deambulação e posição maternal no trabalho de parto e parto. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 331-336, 2007.

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.**, v. 9, n. 1, p. 59-67, 2009.

MARQUES, J. **Descartes e sua concepção de homem.** São Paulo: Edições Loyola, 1993.

MARTÍN, A.A.C.; VIJES, M.C. Importancia del contacto precoz piel con piel em el recién nacido sano durante el trabajo de parto. **Metas Enferm.**, v. 13, n. 6, p. 20-23, 2010.

MARTÍN-RODRÍGUEZ, L.S. *et al.* The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care**, Suppl. 1, p. 132-147, 2005.

MCCORMIC, M.C.; BEHRMAN, R.E. The quiet epidemic of premature birth: commentary on a recent Institute of Medicine Report. **Ambul. Pediatr.**, v. 7, n.1, p.8-9, 2007.

MEDRONHO, R.A.; BLOCH, K.V. **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

MELO, C.R.M.; PERAÇOLL, J.C. Mensuração da energia despendida no jejum e no aporte calórico (mel) em parturientes. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 1-6, 2007.

MELO, V.H. **Evolução histórica da obstetrícia: a marginalidade social das parteiras e da mulher**. 1983, 166f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 1983.

MERIGHI, M.A.B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 644-653, 2002.

MERIGHI, M.A.B.; GUALDA, D.M.R. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência a mulher no processo de nascimento. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 7, n. 2, p. 6-10, 2002.

METELLO, J. *et al.* Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.30, n.12, p. 20-25, 2008.

MEYVIS, I. *et al.* Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. **Birth**, v. 39, n. 2, p. 115-120, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB/SUS/MG No. 047, DE 23 DE ABRIL DE 2001**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2001/del_047_01.doc>. Acessado em: 15 nov. 2012.

MOORE, E.R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **The Cochrane Library**, n. 12, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003519>>. Acessado em: 14 jan. 2013.

MOUTA, R.J.O. *et al.* Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16. n. 4, p. 472-476, 2008.

MOZURKEWICH, E.L.; HUTTON, E.K. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.183, n. 5, p. 1197-1197, 2000.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Partos humanizados 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.**, v.11,n. 4, p. 415-425, 2011.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidados em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1859-1868, 2008.

NARCHI, N.Z. Atenção ao parto por enfermeiros na zona leste do município de São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 4, p. 546-551, 2009.

NASCIMENTO, N.M. *et al.* Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Ana Nery Rev. de Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 456-461, 2010.

NEME, B. **Obstétrica básica**. 3. ed. São Paulo: Savier, 2005.

NOMURA, R.M.Y.; ALVES, E.A.; ZUGAIB, M. Maternal complications associated with type of delivery in university hospital. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2004.

O'SULLIVAN, G. *et al.* Effect of fook intake during on obstetric outcome: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 338, n. b784, p. 2009.

ODENT, M. **O renascimento do parto**. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, M.I.C. *et al.* Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva: 1996, 53p.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto: o lugar do não-médico**. 1997, 129p. Tese (Doutorado), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1997.

OSAVA, R.H.; TANAKA, A.C.D.A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 31, n. 1, p. 96-108, 1997.

OSAWA, R.H.; RIESCO, M.L.G.; TSUNECHIRO, M.A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interface de profissões afins, porém distintas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 59, n. 5, p. 699-702, 2006.

PAIXÃO, T.C.R.; SILVA, F.M.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Caracterização da assistência implementada em um centro de parto normal segundo as práticas recomendadas pela OMS. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 17, 2009, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: Pró-Reitoria de Pesquisa/USP, 2009. 1 CD-ROM.

PAYNE, P.A.; KING, V.J. A model of nurse-midwife and family physician collaborative care in a combined academic and community setting. **J. Nurse Midwifery**, v. 43, n. 1, p. 19-26, 1998.

PEREIRA, A.L.F.; MOURA, M.A.V. Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos na assistência ao parto. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, p. 119-124, 2008.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.

PILLEGI, M.C. *et al.* A amamentação na primeira hora de vida e a tecnologia moderna: prevalência e fatores limitantes. **Einstein**, v. 8, n.4, p. 467-472, 2008.

