

DÉBORA MAGNÓLIA NOGUEIRA MIRANDA

**PESQUISA DE OPINIÃO DE PUÉRPERAS EM RELAÇÃO A ALGUNS  
PROCEDIMENTOS UTILIZADOS DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO:  
ESTUDO COMPARATIVO EM INSTITUIÇÕES VINCULADAS À FACULDADE  
DE MEDICINA DA UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

BELO HORIZONTE

2016

DÉBORA MAGNÓLIA NOGUEIRA MIRANDA

**PESQUISA DE OPINIÃO DE PUÉRPERAS EM RELAÇÃO A ALGUNS  
PROCEDIMENTOS UTILIZADOS DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO:  
ESTUDO COMPARATIVO EM INSTITUIÇÕES VINCULADAS À FACULDADE  
DE MEDICINA DA UFMG**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do Título de Mestre em Saúde da  
Mulher do Programa de Pós-graduação Saúde da  
Mulher da Faculdade de Medicina – UFMG

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Alamanda Kfoury Pereira

Co-orientadora: Dr<sup>a</sup> Eura Martins Lage

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

BELO HORIZONTE

2016

Miranda, Débora Magnólia Nogueira.  
M672a Pesquisa de opinião de puérperas em relação a alguns procedimentos utilizados durante a assistência ao parto [manuscrito]: estudo comparativo em instituições vinculadas à Faculdade de Medicina da UFMG. / Débora Magnólia Nogueira Miranda. - - Belo Horizonte: 2016.  
67f.: il.  
Orientador (a): Alamanda Kfoury Pereira.  
Coorientador (a): Eura Martins Lage.  
Área de concentração: Saúde da Mulher.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Tociologia. 2. Parto Normal. 3. Comportamento do Consumidor. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Pereira, Alamanda Kfoury. II. Lage, Eura Martins. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER

UFMG

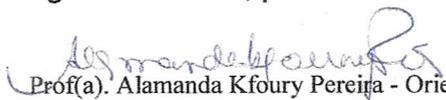
## FOLHA DE APROVAÇÃO

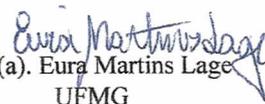
**AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO DE PUÉRPERAS EM RELACAO  
AO TIPO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO EM INSTITUIÇÕES VINCULADAS À  
FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG.**

### **DÉBORA MAGNÓLIA NOGUEIRA MIRANDA**

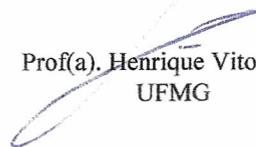
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA MULHER, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE DA MULHER, área de concentração PERINATOLOGIA.

Aprovada em 12 de agosto de 2016, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Alamanda Kfoury Pereira - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Eura Martins Lage  
UFMG

  
Prof(a). Kleyde Ventura de Souza  
Escola de Enfermagem UFMG

  
Prof(a). Henrique Vitor Leite  
UFMG

Belo Horizonte, 12 de agosto de 2016.

## AGRADECIMENTOS

À Professora Alamanda Kfoury Pereira, que tão generosamente me aceitou como aluna. E com uma paciência, invejável dos grandes mestres, me conduziu até aqui.

À professora Eura Martins Lage pela simpatia e acessibilidade às minhas dúvidas.

À professora Myrian Celani com seus conselhos valiosos.

Aos professores que sem notar ou saber contribuíram para minha formação, Henrique; Zilma; Regina Amélia; Prof. Cabral; Mário Dias e Gabriel.

A todos os funcionários, em especial a Denise, e às pacientes do Hospital Risoleta Tolentino Neves e do Hospital das Clínicas.

Aos colegas e amigos, Aluana, Augusto, Lavínia, Elaine, Raquel, Maricélia, Rodrigo e Maria Amélia que tanto me ajudaram nesta jornada, muitas vezes com um gesto, uma palavra, um brilho no olhar ou até mesmo uma crítica construtiva.

Aos meus familiares, irmãos e principalmente marido, que esperaram com paciência a minha volta a rotina do nosso convívio.

Por último às principais mulheres da minha vida, Odília( parteira) e Gabriela minhas avós, Laura Magnólia (mãe ), Grazielle Magnólia ( filha), Gabriella e Carolina (netas), que marcaram minha alma feminina com mel e fel.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Existe alguns modelos de assistência ao parto, desde meados do século XX até hoje. Dois são antagônicos, o tecnocrático e o holístico. A assistência ao parto no Brasil, de uma maneira geral, trilha entre estes dois modelos. Parto Humanizado, que seria melhor chamado de parto centrado na gestante, é o preconizado pelo Ministério da Saúde. Precisamos saber se a pessoa mais interessada nisto tudo, a gestante, está satisfeita com o modelo que cada instituição e os profissionais de saúde estão oferecendo. **OBJETIVOS:** Avaliar o grau de satisfação das puérperas ao tipo de assistência ao parto em instituições vinculadas à Faculdade de Medicina da UFMG, Hospital das Clínicas e Hospital Risoleta Tolentino Neves, com protocolos diferentes. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quali-quantitativa. A pesquisa foi realizada, através de um questionário, com 50 puérperas de cada instituição, dentro de 24 horas pos-parto, antes da alta hospitalar. **RESULTADOS:** Dentre todos os tópicos avaliados alguns não mostraram diferenças como por exemplo: Não houve diferença entre as parturientes do Hospital das clínicas (HC) /UFMG e da Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), com relação ao número de gestações, números de partos e número de consultas de pré-natal. A idade materna, houve diferença, mas não foi estatisticamente significativa. E também mesmo com as diferenças significativas dos profissionais que acompanharam o trabalho de parto, os hospitais de uma maneira geral apresentam a mesma qualificação de satisfação. Enquanto outros, as diferenças de satisfação estão fáceis de perceber com uma simples visão dos gráficos. **CONCLUSÃO:** 1- Não houve correlação entre o perfil das puérperas e o grau de satisfação das mesmas com o modelo de assistência ao parto e ao nascimento.

2- De um modo geral, as parturientes se mostram satisfeitas com os diferentes modelos de assistência ao parto e ao nascimento, comparando-se os protocolos do HRTN e HC

3- A anestesia foi quase um desejo unanime das pacientes em ser contempladas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tocologia; Assistência ao parto; Parto normal; Satisfação do usuário.

## ABSTRAT

**INTRODUCTION:** We have had some delivery care models since the mid-twentieth century to today. Two are antagonistic, technocratic and holistic, that childbirth care in Brazil today, in general, are between these two models. The Humanized Birth, which would be better called birth focused on pregnant women, is recommended by the Ministry of Health. So we need to know if the person in question, in this case, in this case the mother, is satisfied with the model that each institution and health professionals are offering. **AIMS:** To evaluate the degree of satisfaction of mothers to the type of delivery care in institutions linked to the Faculty of Medicine of Hospital das Clinicas Hospital and Risoleta Tolentino Neves, with different protocols. **METHODS:** This is an exploratory-descriptive study of qualitative and quantitative approach. The survey was conducted through a questionnaire with 50 mothers of each institution, within 24 hours postpartum, before hospital discharge. **RESULTS:** Among all evaluated topics some showed no differences for instance: There was no difference between mothers from Hospital clinics (HC) / UFMG and Maternity Risoleta Hospital Tolentino Neves (HRTN), in the number of pregnancies, numbers of births and number of prenatal consultations. Maternal age, there was a difference, but it was not statistically significant. And even with the significant differences of the professionals who accompanied labor, hospitals generally have the same qualification satisfaction. While others, differences in satisfaction are easy to understand with a simple view of the graphics. **CONCLUSION:** 1- There was no correlation between the profile of mothers and the level of satisfaction of the same with the model of care delivery and birth.  
2 In general, the mothers are shown met with different delivery care models and birth, comparing the protocols HRTN and HC  
3 Anesthesia was almost a unanimous desire among the patients.

**KEYWORDS:** Midwifery; Childbirth care; Normal birth; user satisfaction.

## **LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS**

**Tabela 1 - Comparação entre as características das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC**

**Tabela 2 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme os locais de parto**

**Tabela 3 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação com o local de parto**

**Gráfico 1 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação com o local de parto**

**Gráfico 2 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação com o local de parto**

**Tabela 4 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme os profissionais que acompanharam o trabalho de parto**

**Tabela 5 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação com o profissional que acompanhou o trabalho parto**

**Gráfico 3 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação com o profissional que acompanhou o trabalho parto**

**Gráfico 4 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação com o profissional que acompanhou o trabalho parto**

**Tabela 6 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a duração do trabalho de parto**

**Tabela 7 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação com o tempo de trabalho de parto**

**Gráfico 5 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação com o tempo de trabalho de parto**

**Gráfico 6 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação com o tempo de trabalho de parto**

**Tabela 8 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com o uso de materiais auxiliares no trabalho de parto.**

**Gráfico 7 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com o uso de materiais auxiliares no trabalho de parto**

**Gráfico 8 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com o uso de materiais auxiliares no trabalho de parto**

**Tabela 9 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com o número de toques vaginais realizados.**

**Gráfico 9 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com o número de toques vaginais realizados no trabalho de parto**

**Gráfico 10 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com o número de toques vaginais realizados no trabalho de parto**

**Tabela 10 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a Satisfação da parturiente em relação aos procedimentos usados para alívio da dor.**

**Gráfico 11 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente em relação aos procedimentos usados para alívio da dor**

**Gráfico 12 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente em relação aos procedimentos usados para alívio da dor**

**Tabela 11 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente em relação as medidas de alívio da dor intraparto**

**Gráfico 13 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente em relação as medidas de alívio da dor intraparto**

**Gráfico 14 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente em relação as medidas de alívio da dor intraparto**

**Tabela 12 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com tempo de período expulsivo**

**Gráfico 15 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com tempo de período expulsivo**

**Gráfico 16 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com tempo de período expulsivo**

**Tabela 13 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com realização de episiotomia/rafia**

**Gráfico 17 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com realização de episiotomia/rafia**

**Gráfico 18 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com realização de episiotomia/rafia**

**Tabela 14 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com o pediatra**

**Gráfico 19 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com o pediatra**

**Gráfico 20 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com o pediatra**

## **LISTA DE ABREVIACÕES**

HC – HOSPITAL DAS CLÍNICAS

HRTN – HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES

PPP – PRÉ-PARTO, PARTO, PÓS-PARTO IMEDIATO.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

## Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3. OBJETIVO.....	19
3.1. Objetivo Geral.....	19
3.2. Objetivos Específicos.....	19
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	20
4.1. Tipo de estudos.....	20
4.2. Materiais e metodos de coleta de dados.....	20
4.3. Protocolos de atendimentos.....	21
5. RESULTADOS.....	24
6. DISCUSSÃO.....	45
7. CONCLUSÕES.....	46
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
9. ANEXOS.....	50

## 1. INTRODUÇÃO

Muito se discute, hoje, sobre assistência ao parto. Como, onde e quem deve fazer esta assistência. Esta discussão tem despertado o interesse de vários atores: profissionais da saúde, governo e sociedade. Mas o que significa esta assistência? É só no momento do parto? É também no pré-natal? Ou é no Planejamento familiar? Antes ainda, no início da vida fértil da mulher! Na verdade, o cuidado com a assistência ao parto deveria passar primeiro pela assistência à mulher, garantir que a mulher seja saudável e tenha equidade em todos os aspectos da vida e isto inclui educação como um todo

Em relação a assistência ao parto, alguns modelos de assistência incluem tecnocrático, ou o intervencionista ainda o não intervencionista ou holístico. Isto inclui e exclui várias práticas, entre elas: tricotomia, episiotomia, ocitocina, amniotomia, banhos, deambulação, alimentação, posturas, posições de parto, alívio das dores, técnicas para alívio das dores, local para o parto, presença de acompanhantes, entre outros.

A insatisfação com o modelo de assistência ao parto intervencionista, tradicionalmente adotado nos hospitais, é decorrente do atendimento despersonalizado; o emprego de procedimentos supostamente desnecessários; a falta de informações e de suporte emocional, recursos de alívio da dor somente com o emprego de anestesia, não sendo possível contemplar a todas; e a comunicação interpessoal inadequada.

Pouco se investiu no que estas pacientes pensam ou sentem, considerando os modelos assistenciais, se gostaram, se não gostaram. O que podemos apreender e modificar ou aumentar os esclarecimentos à estas pacientes.

Como médica obstetra há mais de 30 anos, vivenciando a assistência nos níveis público e privado, recebi minha formação no modelo tradicional, com tratamento respeitoso, humanizado, utilizando práticas vigentes e baseadas nas melhores evidências, que produzem bons e seguros resultados para o binômio mãe-feto-nenoato. Venho testemunhando, ao longo da última década, mudanças de paradigmas de assistência ao parto e ao nascimento, aparentemente “antagônicas”, protocolos de boas práticas com novas evidências científicas e tenho o privilégio de atuar em diferentes cenários de assistência.

Por transitar nesses diferentes campos de trabalho, senti-me atraída a investigar, sob o olhar do protagonista do processo, a mulher, e qual o real impacto desses diferentes modelos de assistência.

O meu grande interesse por este tema é de longa data. As próximas linhas demonstram meu posicionamento:

Tenho duas ou três grandes marcos da assistência obstétrica na minha formação. Dois ocorreram, antes do meu nascimento, com minha mãe e desde pequena escutava aquelas vivências relatadas pelas mulheres, estas histórias, em especial me marcaram muito. A primeira delas relatadas por minha mãe, dizia que minha avó (parteira na segunda metade do século XX); a sogra de minha mãe, introduziu a mão dentro do útero para colocar o seu 3º filho na posição certa, porque a mão da criança estava na frente, saindo antes (Versão interna em apresentação córmica.), salvando os dois. O segundo episódio, parto pélvico domiciliar com parteira na sua cidade natal, ocorreu quando em dado momento a parteira se declarou incapacitada para aquele parto. Minha mãe não quis a presença do médico da cidade por questões particulares, levando a óbito a menina tão esperada pelo meu pai, que levaria o nome de Débora [parto pélvico com retenção de cabeça derradeira]. Dona Laura Magnólia, minha mãe, carregou na alma a culpa da morte da filha, a vida toda. O terceiro marco foi em 1976, eu cursando o 5º ano de medicina, gestante no 3º trimestre, como acadêmica, assistindo o primeiro parto de muitos, na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, onde presenciei um parto pélvico com retenção de cabeça derradeira e morte fetal. Parto assistido por médicos em ambiente hospitalar.

Sou obstetra há 36 anos, terminei minha graduação em 1977 e fiz residência médica em ginecologia e obstetrícia em 1978 e 1979 na maternidade Octaviano Neves de Belo Horizonte, que tinha um atendimento público e privado. Minha formação obstétrica foi toda baseada no modelo ativo de assistência com práticas rotineiras que eram consideradas benéficas para mãe e feto, tais como: enema, dieta jejum, pacientes deitadas em seus leitos com punção venosa, sendo infundido soro fisiológico com ocitocina. A anestesia peridural ou opioides, o parto em posição de litotomia, a episiotomia, a manobra de Kristeller e o Forceps de Simpson e de Kielland quando necessário. Não havia pediatra na sala de parto e a assistência ao recém-nascido era feita pelo obstetra e anestesista. Recém-nascido para o berçário e puérpera para o quarto.

Visando um maior entendimento de como estes modelos de parto afetam as pacientes, é que realizamos este estudo, com foco na mulher, porque é ela que pode nos dizer o que é mais importante e adequado à sua vida.

Esperamos identificar se o modelo deve ser diferente ou igual para todas as pacientes e para todos os hospitais. A satisfação do nosso cliente é o padrão-ouro da nossa assistência. Isto inclui, mãe e recém-nascido-nascido (RN) saudáveis. O bem-estar materno não inclui somente ausência de complicações no pós-parto imediato, tem que ter um olhar para a mulher, na sua qualidade de vida e do RN assim como do parceiro/família.

O parto como está sendo assistido na atualidade permitirá a ela manter um relacionamento afetivo sexual? Interferirá nas suas funções fisiológicas fecais e urinárias? E suas funções laborativas estarão preservadas? É complexo, mas não podemos ser imediatistas, assistir o parto e não saber, prever ou pensar as consequências na vida daquele binômio alguns anos depois. Assim também há que pensar no RN. Esta criança andou, falou, aprendeu a ler, dentro do esperado para a idade? Precisamos de mais estudos no seguimento deste binômio por alguns anos e correlacionar com a nossa assistência.

Então assistir o parto não é apenas deixar nascer a bel prazer dos familiares e do feto. Por isto, exige conhecimento, treinamento, bom senso, habilidades cirúrgicas e atitude.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Historicamente a assistência ao parto era uma atividade entregue às mulheres, desde as mais experientes até as curiosas e porque não dizer as feitiçeras. Diferentemente dos outros mamíferos, as mulheres precisam de assistência porque elas não conseguem fazer o parto sozinhas sem que isso incorra no risco do RN. Segundo Rosenberg e Trevathan, (2002) os animais quadrúpedes nascem com o rosto voltado para a mãe que com as mãos o ajuda a sair e aspira, colocando-o sobre o peito e entre os braços fazendo uma perfeita desobstrução das vias aéreas. Estes animais também tem a cabeça menor que a pelve materna o que facilita o nascimento. A evolução dos bípedes favoreceu o crescimento do crânio e ao mesmo tempo um estreitamento da pelve, isto veio a dificultar o nascimento, pois o feto tem que fazer rotações durante a descida para encaixar nos maiores diâmetros da pelve materna para facilitar a saída e variações até mesmo pequenas causam dificuldades na progressão do polo cefálico podendo levar a lesões no assoalho pélvico. Além disto o feto nasce olhando para baixo, a mãe não tem acesso ao rosto para aspirar e ajuda-lo a sair e se o fizer vai machucá-lo, daí então a necessidade de assistência.

De acordo com Parente, (2011), sabe-se que os primeiros fósseis de humanos ditos modernos datam de 93 mil anos atrás e foram encontrados em Israel. O nascimento nos humanos modernos devido às proporções das bacias maternas e dos diâmetros cranianos fetais, os quais não tiveram grandes alterações desde então, é muito propenso a desproporções cefalopélvicas e, conseqüente, parto prolongado. Estas situações podem levar a várias complicações, tais como: morte fetal e neonatal, morte materna, rotura uterina, fístulas vesicovaginais, etc. Milhões de anos de evolução não foram capazes de acabar com estes problemas por meio de adaptações na pelve materna e no crânio fetal. Mas a evolução por meio da construção do cérebro mais avançado dentre todos os animais conseguiu fornecer a possibilidade de artificialmente vencermos quase todas

estas dificuldades. Isto virtualmente impede o trabalho da evolução nas formas da pelve materna e do crânio fetal, por meio das pressões evolutivas que antes existiam, daqui para frente, já que a morte das mulheres com pelves menos adaptadas para a parturição praticamente não ocorre mais, pelo menos nos países mais desenvolvidos. Não se pode deixar que a evolução neste sentido só ocorra em países pobres devido à falta de tecnologia para evitar a morte materna pelo parto obstruído, assim como deve-se lutar ao máximo para

dar o direito das mulheres que assim o preferirem, com todos os cuidados necessários, terem seus filhos, assim como os ancestrais.

No final do século XVI, Peter Chamberlen inventou o primeiro fórceps utilizado na retirada do recém-nascido. O instrumento ficou reservado à família e só em 1818 teve o uso difundido, trazendo grande contribuição à obstetrícia WILLIAMS, 1971.

Até metade do século XX, as mulheres em sua grande maioria, recebiam assistência ao parto com a ajuda de outras mulheres, assim passaram a serem conhecidas como parteiras. Embora não dominassem o conhecimento científico, as parteiras eram conhecidas na sociedade pelas suas experiências. Dessa forma, os acontecimentos na vida da mulher ocorriam em sua residência, assim trocavam conhecimento, considerando incômoda a presença masculina durante o parto (MOURA, 2007; BRASIL, 2001).

Ainda no século XX, quando as técnicas da cesariana avançaram de modo significativo, a aplicação de anestésias, os novos procedimentos de esterilização e o emprego da incisão baixa possibilitaram que partos antes considerados fatais tivessem êxito (FAÚNDES, 2003).