PINTO, C.M.S.P. *et al.* O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. **Rev. Min. Enferm.**, v. 7, n. 1, p. 41-47, 2003.

POLLARD, K. Searching for autonomy. **Midwifery**, v. 19, n. 2, p. 113-124, 2003.

PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 10, 2010.

PROGIANTI, J.M.; BARREIRA, I.A. A obstetrícia, do saber feminino a medicalização: da época medieval ao século XX. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 9, n. 1, p. 91-97, 2001.

PROGIANTI, J.M.; LOPES, A.S.; GOMES, R.C.P. A participação da enfermeira no processo de desmedicalização do parto. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, n. 3, p. 273-277, 2003.

PROGIANTI, J.M.; MOUTA, R.J.O. A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidades. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 2, p. 65-69, 2009.

PROGIANTI, J.M., VARGENS, O.M.C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, n. 8, n. 2, p. 194-197, 2004.

REIS, A.E.; PATRÍCIO, Z.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. sup, p. 221-230, 2005.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H.G.; CUERVO, L.G. Enemas during labour. **The Cochrane Library**, n. 11, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD000330>>. Acesso: 08 nov. 2012.

REZENDE, J. **Obstetrícia fundamental**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RIBEIRO, M.C.S.A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, 2006.

RIESCO, M.L.G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 13-15, 1998.

RIESCO, M.L.G. *et al.* Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n.1, p. 77-83, 2011.

RIESCO, M.L.G., TSUNECHIRO, M.A. Formação profissional de obstetrizas e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Rev. Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 449-459, 2002.

ROCHA, C.R.; FONSECA, L.C. Assistência do enfermeiro obstetra a mulher parturiente: em busca do respeito a natureza. **Rev. de Pesq.:** cuidado é fundamental, v. 2, n. 2, p. 807-816, 2010.

RODRIGUES, Q.P.; DOMINGUES, P.M.L.; NASCIMENTO, E.R. Perfil sociodemográfico de puérperas usuárias do sistema único de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 2, p. 242-248, 2011.

RODRIGUEZ, A. *et al.* Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth- degree lacerations in nulliparous women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 198, n. 3, p. 285-289, 2008.

ROSA, R. *et al.* Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v.14, n. 1, p. 105-112, 2010.

ROSSI, A.C., D'ADDARIO, V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 199, n. 2, p. 224-231, 2008.

SAAD, D.E.A. **Autonomia profissional da enfermeira obstétrica**. 2008, 79f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2008.

SABATINO, H.; DUNN, P.M.; CALDEYRO-BARCIA, R. **Parto humanizado**: formas alternativas. Campinas: Ed. Unicamp, 2000.

SAKAE, T.M.; FREITAS, P.F.; D'ORSI, E. Fatores a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 472-480, 2009.

SANTOS, J.O. *et al.* Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.12, n. 4, p. 658-663, 2008.

SCHIRMER, J. *et al.* Enfermagem obstétrica – 60 anos de história. **Acta Paul. Enf.**, v. 13, número especial, p. 73-75, 2000.

- SCHNECK, C.A. *et al.* Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 77-86, 2012.
- SCHNECK, C.A.; RIESCO, M.L.G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. **Rev. Min. Enferm.**, v. 10, n. 3, p.1-15, 2006.
- SCRUTTON, M.J. *et al.* Eating in labour: a randomized controlled trial assessing the risks and benefits. **Anaesthesia**, v. 54, n. 4, p. 329-334, 1999.
- SEIBERT, S.L. *et al.* Medicalização x Humanização: o cuidado ao parto na história. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 13, n. 1, p. 245-251, 2005.
- SHARTS-HOPKO, N.C. Oral intake during labor: a review of the evidence. **MCN**, v. 35, n. 4, p. 197-203, 2010.
- SILVA, F.M.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 57-63, 2006.
- SILVA, F.M.B; OLIVEIRA, S.M.J.V.; NOBRE, M.R.C. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. **Midwifery**, v. 25, n. 3, p. 286-294, 2009.
- SILVA, S.F. **Sutura perineal no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas.** 2002, 137f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2002.
- SILVA, T.F.; COSTA, G.A.B.; PEREIRA, A.L.F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 1, p. 82-87, 2011.
- SILVEIRA, J.C. **O ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica.** 2007, 137f. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2007.
- SIMKIN, P.P.; O'HANA, M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 186, n. 5, p. S131-S159, 2002.
- SIMPSON, K.R.; KNOX, G.E. Fundal pressure during the second stage of labour. **MCN American Journal of Maternal and Child Nursing**, v. 26, n. 2, p. 64-70, 2001.
- SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G.M.L. Restricting oral fluid and food intake during labor. **The Cochrane Library**, n. 3, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD003930>>. Acesso em: 12 mar. 2012.
- SMITH, C.A. *et al.* Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. **The Cochrane Library**, n. 3, 2012a. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD009290>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SMITH, C.A. *et al.* Relaxation techniques for pain management in labour. **The Cochrane Library**, n. 3, 2012b. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD009514>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