A popularização da cesariana nos últimos quarenta anos, ofuscou outras formas de parto seguros e saudáveis. O medo da dor ou não resistir ao trabalho de parto fez com que diversas mulheres e médicos transformassem o processo natural de nascer em um simples procedimento técnico-cirúrgico. Nos últimos anos, pesquisas mostram que o parto normal reduz o risco de algumas complicações e produz um impacto psicológico positivo na mãe e na criança.

Na década de 70 e 80 do século XX, a insatisfação com os rumos tomados para a assistência ao parto, abriu espaço para questionamentos e uma busca de outros modelos especialmente os adotados em países desenvolvidos. Começa um período inovador e um encantamento principalmente com o Dr Leboyer, com o seu célebre livro ‘Nascer sorrindo’. Inicia-se algumas mudanças no atendimento convencional tais como, marido ou acompanhante entrando no cenário obstétrico para assistir ao parto, cortando o cordão umbilical; também, a utilização de acupuntura para aliviar a dor, parto na penumbra com o apagar das luzes, parto de cócoras, parto na banheira. Fazia grupos de gestantes acompanhadas dos maridos para, informações, aliviar medos, tirar dúvidas, prática de yoga. Enfim toda uma busca no sentido de satisfazer a paciente e dar uma boa assistência (SALEM, 1987).

A partir de então passamos a vivenciar modelos de assistência ao parto que variavam do tecnocrático ao holístico.

Os dois modelos antagônicos de assistência ao parto, foram detalhados pela antropóloga Robbie Davis Floyd (2003), sendo:

O holístico ou não convencional que é uma assistência voltada para a mulher como um todo, teoricamente tem uma visão e um cuidado integrados da mulher como um ser biológico, social, espiritual, psicológico. Existe um acolhimento e um respeito com o querer e a própria sabedoria intuitiva, experiencial e existencial desta mulher, portanto sua individualidade. Ao mesmo tempo procura se não acelerar nem retardar o processo espontâneo do trabalho de parto e se o fazem, usam métodos não farmacológicos, como deambular, banhos etc. Com relação as dores tendem a não fazer anestesia e sim o uso de métodos não farmacológico para o seu alívio: Bola, escada, banho e massagem. O parto é feito na posição que a paciente preferir, sentada, no chuveiro, na banheira, de cócoras, de quatro apoios e praticamente é abolida a mesa ginecológica.

O tecnocrático ou convencional e intervencionista é o modelo usado da metade do século XX até hoje. É o que vemos descrito nos livros de obstetrícia dos grandes mestres. Assistir à mulher integralmente, mas com uma visão direcionada ao físico, atento às mudanças clínicas, mesmo que sutil, para evitar complicações. E com um pensar preventivo centrado no profissional, intervém ativamente em todo o processo do trabalho de parto. Mantem no leito a paciente internada, ficando em jejum, após ter sido preparada com clister e tricotomia. Dependendo da fase do trabalho de parto, ocitócitos são administrados, amniotomia é feita para acelerar o trabalho, para avaliar o aspecto do liquido ou mesmo como prova de trabalho de parto. Usa também analgésicos e as vezes derivados opióides para amenizar a dor e a anestesia para o alívio da mesma que é usado peridural ou raquianestesia dependendo do grau de dilatação cervical. E o parto é feito em posição de litotomia, com episiotomia, e se necessário fórceps ou vácuo extrator.

O parto convencional é amplamente associado com a desatenção, com a massificação com intervenção desnecessária, com a medicalização. Caricaturaram este modelo. A desatenção, a massificação está presente em qualquer modelo, porque nesse modelo, isto se deve a lei da oferta e da demanda e dos atores da assistência.

Atualmente os partos hospitalares não são tão tradicionais como décadas atrás, podemos ver isto nos protocolos da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais de 2003 e o de 2014 (anexo 1) estas mudanças, assim como o holístico

aproximou do tradicional em alguns aspectos, especialmente no parto humanizado que tem sido preconizado pelo Ministério da Saúde, descrito a seguir.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM n.569, de 1/6/2000, subsidiado, nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Este programa fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica pré-natal e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério.

A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas

intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2005).

“Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais.” (OPAN, 2014)

No Brasil, as parturientes têm o direito à presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede própria ou conveniada (BRASIL, 2005).

Podemos observar que há dois modelos antagônicos de assistência ao parto e ao nascimento. As diferentes instituições adotam de forma integral esses diferentes modelos de assistência. O centro de nossa atenção e de nosso trabalho é a mulher em trabalho de parto. Qual a opinião das mulheres com a assistência a elas oferecida em diferentes instituições hospitalares de ensino.

### **3.OBJETIVO**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Verificar a opinião de puérperas com a assistência ao parto de baixo risco e estabelecer correlações entre o perfil das parturientes e os protocolos em instituições de ensino da UFMG.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Descrever a área física e os [protocolos de assistência ao parto] para gestantes de baixo risco em instituições conveniadas à Faculdade de Medicina da UFMG que adotam diferentes modelos de assistência ao parto: Hospital das Clínicas – UFMG e Hospital Risoleta Tolentino Neves-UFMG
- Comparar a opinião das puérperas com as práticas assistenciais adotadas nesses hospitais

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1. Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa.

#### **4.1.1 Local de estudo**

Hospital das Clínicas – UFMG e Hospital Risoleta Tolentino Neves.

#### **4.1.2 Participantes do estudo: critérios de inclusão e critérios de exclusão**

A pesquisa foi realizada com a seleção aleatória de 50 (cinquenta) pacientes que tiveram parto normal, [ O questionário (APENDICE B) foi aplicado dentro das 24 (vinte e quatro) horas após o parto. A amostra totalizou 100 (cem) puérperas.

Para realização do estudo foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Pacientes saudáveis maiores de 18 anos;
- Pré-natal sem anormalidades;
- Gestação a termo;
- Feto único, com apresentação cefálica de vértice;
- Paciente chegando ao hospital em trabalho de parto.

E os seguintes critérios de exclusão:

- Pacientes menores de 18 anos;
- Gestação abaixo de 37 semanas;
- Parto induzido;
- Parto de gemelar;
- Feto com apresentação anômala;
- Pacientes com qualquer patologia clínica associada à gravidez.

### **4.2. Materiais e métodos de coleta de dados**

. Os dados foram coletados pela mesma pessoa (Débora Magnólia) no período entre abril de 2015 a janeiro de 2016 contemplando todos os dias da semana e os 3 turnos.

. As pacientes foram convidadas a participar do estudo, responderam ao questionário (APÊNDICE B), na elaboração do questionário do APÊNDICE B foram incluídas as práticas assistenciais mais comuns na assistência ao parto, que na ótica do pesquisador seja alvo de diferentes protocolos de atuação, tais como: local de assistência ao parto, profissional que acompanhou o trabalho de parto, presença de acompanhante e ou outras pessoas no acompanhamento do trabalho de parto, tempo de trabalho de parto, utilização de materiais de auxílio ao trabalho de parto, frequência do acompanhamento das contrações e dos batimentos cardio-fetais, número de toques vaginais, processo de ruptura das

membranas, utilização de ocitócitos, procedimentos usados para alívio da dor pre e intra parto, local do parto, profissional que realizou a assistência imediata ao recém-nascido, complicações do parto, realização de episiotomia e episiorrafia e as que aceitaram participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pós-informado (APÊNDICE A).

. Os dados foram analisados em termos de média e desvio padrão ou ainda mediana e valores máximos e mínimos, conforme a característica da variável.

Para a comparação das informações entre as respostas das pacientes do Hospital das Clínicas e do Hospital Risoleta Tolentino Neves, a análise estatística utilizada foi o teste de Mann Whitney.

Para os testes de hipóteses, o nível de significância  $p < 0,05$  foi considerado significativo.

As análises foram realizadas empregando-se o programa estatístico Minitab versão 14.13 (Minitab, State College, PA, USA)

### **4.3. Protocolos de atendimentos**

#### Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN)

A gestante é assistida por equipe multiprofissional em um ambiente que evita que a mulher tenha que mudar durante o trabalho de parto, os quartos PPP, ou seja, ocorre o Pré-Parto, o Parto e o Pós-parto imediato.

O objetivo principal é ter um ambiente confortável em que a mulher e o acompanhante permaneçam juntos durante todo o trabalho de parto, preservando a privacidade e as condições de segurança para a gestante e a criança, sem necessidade de mudança de local. Este ambiente permite livre deambulação (importante para a evolução fisiológica do parto), além de possibilitar a adoção de posições que a mulher desejar, oferecendo equipamentos para ajudar o alívio da dor, como bola de Bobat, banquinho, escada de Ling, chuveiro de água quente e todo o material para prestar assistência à mulher e ao bebê. A equipe multiprofissional é composta por médico obstetra, enfermeira obstetra, enfermeira assistencial, psicóloga, assistente social, técnicos de enfermagem, doulas e serviços de apoio.

Os serviços da Maternidade apresentam a seguinte estrutura física:

**Setor de acolhimento** – ocorre o primeiro contato da cliente com a unidade, onde ela é acolhida, orientada e encaminhada para o exame e conduta médica. É composta por: recepção, sala de espera e dois consultórios médicos. Dispõe de um aparelho de ultrassom para exames de urgência e de dois cardiotocógrafos.

**Centro de Parto** – dois leitos para gestantes e três leitos PPP para atender ao parto, preservando a privacidade da gestante e possibilitando a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor. As gestantes contam ainda com o trabalho voluntariado das doulas, que acompanham e auxiliam as parturientes, principalmente aquelas que não tem acompanhante.

**Centro obstétrico** - contém uma sala de cesariana e uma outra sala que é utilizada para o parto instrumental, quando necessário, curetagem uterina e cesarianas.

**Espaço de convivência** – local onde são realizados grupos operativos e onde familiares se interagem com as (puérperas) pacientes que deram à luz recentemente.

**Alas A e B** – alojamento conjunto com vários leitos. As puérperas internadas nesse setor permanecem com os recém-nascidos durante todo o tempo e são incentivadas a realizar o aleitamento materno. Elas também contam com a presença de um acompanhante por 24 horas que é escolhido por elas.

**Unidade de cuidados Neonatais** – Com leitos totalmente equipados e destinados aos primeiros atendimentos ao recém-nascido que necessita de alguma assistência especial (fototerapia, por exemplo).