SOARES, B.G.O. Prática e Enfermagem Baseada em Evidências. In: BORK, A. M. T. **Enfermagem Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 3-13.

SOUZA, D.O.M. **Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008**. 2011, 84f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

STAPLETON, S.R. Team-building: Making collaborative practice work. **Journal of Nurse-Midwifery**, v. 43, n.1, p. 12-18, 1998.

TAAVONI, S. *et al.* Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 56, n. 2, p. 137-149, 2011.

TAMASSO, G. *et al.* Debemos seguir haciendo la episiotomia en forma rutinaria? **Rev. Obstet. Ginecol. Venez.**, v.62, n. 2, p. 155-221, 2002.

TAYLOR, R.W. Difficult labor: yesterday and today. **Midwives Chron**, v. 83, p. 142-147, 1970.

TERRY, R.R. *et al.* Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. **JAOG**, v.106, n. 4, p. 199-202, 2006.

TRACY, S.K. *et al.* Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: a population-based study. **Women Birth**, v. 20, n. 2, p. 41-48, 2007.

VANN, M.K. Professional autonomy for midwives: An essential component of collaborative practice. **Journal of Nurse-Midwifery**, v. 43, n. 1, p. 41-45, 1998.

VARGENS, O.M.C.; PROGIANI, J.M.; SILVEIRA, A.C.F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 2, p.339-346, 2008.

VELHO, M.B.; OLIVEIRA, M.E; SANTOS, E.K.A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada a parturiente. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 652-659, 2010.

VERHEIJEN, E.C.; RAVEN, J.H.; HOFMEYR, G.J. Fundal pressure during the second stage of labour. **The Cochrane Library**, n. 12, 2012. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/doc.php?db=reviews&id=CD006067>>. Acesso em: 06 dez. 2012.

VEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

VOGT, S.E. *et al.* Características da assistência ao trabalho de parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1789-1800, 2011.

WALDMAN, R.N.; KENNEDY, H.P. Collaborative practice between obstetricians and midwives. **Obstetrics & Gynecology**, v. 118, n.2, p. 503-504, 2011.

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 puérperas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 4, p. 717-725, 2011.

WIEGERS, T.A. The quality of maternity care services as experienced by women in the Netherlands. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.9, n.18, p. 1-8, 2009.

ANEXOS

ANEXO A – Classificação das práticas no parto normal, segundo a Organização Mundial da Saúde em 1996

Categoria A

Práticas demonstradamente úteis e que devem ser encorajadas:

1. Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se for o caso, para a família.
2. Avaliação do risco da gravidez durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e parto.
4. Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto e parto.
5. Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sinta confiante.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
9. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto.
10. Fornecimento às mulheres o máximo de informações e explicações que desejarem.
11. Métodos não-invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente.
13. Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto.
14. Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
16. Estímulo a posição não-supina durante o trabalho de parto.

17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo com o uso do partograma.
18. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
19. Condições estéreis ao cortar o cordão.
20. Prevenção da hipotermia do bebê.
21. Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
22. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

CATEGORIA B

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

1. Uso rotineiro do enema.
2. Uso rotineiro da tricotomia.
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
4. Cateterização venosa profilática de rotina.
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria por raios X.
8. Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia.
10. Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
11. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto para prevenir ou controlar hemorragia.
13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
14. Lavagem uterina rotineira após o parto.
15. Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.