#### Hospital das Clínicas HC - UFMG

A gestante dá entrada no HC pelo pronto atendimento, onde uma enfermeira faz o acolhimento, após ter sido feita inserida no sistema pelo setor administrativo, e a classificação de risco. A mesma se dirige à maternidade no 4º andar do hospital, em elevador próprio para pacientes, onde aguarda ser chamada pelo médico, que pela tela no computador identifica a parturiente e o grau de urgência das pacientes que chegam.

Elas são atendidas e avaliadas, no consultório de admissão, pelo médico, podendo ser, preceptores ou residentes (do 1º ao 4º ano) e acompanhadas por acadêmicos do 10º período do curso de medicina da faculdade de medicina UFMG. Se necessário são conduzidas para a sala de cardiocografia que é contígua aos consultórios. Tendo indicação de internação as mesmas são encaminhadas ao pre parto, sendo atendidas e orientadas pela enfermagem, quanto a banho, leito, seus pertences etc enquanto seus acompanhantes fazem a internação.

O pre parto é uma sala dividida em vários boxes, contendo uma cama, uma mesinha auxiliar e uma cadeira ou poltrona para o acompanhante. Neste ambiente há um banheiro e também estão: mesa para os profissionais de saúde, monitores fetal e materno, berços, balanças, material para parto ou alguma urgência, ultrassom portátil.

No pré-parto a paciente tem toda a liberdade de caminhar pelo corredor, assistir televisão na sala de admissão, usar os chuveiros existentes nesta ala.

Atualmente a maternidade tem 1 sala de PP (parto, pre parto) que está entre o pre parto e bloco obstétrico, destinada à assistência à parto de baixo risco.

Bloco obstétrico conta com 2 salas de parto e 2 salas de cesárea totalmente equipadas.

No manejo da gestante, não faz parte do protocolo do HC como rotina, o preparo para o parto tais como: Tricotomia, enteroclistma, acesso venoso. E na assistência ao parto, também não é rotina a amniotomia, a litotomia, a episiotomia. Todas as intervenções são criteriosamente avaliadas quanto à necessidade das mesmas.

A maternidade tem 1 anestesista e 1 residente de anestesia, exclusivos da obstetrícia, à disposição do atendimento às parturientes.

Ao finalizar o atendimento das pacientes no bloco obstétrico, elas são encaminhadas juntamente com seus filhos e acompanhantes, ao alojamento conjunto onde permanecem até a alta hospitalar.

Faz parte da maternidade e ficando no mesmo andar, o serviço de assistência social, de cartório, setor administrativo, neonatologia, banco de leite, ultrassonografia e enfermaria social. E os profissionais da obstetrícia tem à sua disposição toda a assistência do hospital para dar suporte em qualquer eventualidade.

## 5. RESULTADOS

No período compreendido entre março de 2014 e julho de 2016, 104 pacientes admitidas em trabalho de parto, foram convidadas a participar desse estudo, sendo 54 pacientes do Hospital das Clínicas da UFMG e 50 pacientes da Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves.

Foram excluídas do estudo, após a entrevista, uma parturiente, cujo parto foi induzido após o rompimento da bolsa; duas parturientes com idade inferior a 18 anos e outra com idade gestacional entre 36 e 37 semanas. Dessa forma, chegou-se ao quantitativo total de 100 pacientes no estudo.

A tabela 1 mostra que não houve diferença entre as parturientes do Hospital das clínicas (HC) /UFMG e da Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN), com relação ao número de gestações, números de partos e número de consultas de pré-natal. Já com relação a idade materna, houve diferença, mas não foi estatisticamente significativa.

Os dados foram coletados por meio de um Questionário estruturado (Anexo I) com questões objetivas direcionadas ao objetivo da pesquisa.

**Tabela 1 - Comparação entre as características das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC**

	HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES (HRTN)			HOSPITAL DAS CLÍNICAS (HC)			Valor -p
	n	Mediana	Mínimo-máximo	n	Mediana	Mínimo-máximo	
<b>Idade (anos)</b>	50	25,0	18 a 41	50	25,5	18 a 40	0,3*
<b>Gestações</b>	50	2	1 a 5	50	2	1 a 7	...
<b>Partos</b>	50	2	1 a 5	50	2	1 a 6	...
<b>Número de consultas</b>	50	7	0 a 12	50	.7	1 a 12	...

\*Teste U de Mann-Whitney

Os perfis encontrados durante a pesquisa foram de mulheres na média de 25,5 anos, em ambos hospitais, sendo semelhantes todos demais parâmetros descritos na Tabela 1. Ao se analisar o número de consultas realizadas, as diferenças encontradas foram quanto ao local de realização do acompanhamento de pré-natal. No Hospital das Clínicas da UFMG, apenas oito pacientes (16%) fizeram acompanhamento pré-natal em Belo Horizonte enquanto no Hospital Risoleta Tolentino Neves, 28 pacientes (56%) eram provenientes de acompanhamento pré-natal em Belo Horizonte.

O local de assistência ao parto no HC é na sua maioria feito no bloco obstétrico, sendo que no HRTN o uso do bloco obstétrico é muito pouco, sendo que lá a maioria dos partos são feitos no PPP. Como mostra a tabela 2 abaixo.

**Tabela 2 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme os locais de parto**

LOCAL DO PARTO	MATERNIDADE			
	HRTC-UFMG		HC-UFMG	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
BLOCO CIRÚRGICO	7	14	46	92
PPP	43	86	3	6
OUTRO	0	0	1	2
<b>TOTAL</b>	50	100	50	100

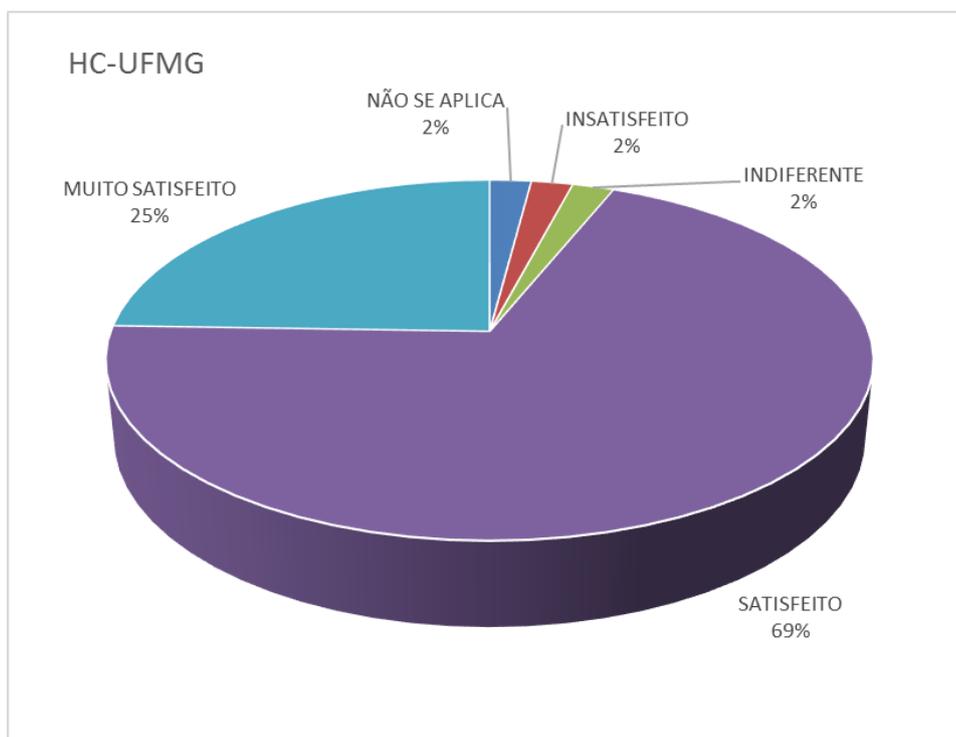
A tabela 3 mostra a satisfação com o local do parto. As pacientes de uma maneira geral ficaram igualmente satisfeitas, a diferença de muito satisfeitas em um, igualou com a satisfação do outro.

**Tabela 3 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação com o local de parto**

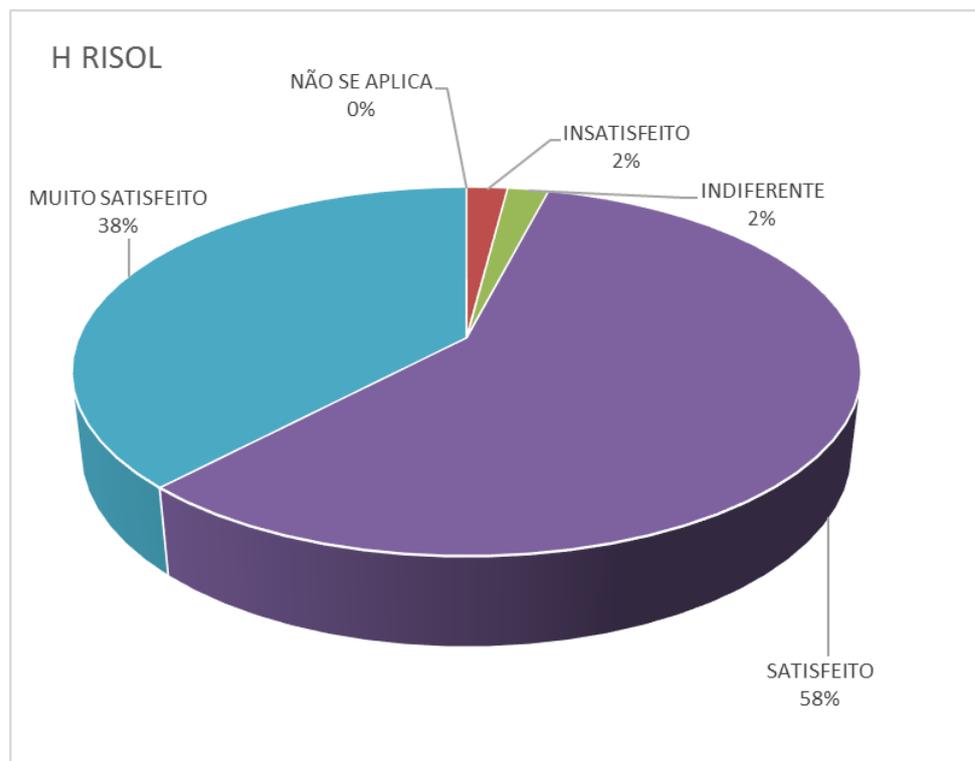
SATISFAÇÃO COM LOCAL DE PARTO	MATERNIDADE			
	HOSPITAL RISOLETA		HC-UFMG	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
NÃO SE APLICA	0	0	1	2
MUITO INSATISFEITO	0	0	0	0
INSATISFEITO	1	2	1	2
INDIFERENTE	1	2	1	2
SATISFEITO	29	58	34	69
MUITO SATISFEITO	19	38	12	25
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Os gráficos 1 e 2 apresentam graficamente a distribuição estudada.