CATEGORIA C

Práticas que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão:

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
2. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio no trabalho de parto.
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do pólo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto.
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

CATEGORIA D

Práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado:

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor por analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal.
5. Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
6. Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
7. Aumento de ocitocina.
8. Transferência rotineira do parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Caracterização do bexiga.
10. Estímulos para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa antes que a própria mulher sinta o puxo.

11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
12. Parto operatório.
13. Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
14. Exploração manual do útero após o parto.

ANEXO B – Classificação das práticas no parto normal, segundo Ministério da Saúde, em 2001

Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

1. Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
2. Avaliação do risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
4. Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
5. Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
9. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
11. Métodos não-invasivos e não-farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
13. Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
14. Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
16. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
17. Monitoramento cuidadoso do processo do trabalho do parto, uso do partograma.
18. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágios do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.

19. Condições estéreis ao cortar o cordão.
20. Prevenção da hipotermia do bebê.
21. Prevenção da hemorragia neonatal com o uso da vitamina K.
22. Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de parto ou tetraciclina.
23. Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
24. Alojamento conjunto.
25. Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
26. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
27. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

1. Uso rotineiro do enema.
2. Uso rotineiro da tricotomia.
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
4. Cateterização venosa profilática de rotina.
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria por raios X.
8. Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia.
10. Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
11. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
13. Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho
14. de parto.
15. Lavagem uterina rotineira após o parto.

16. Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
17. Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
18. Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
19. Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
20. Prática liberal de cesariana.
21. Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais.
22. Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão

1. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
2. Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
3. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do pólo cefálico no momento do parto.
4. Manipulação ativa do feto no momento do parto.
5. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
6. Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inapropriado

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor por analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal.
5. Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
6. Exames vaginais repetido ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
7. Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
8. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.

9. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
10. Caracterização da bexiga.
11. Estimulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
12. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
13. Parto operatório.
14. Exploração manual do útero após o parto.

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (COEP) sobre a projeto de pesquisa Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 0246.0.203.000-11

Interessado(a): Profa. Edna Maria Rezende
Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

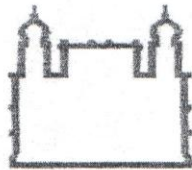
O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma linha decorativa horizontal no final.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sobre o projeto a pesquisa Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 10 de junho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 92/10 CAAE: 0096.0.031.000-10

Título do Projeto: “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento (título inicial: Inquérito epidemiológico sobre as consequências da cesariana desnecessária no Brasil)”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria do Carmo Leal

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 04 / 2010

Data de apreciação: 11 / 05 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição de saúde estudada sobre o projeto a pesquisa Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento



www.sofiafeldman.org.br | 31 3408 2200
Rua Antônio Bandeira, 1060 - Bairro Tupi
Belo Horizonte/MG - CEP 31844-130
Fax: (31) 3433-1601

À Profa. Dra. Maria do Carmo Leal
Coordenadora Nacional do Projeto de Pesquisa
Fundação Oswaldo Cruz

C/C: Sra. Daise Campos

Estimada,

Atendendo à sua solicitação de autorização para implementar o projeto de pesquisa sob sua coordenação: NASCER NO BRASIL: INQUÉRITO NACIONAL SOBRE PARTO E NASCIMENTO nesta Instituição, comunicamos-lhe que em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF), realizada no dia 17 de dezembro de 2010, o pedido foi analisado e foi concedida a referida **autorização**, uma vez que o projeto já possui parecer favorável do CEP/ENSP (parecer nº 92/10 – CAAE 0096.0.31.000-10).

Assim, reiteramos nosso interesse em participar do projeto e desejamos que sua realização seja bem sucedida.

Atenciosamente,

Dr^a. Lélia Maria Madeira
Coordenadora do CEP/HSF

Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2010.

ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sobre a inclusão da presente pesquisa ao projeto Nacer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 0246.0.203.000-11

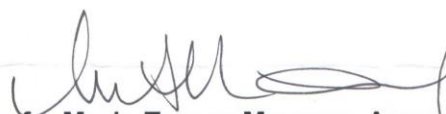
Interessado(a): Profa. Edna Maria Rezende
Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de abril de 2012, a inclusão do subprojeto abaixo relacionada, ao projeto de pesquisa intitulado **"Nacer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- **Nacer em Belo Horizonte: práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento;**

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para entrevista à puérpera

QUESTIONÁRIO HOSPITALAR – PUÉRPERA

QUESTIONÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Para todo questionário, preencher com dígitos 8 para não se aplica e 9 para não sabe informar.