**Gráfico 1 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação com o local de parto**



**Gráfico 2 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação com o local de parto**



Na tabela 4 é

nítida a diferença entre os 2 hospitais, enquanto HC é na quase totalidade assistidas por médicos, o HRTN é quase metade assistidas por só enfermeiras e mais de 1\3 numa associação com médico. Verifica-se que os hospitais são diferentes, HC-UFGM (98% de médicos), HRTN apenas 8% de médicos. Isso ocorre devido ao protocolo adotado em cada instituição.

**Tabela 4 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme os profissionais que acompanharam o trabalho de parto**

PROFISSIONAL QUE ACOMPANHOU TRABALHO DE PARTO	MATERNIDADE			
	HOSPITAL RISOLETA		HC-UFGM	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
Enfermeira	23	46	1	2
Médico	4	8	49	98
Enfermeira e Médico	14	28	0	0
Enfermeira; Médico e Outro	4	8	0	0
Enfermeira e Outro	4	8	0	0
Médico e Outro	1	2	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Mesmo com as diferenças significativas dos profissionais que acompanharam o trabalho de parto, os hospitais de uma maneira geral apresentam a mesma qualificação de satisfação, ou seja, 96% satisfeitos e muito satisfeitos, mostrado na tabela 5.

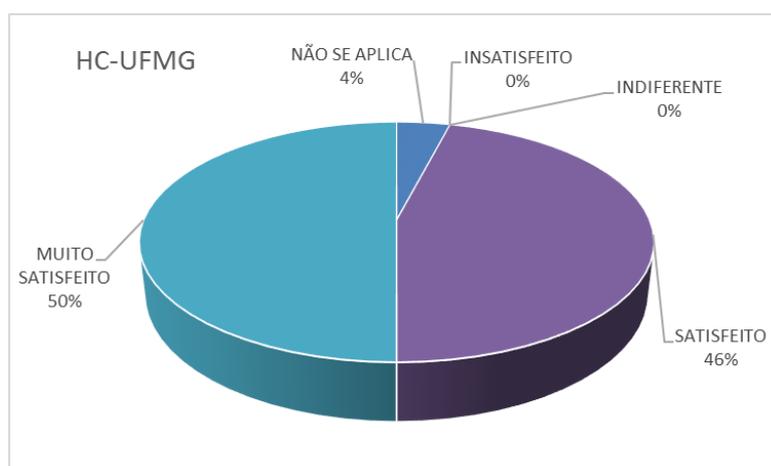
A classificação “muito satisfeito” é superior no HRTN (58%), provavelmente devido ao protocolo de atendimento, que abrange uma equipe de multidisciplinar para atendimento a parturiente.

**Tabela 5 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação com o profissional que acompanhou o trabalho parto**

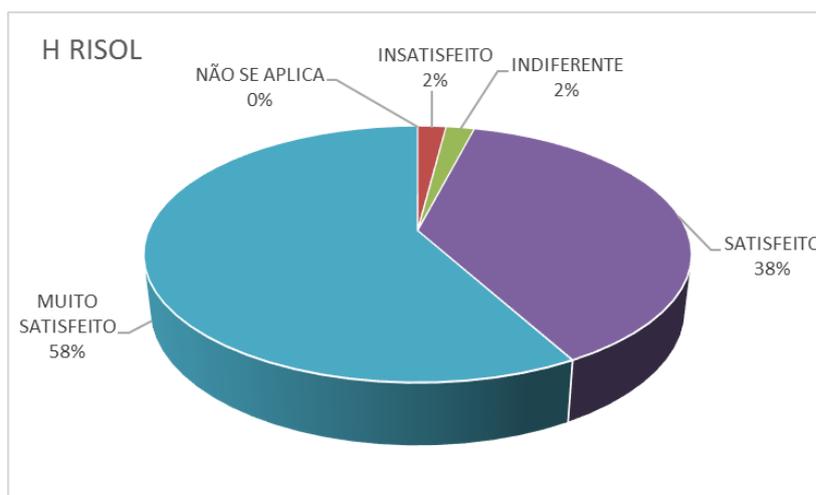
SATISFAÇÃO COM PROFISSIONAL DO TRABALHO DE PARTO	MATERNIDADE			
	HC-UFGM		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
NÃO SE APLICA	2	4	0	0
INSATISFEITO	0	0	1	2
INDIFERENTE	0	0	1	2
SATISFEITO	23	46	19	38
MUITO SATISFEITO	25	50	29	58
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Os gráficos 3 e 4 apresentam graficamente a distribuição estudada.

**Gráfico 3 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação com o profissional que acompanhou o trabalho parto**



**Gráfico 4 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação com o profissional que acompanhou o trabalho parto**



Falando em duração de trabalho de parto, no HC a duração do trabalho de parto em menor tempo é superior em relação ao HRTN, resultado de modelos diferentes de assistência ao parto, o que fica bem evidente na tabela 6.

**Tabela 6 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a duração do trabalho de parto**

PROFISSIONAL QUE REALIZOU O PARTO	MATERNIDADE			
	HOSPITAL RISOLETA		HC-UFG	
	N	Percentual (%)	n	Percentual (%)
Até 6 horas	34	68	38	76
De 6 a 8 horas	10	20	7	14
De 8 a 12 horas	5	10	2	4
Mais de 12 horas	1	2	3	6
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

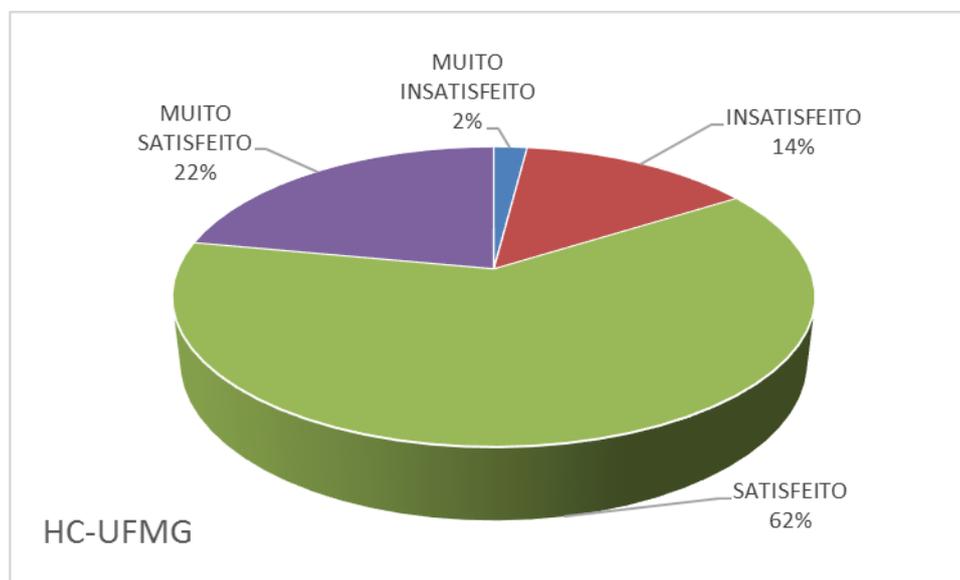
Esta tabela 7 ilustra o quanto as pacientes mostraram-se satisfeitas com um trabalho de parto em menor tempo, que é uma das diferenças entre os 2 hospitais. Isto se deve ao fato que o tempo foi na maioria das vezes, menor no HC sobressaindo a maior satisfação com o HC que com o HRTN. Vê-se também que o grau de insatisfação é maior no HRTN.

**Tabela 7 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação com o tempo de trabalho de parto**

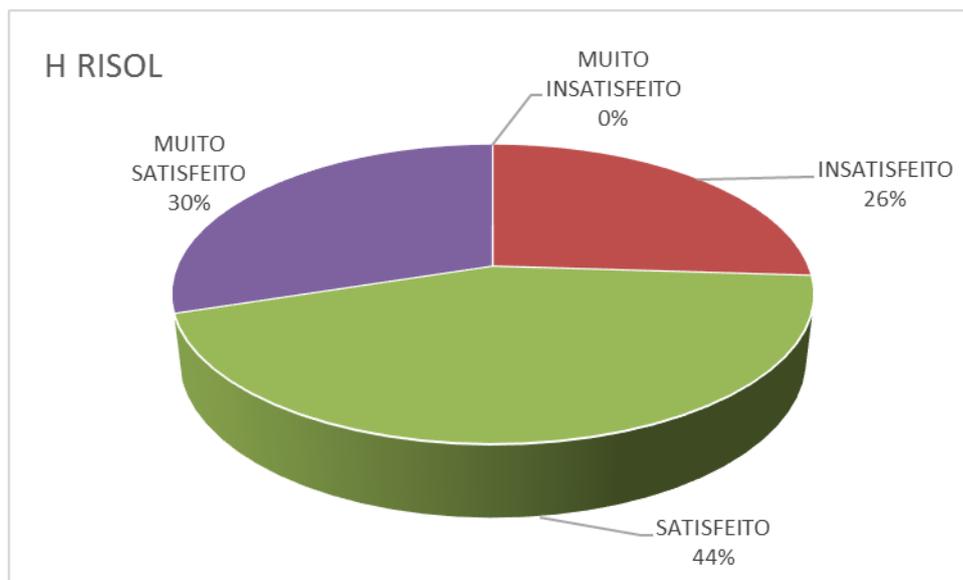
SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE COM O TEMPO DE TRABALHO DE PARTO	MATERNIDADE			
	HC-UFGM		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
MUITO INSATISFEITO	1	2	0	0
INSATISFEITO	7	14	13	26
SATISFEITO	31	62	22	44
MUITO SATISFEITO	11	22	15	30
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Os gráficos 5 e 6 apresentam graficamente a distribuição estudada.

**Gráfico 5 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação com o tempo de trabalho de parto**



**Gráfico 6 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação com o tempo de trabalho de parto**



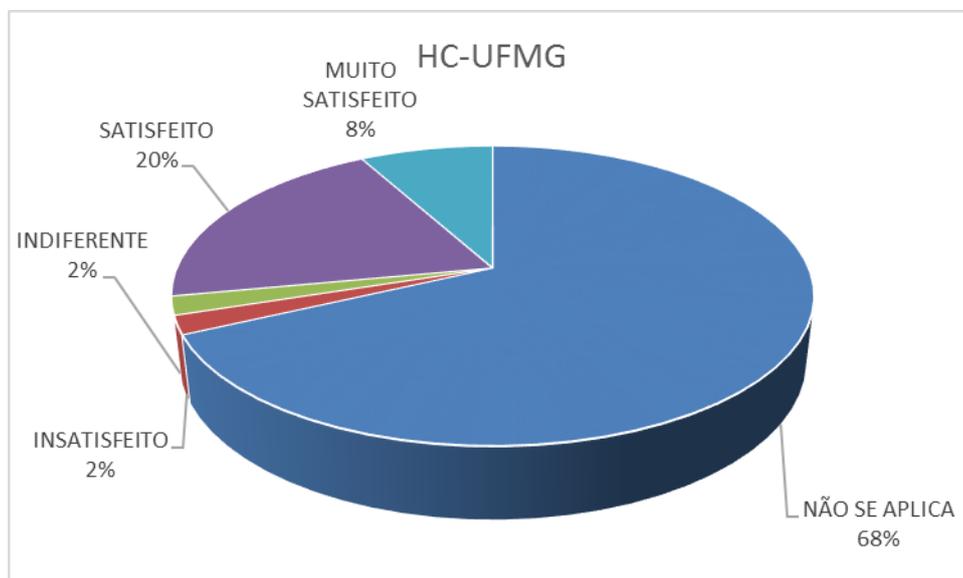
O HC de uma maneira geral não usa materiais auxiliares mesmo porque não tem área física para os mesmos, por isso a maior percentagem é em, não se aplica. No HRTN 60 % das pacientes se mostraram satisfeitas com os materiais auxiliares, tais como: Bola de Bobat; Banquinho; Massagem; Chuveiro de água quente; Escada de Ling.

**Tabela 8 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com o uso de materiais auxiliares no trabalho de parto.**

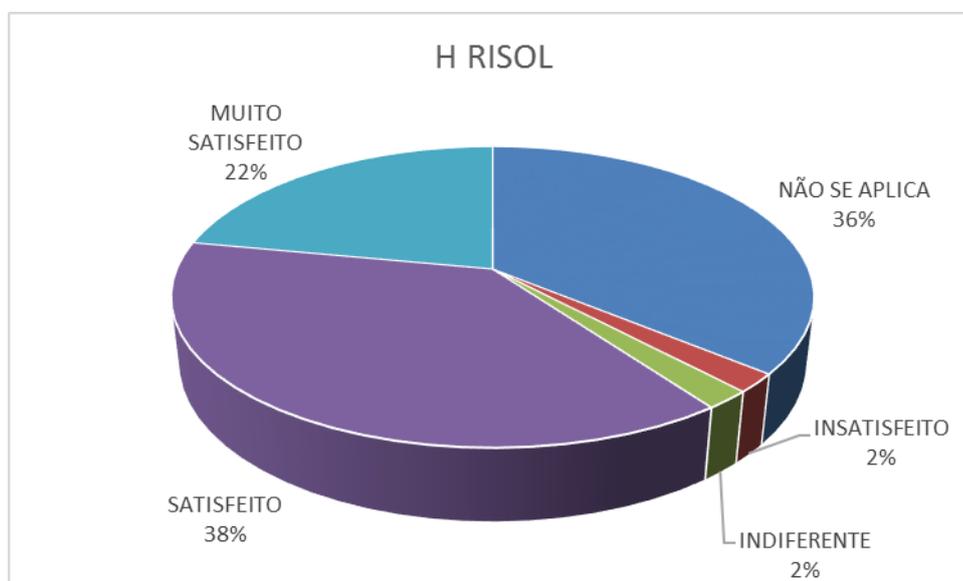
SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE COM O USO DE MATERIAIS AUXILIARES NO TRABALHO DE PARTO	MATERNIDADE			
	HC-UFG		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
NÃO SE APLICA	34	68	18	36
INSATISFEITO	1	2	1	2
INDIFERENTE	1	2	1	2
SATISFEITO	10	20	19	38
MUITO SATISFEITO	4	8	11	22
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Os gráficos 7 e 8 apresentam graficamente a distribuição estudada.

**Gráfico 7 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com o uso de materiais auxiliares no trabalho de parto**



**Gráfico 8 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com o uso de materiais auxiliares no trabalho de parto**



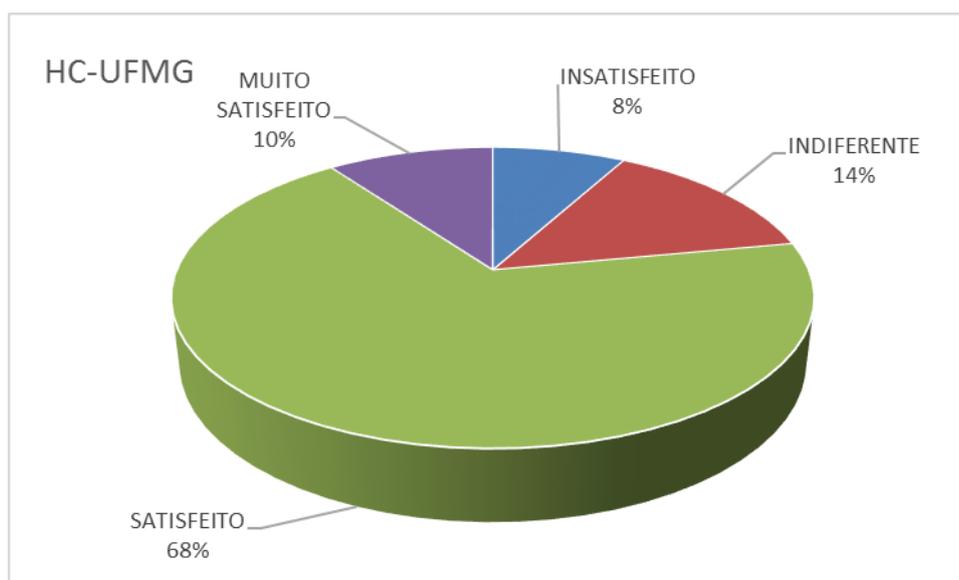
A tabela 9 apresenta o grau de satisfação das parturientes com a prática de toques vaginais. Apesar de ser um procedimento incômodo, a maioria das parturientes se mostraram satisfeitas nos 2 hospitais. Elas compreendiam a importância e a necessidade do mesmo. Verifica-se que a insatisfação e a maior satisfação foram maiores no HRTN. É possível que seja decorrente do maior tempo de trabalho de parto.

**Tabela 9 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com o número de toques vaginais realizados.**

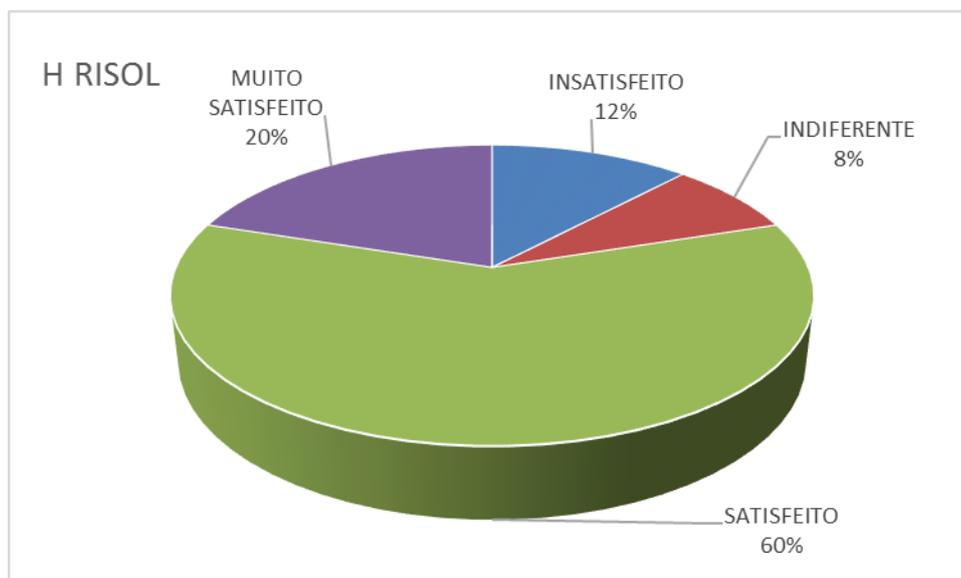
SATISFAÇÃO DA PARTURIENTE COM O NÚMERO DE TOQUES VAGINAIS REALIZADOS	MATERNIDADE			
	HC-UFGM		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
INSATISFEITO	4	8	6	12
INDIFERENTE	7	14	4	8
SATISFEITO	34	68	30	60
MUITO SATISFEITO	5	10	10	20
TOTAL	50	100	50	100

Os gráficos 9 e 10 apresentam graficamente a distribuição estudada.