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Horário de início da entrevista :	2. Data Entrevista / /
3. Data do parto / /	
4. No. do prontuário da mãe	
5. Tipo de gestação: 1.Única 2.Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	
6. 1º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Fetal 9. Não soube informar	
7. Nome do 1º Recém-nascido _____	
8. 2º Recém-nascido 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Fetal 9. Não soube informar	
9. Nome do 2º Recém-nascido _____	

II. IDENTIFICAÇÃO DA MÃE

“Vou fazer algumas perguntas sobre você.”

14. Qual é seu nome completo (mãe)? _____	
18. A cor da sua pele é... (ler as alternativas) 1. Branca 2. Preta 3. Parda/morena/mulata 4. Amarela/oriental 5. Indígena	

III. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

“Agora vou lhe fazer perguntas para saber se você já esteve grávida outras vezes antes da gravidez do (nome do bebê) e o que aconteceu em cada uma delas.”

30. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê) , quantas vezes você ficou grávida, contando com algum aborto ou perda que você tenha tido? (Se 00 ou 99, vá para 55)	
31. Antes da gravidez do (a) (nome do bebê) , você teve algum aborto ou perda com menos de 5 meses de gravidez? 0. Não (Se 0 ou 9, vá para 34) 1. Sim	
32. Quantos?	
34. Antes da gravidez do(a) (nome do bebê) , quantas partos você já teve? (Se 00 ou 99, vá para 40)	
35. E quantos desses partos foram normais (incluindo partos a fórceps e vácuo) ?	
36. E quantos desses foram cesarianas? (Se 00, vá para 40)	

IV. PRÉ-NATAL

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a gravidez do (nome do bebê).”

62. Você fez pré-natal na gravidez do (a) (nome do bebê) ? 0. Não 1. Sim (vá para 65) 9. Não soube informar (vá para 84)	
63. Por que você não fez o pré-natal? (Não ler as opções)	
01. Não sabia que estava grávida	
02. Não queria essa gravidez	
03. Não achou importante	
04. Não sabia que precisava	
05. Não tinha dinheiro	
06. Não tinha quem a acompanhasse	
07. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	
08. Não conseguiu consulta	
09. O atendimento era demorado	

10. Não podia ir nos horários de atendimento	☐ ☐ ☐
11. O profissional era homem	☐ ☐ ☐
12. Não gostava dos profissionais do serviço	☐ ☐ ☐
13. Dificuldade de transporte	☐ ☐ ☐
14. Outro motivo (responda a 64)	
99. Não soube informar (Ao final dessa questão vá para 84)	
64. Que outro motivo? _____ (vá para 84)	
70. Quantas consultas de pré-natal com médico, enfermeira ou parteira você fez durante a gravidez do (a) (nome do bebê)? (Caso a gestante tenha mudado de unidade ou tenha freqüentado pré-natal em mais de um serviço, considerar o total de consultas)	☐ ☐ ☐
71. Na gravidez do (a) (nome do bebê) você recebeu um cartão de pré-natal/cartão da gestante? 0. Não 1. Sim	☐
72. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê)? (Ler as opções. Só colocar dois serviços se o número de consultas for igual nos dois) 1. No serviço público 2. No serviço particular ou de plano de saúde (vá para 74) 3. Nos dois 99. Não soube informar (vá para 74)	☐
74. Qual profissional de saúde atendeu você durante a maior parte das consultas de pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê)? 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Parteira 4. Outro 9. Não soube informar	☐
75. Você foi acompanhada, durante o pré-natal da gravidez do (a) (nome do bebê) pelo mesmo profissional? (ler as opções) 0. Não 1. Sim, a maior parte do tempo 2. Sim, o tempo todo	☐

VI. ADMISSÃO NA MATERNIDADE

“Agora vou lhe perguntar sobre o que aconteceu desde que chegou ao primeiro serviço que procurou até ser internada. Vamos chamar esta fase de admissão.”

118. O que fez você achar que estava na hora de procurar atendimento para o parto do (a) (nome do bebê)? (Não ler as opções) (Caso a mulher informe que foi a consulta ou telefonou para o médico e ele mandou ela vir para a maternidade, perguntar qual foi a razão e assinalar abaixo)	
01. Porque entrou em trabalho de parto	☐ ☐ ☐

02. A bolsa rompeu	☐ ☐ ☐
03. Teve o sinal/perda de tampão mucoso	☐ ☐ ☐
04. Estava com dores/contrações	☐ ☐ ☐
05. A data para fazer minha cesariana estava marcada	☐ ☐ ☐
06. Fui encaminhada pelo pré-natal ou PSF	☐ ☐ ☐
07. A indução do parto em casa não funcionou	☐ ☐ ☐
08. Estava passando mal (pressão alta, sangramento, etc...)	☐ ☐ ☐
09. O bebê estava passando do tempo	☐ ☐ ☐
10. O bebê não estava mexendo	☐ ☐ ☐
11. O bebê estava em sofrimento	☐ ☐ ☐
12. Outra (responda a 124)	☐ ☐ ☐
99. Não soube informar	
124. Outra? Qual? _____	

VII. TRABALHO DE PARTO

(Leia a explicação abaixo caso a resposta da mãe na questão 136 seja diferente de NÃO)

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao período desde que você internou até a hora do parto. Vamos chamar esta fase de trabalho de parto no hospital.”

136. Você entrou em trabalho de parto? 0. Não (vá para 151) 2. Não, apesar de ter sido induzido	1. Sim (espontâneo ou induzido) 9. Não soube informar (vá para 151)	☐
137. Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto?	0. Não 1. Sim	☐
137. Você pode ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? (ler as opções) 0. Não, não era permitido 1. Não, porque não quis 2. Sim		☐
148. Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? (ler as opções) 0. Não		☐

1. Banheira	☐
2. Chuveiro	☐
3. Bola	☐
4. Massagem	☐
5. Banquinho para posição de cócoras	☐
6. Cavalinho	☐
7. Outro (responda a 149)	☐
9. Não soube informar	
149. Qual? _____	
151. Você teve direito a acompanhante durante sua internação? 0. Não 1. Sim (vá para 154) 9. Não soube informar (vá para o bloco VIII)	☐
152. Se não, por quê? (Não ler as opções)	
01. A maternidade não permitia qualquer acompanhante	
02. Não permitia homens	☐
03. Só permitia para adolescente	☐
04. Só permitia acompanhante maior de idade	☐
05. Eu não sabia que podia	☐
06. Eu não queria	☐
07. Não tinha quem ficasse comigo	☐
08. Tinha que pagar para ficar com acompanhante	☐
09. Só podia acompanhante na sala de parto	☐
10. Outros (responda a 153)	☐
99. Não soube informar	
(Ao final dessa questão, vão para o Bloco VIII)	
153. Outros? Defina! _____	
(vá para o Bloco VIII)	
154. Seu acompanhante ficou com você: (ler as opções)	
155. Durante o atendimento na admissão (antes de internar)	0. Não 1. Sim ☐
156. Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer) no hospital?	0. Não 1. Sim 2. Não entrei em trabalho de parto ☐

157. Durante o parto (na hora de nascer mesmo)?	0. Não 1. Sim	
158. No pós-parto imediato (no centro obstétrico/recuperação)?	0. Não 1. Sim	
159. Durante a internação após o parto (ficou junto no quarto/enfermaria)?	0. Não 1. Sim	
160. Quem foi seu acompanhante? (marque mais de um se for o caso) 1. Companheiro ou pai da criança 2. Amiga 3. Mãe 4. Irmã 5. Doula 6. Outra pessoa? (responda a 161) 9. Não soube informar		
161. Quem? _____		
162. Esse acompanhante era a pessoa que você havia escolhido para ficar com você?	0. Não 1. Sim	
163. Como foi a experiência de ter um acompanhante no trabalho de parto aqui no hospital? (ler as opções. Colocar 8 caso a mulher não tenha tido acompanhante no trabalho de parto) 1. Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor 2. Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüila e ter um parto melhor 3. Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor 4. Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor 9. Não soube informar		

VIII. PARTO

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).”