**Gráfico 9 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com o número de toques vaginais realizados no trabalho de parto**



**Gráfico 10 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com o número de toques vaginais realizados no trabalho de parto**



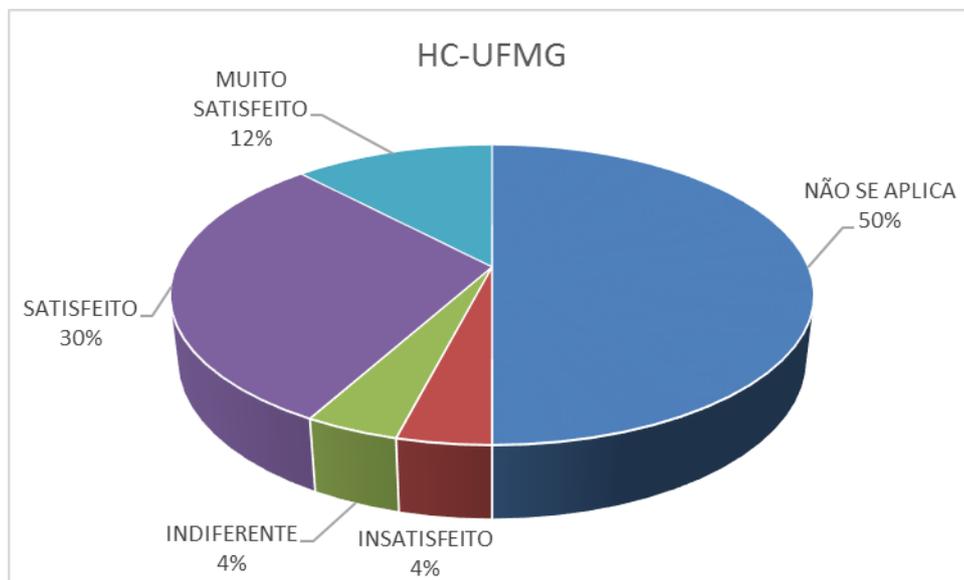
Na tabela 10 é apresentado o grau de satisfação das parturientes em relação aos procedimentos utilizados para o alívio da dor durante o trabalho de parto. A metade das pacientes do HC foram incluídas no “não se aplica”, e no HRTN em torno de 1\3, porque não tiveram nada para aliviar a dor. Outra diferença é que para o alívio da dor no HRTN foi usado na sua maioria métodos auxiliares e no HC anestesia. Ressaltado as diferenças, verifica-se que as parturientes do HRTN se mostraram mais satisfeitas do que as do HC.

**Tabela 10 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a Satisfação da parturiente em relação aos procedimentos usados para alívio da dor.**

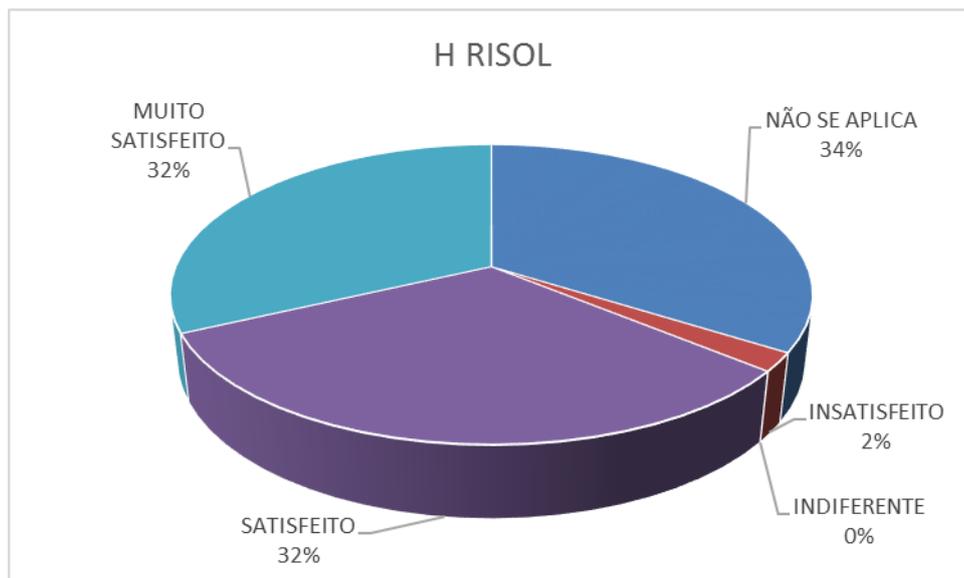
Satisfação da parturiente em relação aos procedimentos usados para alívio da dor	MATERNIDADE			
	HC-UFMG		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	N	Percentual (%)
NÃO SE APLICA	25	50	17	34
INSATISFEITO	2	4	1	2
INDIFERENTE	2	4	0	0
SATISFEITO	15	30	16	32
MUITO SATISFEITO	6	12	16	32
TOTAL	50	100	50	100

Os gráficos 11 e 12 apresentam graficamente a distribuição estudada.

**Gráfico 11 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente em relação aos procedimentos usados para alívio da dor**



**Gráfico 12 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente em relação aos procedimentos usados para alívio da dor**



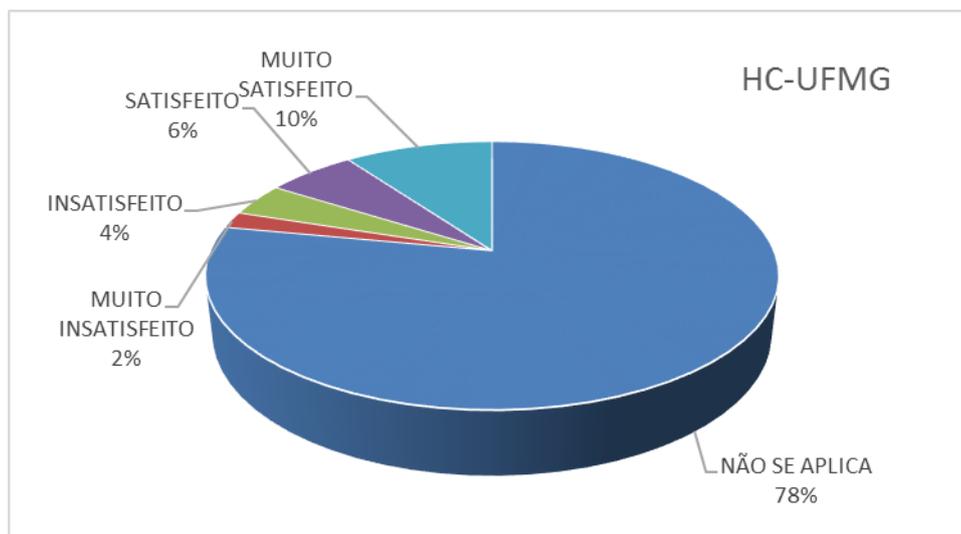
Na tabela 11, é analisado o grau de satisfação das puérperas com as medidas de alívio a dor intraparto. Observa-se que, neste ítem, da mesma forma, as pacientes do HRTN ficaram mais satisfeitas do que as HC em relação a essas medidas.

**Tabela 11 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente em relação as medidas de alívio da dor intraparto**

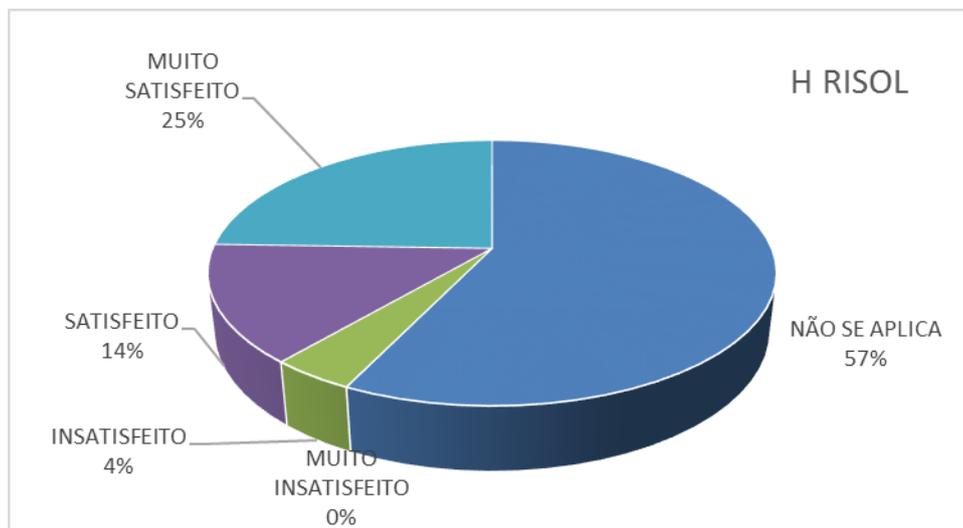
Satisfação da parturiente em relação as medidas de alívio da dor intraparto	MATERNIDADE			
	HC-UFGM		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
<b>NÃO SE APLICA</b>	39	78	28	57
<b>MUITO INSATISFEITO</b>	1	2	0	0
<b>INSATISFEITO</b>	2	4	2	4
<b>SATISFEITO</b>	3	6	7	14
<b>MUITO SATISFEITO</b>	5	10	12	24
<b>TOTAL</b>	50	100	49	100

Os gráficos 13 e 14 apresentam graficamente a distribuição estudada.

**Gráfico 13 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente em relação as medidas de alívio da dor intraparto**



**Gráfico 14 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente em relação as medidas de alívio da dor intraparto**



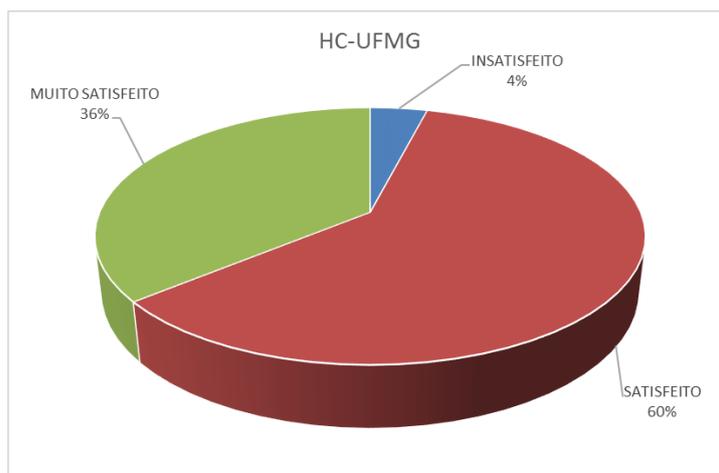
Em relação ao período expulsivo, as pacientes do HC ficaram não só mais satisfeitas como menos insatisfeitas em relação ao HRTN. Podemos constatar estes resultados na tabela 12 e nos gráficos 15 e 16.