172. Qual foi o tipo de parto que você teve? 1. Parto normal 2. Parto a fórceps 3. Parto cesário (se gemelar, marcar o tipo de parto de todos os bebês)	1º 2º
176. Qual foi a posição que voce ficou para ter o bebê? 1. Deitada de costas com a as pernas levantadas 2. Deitada de lado 3. Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro apoios 6. De cócoras 7. De pé 9. Não soube informar	
177. Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê ?	0. Não 1. Sim

IX. INFORMAÇÕES DO BEBÊ – Atenção! Não se aplicar para natimortos**(EM CASO DE GEMELAR, OS BLOCOS “INFORMAÇÕES DO BEBÊ” E “ALEITAMENTO MATERNO” DEVERÃO SER REPETIDOS)***“Agora vou fazer algumas perguntas sobre o (nome do bebê).”*

189. Logo após o nascimento, ainda na sala de parto, antes dos primeiros cuidados com o bebê (colocar do berço aquecido, pesar, medir, etc.), você: (ler as opções) 1. Colocou para mamar 2. Ficou com bebê no colo 3. Apenas viu o bebê 4. Não teve contato com o bebê 9. Não soube informar	☐
---	--------------------------

XVII. DADOS FAMILIARES*“Vou fazer algumas perguntas sobre o seu nível de educação e sua família.”*

316. Você saber ler e escrever? 0. Não 1. Sim	☐
317. Qual o último grau que você cursou? 0. Nenhum 1. Ensino fundamental (1º grau) 2. Ensino médio (2º grau) 3. Ensino Superior (3º grau) 9. Não soube informar	☐
319. Qual é o seu estado civil? 1. Solteira 2. Casada no papel 3. União estável/vive com companheiro 4. Separada 5. Viúva 9. Não sabe informar	☐
320. Você tem algum trabalho que ganhe dinheiro? 0. Não 1. Sim	☐
323. Quem é o (a) chefe de família? 1. Você (a própria mulher) 2. O companheiro 3. Mãe 4. Pai 5. Outra pessoa da família 6. Outra pessoa que não reside na casa 9. Não soube informar	☐

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados do prontuário

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

1. Dados Gerais da coleta de dados	
1. Data da coleta de dados _ _ / _ _ / _ _	2. Horário de início da coleta de dados _ _ : _ _
3. Nome da mãe: _____	
4. No. do prontuário da mãe: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
5. Tipo de gestação: 1.Única 2.Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)	_
6. 1º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Fetal _
7. 2º Recém-nascido	1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Fetal _
2. Dados da Internação	
10. Data da internação:	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
13. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto: 1. Alta 2. Transferida no pós-parto (vá para questão 15) 3. Saída à revelia 4. Óbito 5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para questão 17)	_
14. Data da saída do hospital onde foi realizado o parto: (Se alta ou saída a revelia, vá para a questão 17 e se obito, vá para a 16)	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
15. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade e estado)	
15.1 Motivo da transferencia: _____	
15.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida: 1. Alta 2. Transferida no pós-parto (vá para questão 16) 3. Saída à revelia 4. Óbito 5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para questão 17)	_
15.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
16. No. da Declaração do Óbito prontuário da mãe: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação: 0. Não 1. Sim (vá para 130)	☐
5. Assistência ao trabalho de parto	
94. Trabalho de parto: 1. Espontâneo (vá para 96) 2. Induzido sem sucesso (responda a questão 95 e depois vá para 130) 3. Induzido com sucesso 4. Não entrou em trabalho de parto (vá para 130)	☐
95. Medicação/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras	☐
102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim	☐
103. Enteróclise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim	☐
104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: (permite mais de uma opção) 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	☐ ☐ ☐
105. Presença de partograma no prontuário: 0. Não (vá para 110) 1. Sim	☐
110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: 0. Não (vá para 116) 1. Sim	☐
125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral	☐
126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto/parto: 0. Não, ruptura antes da internação (vá para 129) 1. Sim, ruptura espontânea 2. Sim, ruptura artificial (feito pelos profissionais) 3. Sim, sem informação do tipo de ruptura	☐
6. Dados da Assistência ao Parto	
132. O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação	☐
133. Tipo de parto: 1. Vaginal (inclui fórceps) 2. Cesáreo (vá para 146) (Em caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)	☐
134. Uso de fórceps/vácuo-extrator: 0. Não 1. Fórceps 2. Vácuo-extrator	☐
135. Qual profissional assistiu o parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetriz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação	☐
139. Realização de episiotomia: 0. Não 1. Sim	☐

140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal: 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sem especificação	
7. Indicação da Cesariana	
146. Informações do obstetra: (Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)	
147. Informação do obstetra: 01. Cesariana anterior/ Iteratividade 02. Desproporção Cefalo Pélvica (DCP) 03. Parda de Progressão 04. Descolamento Prematura de Placenta (DPP) 05. Placenta prévia 06. Sofrimento fetal/CIUR 07. Infecção pelo HIV 08. Apresentação pélvica (sentado) 09. Apresentação cómica (atravessado) 10. Laqueadura tubária 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia 12. Eclampsia 13. Síndrome HELLP 14. Diabetes 15. Oligodramnia 16. Gemelaridade 17. Prematuridade 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada 19. Macrosomia 20. Falha de indução 21. Mal formação 22. Óbito fetal 23. Amniorrexe prematura 24. Intercorrências clínicas 25. Sem informação no prontuário 26. Outra (responda a 148)	
148. Outra. Qual: _____	

Atenção entrevistador! No caso de gemelar, preencher uma ficha para cada recém-nascido.

9. Dados do recém-nato	
184. Nº do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado) 	
210. Apgar no 5o. Minuto	
258. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento: 0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 264) 1. Alta 2. Óbito 3. Transferência para outro hospital (vá para questão 260)	

261. Causas de óbito registradas no prontuário: <i>(permite mais de 1 opção)</i> 1. Prematuridade extrema (< 1000g) 2. Infecção 3. Sífilis congênita 4. Malformação congênita 5. Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, pneumonia, hipertensão pulmonar) 6. Outros (responda a 262)	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>					
262. Qual: _____						
265. Observações: _____ _____ _____ _____ _____						

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura do diretor do estabelecimento de saúde

Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os tipos de partos realizados, os motivos para sua realização e os desfechos perinatais a eles associados, a partir da avaliação da assistência prestada à gestação, ao parto e aos recém-nascidos nas unidades de saúde. Serão focalizados aspectos relacionados às características estruturais dos ambientes e dos processos de gestão e produção.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Será aplicado o questionário de estrutura e processo às unidades selecionadas. O questionário será preenchido com base nas informações prestadas pelo(a) Diretor(a) da unidade e outros(as) profissionais e contém quesitos sobre o perfil, recursos humanos, gestão, relação da maternidade com seus usuários e processo de trabalho das unidades. O(A) entrevistado(a) será estimulado(a) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o(a) entrevistado(a) assim decidir. As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A aplicação do questionário é longa, porém importante. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de dados para a área de saúde pública que serão utilizadas para elaboração de diagnóstico das unidades de saúde selecionadas e, assim, servir de instrumento para gestão dos recursos do programa e melhoria da atenção à saúde no Brasil.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

CONSENTIMENTO DO GESTOR DA UNIDADE

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do gestor: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Especificações

	Nome do profissional	Função/Cargo no Estabelecimento	Bloco/ Questões Respondidas
Entrevistado no. 1			
Entrevistado no. 2			
Entrevistado no. 3			
Entrevistado no. 4			
Entrevistado no. 5			

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura das puérperas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada _____,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre parto e nascimento, de responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo pretende identificar os tipos de partos realizados, os motivos para realização de cada um e avaliar o atendimento da mulher durante o pré-natal e o parto, e dos recém-nascidos.

A sua participação irá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento a mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal. As respostas serão anotadas em um formulário. Também iremos entrar em contato com você, por telefone, no período entre 45 e 60 dias para saber como estará a sua saúde e do seu filho.

Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada

_____, ____/____/____

Pesquisador responsável: Profa. Edna Maria Rezende

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFGM: Rua Alfredo Balena, 190, sala 400. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 3409-9864. Email: ednarez@enf.ufmg.br

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º andar, sala 2005 – Cep: 31270-901. Belo Horizonte-MG. Telefax: (31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br