**Tabela 12 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com tempo de período expulsivo**

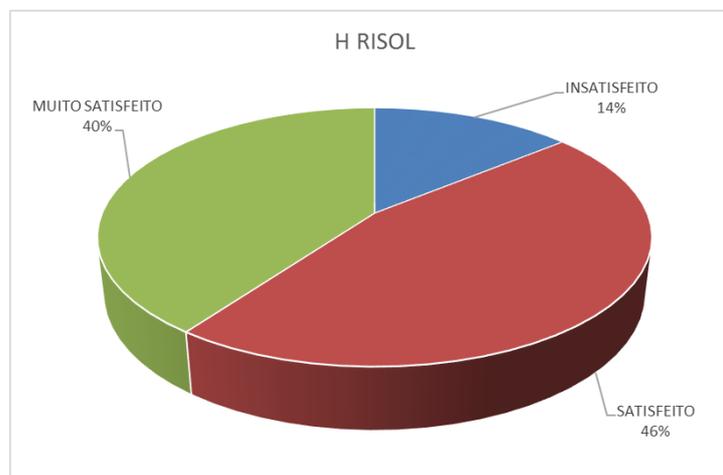
Satisfação da parturiente com tempo de período expulsivo	MATERNIDADE			
	HC-UFMG		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
<b>INSATISFEITO</b>	2	4	7	14
<b>SATISFEITO</b>	30	60	23	46
<b>MUITO SATISFEITO</b>	18	36	20	40
<b>TOTAL</b>	50	100	50	100

Os gráficos 15 e 16 apresentam graficamente a distribuição estudada.

**Gráfico 15 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com tempo de período expulsivo**



**Gráfico 16 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com tempo de período expulsivo**

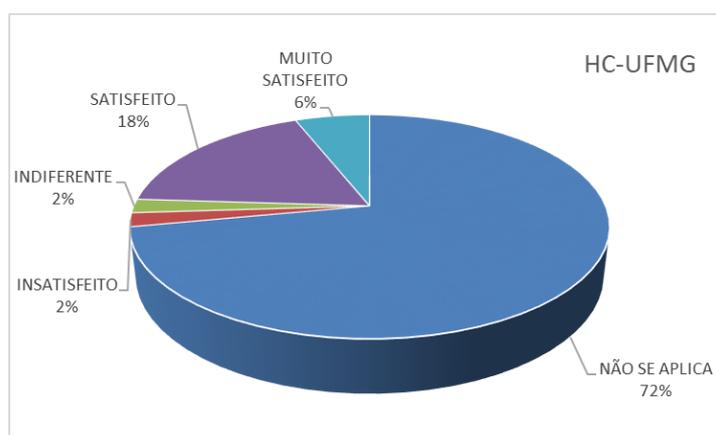


Na tabela 13, seguida dos gráficos 17 e 18, apresenta-se o grau de satisfação das parturientes com a prática da episiotomia. A classificação “não se aplica” se refere à não realização da episiotomia. Diante desta tabela observa-se que é grande o número de pacientes nas quais não foi usado a episiotomia, nos 2 hospitais. O grau de satisfação com a episiotomia foi maior no HC que no HRTN. Chama a atenção também que uma parcela das pacientes ficou muito satisfeita no HC, e nenhuma no HTRN.

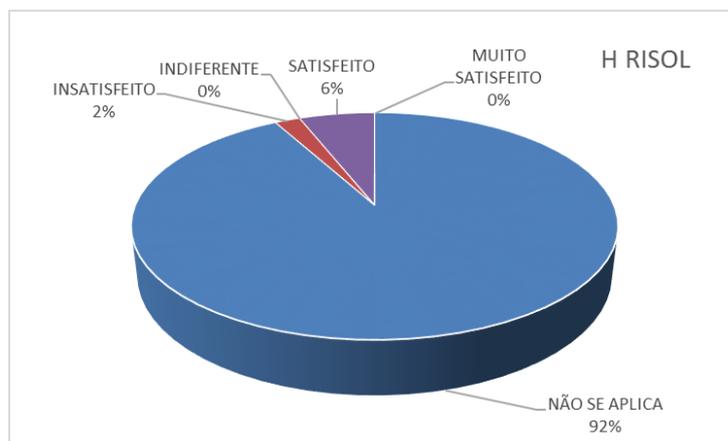
**Tabela 13 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com realização de episiotomia/rafia**

Satisfação da parturiente com realização de episiotomia/rafia	MATERNIDADE			
	HC-UFMG		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	n	Percentual (%)
<b>NÃO SE APLICA</b>	36	72	46	92
<b>INSATISFEITO</b>	1	2	1	2
<b>INDIFERENTE</b>	1	2	0	0
<b>SATISFEITO</b>	9	18	3	6
<b>MUITO SATISFEITO</b>	3	6	0	0
<b>TOTAL</b>	50	100	50	100

**Gráfico 17 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com realização de episiotomia/rafia**



**Gráfico 18 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com realização de episiotomia/rafia**

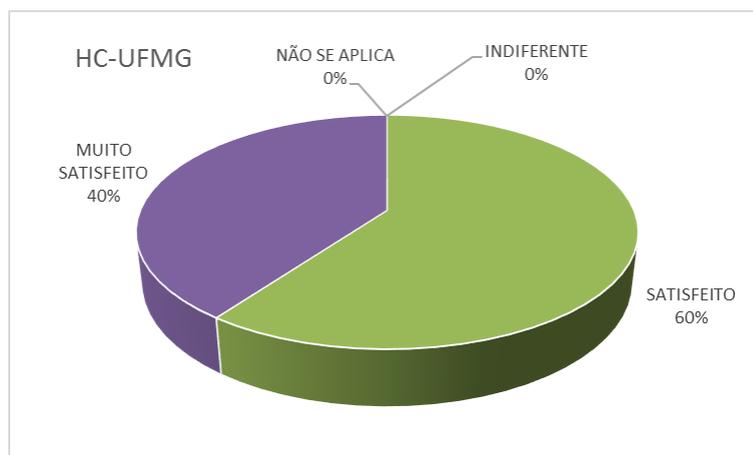


Na tabela 14, é apresentado o grau de satisfação das parturientes com a assistência do pediatra durante o nascimento. Pode se ver nesta tabela que no HC todas as pacientes apresentaram satisfação com os cuidados do pediatra no momento do parto, a diferença encontrada no HRTR foi que elas não sabiam distinguir quem era o pediatra, provavelmente não se identificou ou não chegou a tempo, ou mesmo porque havia muitos profissionais naquela hora.

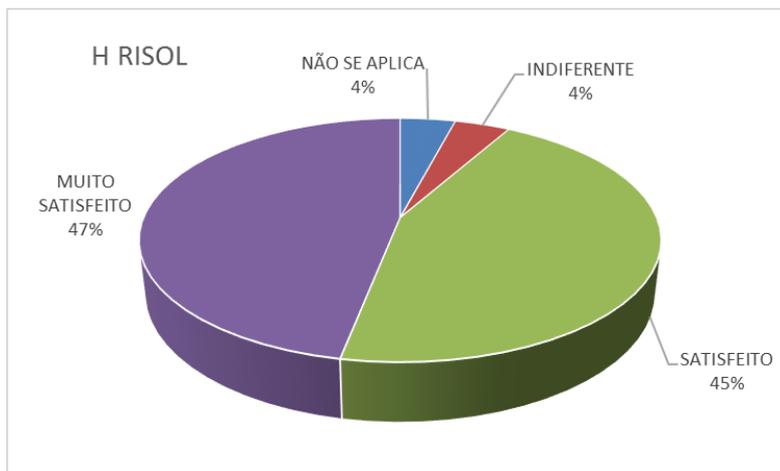
**Tabela 14 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN e do HC conforme a satisfação da parturiente com o pediatra**

satisfação da parturiente com o pediatra	MATERNIDADE			
	HC-UFMG		HOSPITAL RISOLETA	
	n	Percentual (%)	N	Percentual (%)
<b>NÃO SE APLICA</b>	0	0	2	4
<b>INDIFERENTE</b>	0	0	2	4
<b>SATISFEITO</b>	30	60	22	45
<b>MUITO SATISFEITO</b>	20	40	23	47
<b>TOTAL</b>	50	100	49	100

**Gráfico 19 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HC, conforme a satisfação da parturiente com o pediatra**



**Gráfico 20 - Distribuição das parturientes da Maternidade do HRTN, conforme a satisfação da parturiente com o pediatra**



Os resultados deste estudo mostram níveis de satisfação variados com diferentes aspectos dos modelos assistenciais:

- 1) Houve uma relação equiparada da satisfação entre os hospitais no quesito acompanhamento do trabalho de parto.
- 2) Houve uma satisfação superior para o HR na questão do alívio da dor tanto no trabalho de parto quanto intraparto.
- 3) Não houve insatisfação com o número de toques, mesmo em algumas situações em que este foi superior a 4, ou episiotomia, nos 2 hospitais. Ressaltando que algumas pacientes ficaram muito satisfeitas com episiotomia.
- 4) O pediatra no atendimento ao Recém-Nascido foi de agrado geral.
- 5) A satisfação em relação ao tempo de período expulsivo foi maior no HC que no HR. Lembrando que este período é menor no HC.
- 6) O uso de materiais auxiliares ou não farmacológicos, tanto no trabalho de parto como no parto, no alívio das dores, teve uma satisfação comprovada das pacientes o que leva a pensar em adotar estas medidas nas maternidades em geral. Contrabalançando o uso da peridural, que traz um alívio quase total da dor.
- 7) A satisfação passa também pelo menor tempo de trabalho de parto.
- 8) A satisfação da assistência dada à paciente a nível dos profissionais não teve diferença, o que vale dizer que pacientes de risco habitual se sentem satisfeitas e bem atendidas nos 2 hospitais com modelos diferentes.
- 9) O tipo de paciente a nível de idade, número de gestações, número de parto e número de consultas de prenatal foi muito semelhante nos 2 hospitais. Diferiu um pouco o grau de escolaridade. A maioria das pacientes eram de BH ou a grande BH.

10) Outro detalhe importante e semelhante nos 2 hospitais foi que não há orientação ou não existe informação adequada e suficiente no pré natal sobre modelos de parto ou sintomas e sinais de trabalho de parto ou até como é o atendimento no hospital de sua referência.

11) Insatisfação, tudo que ninguém quer. Logo precisamos melhorar nas questões do alívio da dor e do tempo do período expulsivo.

Estudos ( Cochrane 2016 ) sobre a satisfação das pacientes, com modelos de cuidados continuados de atenção a gravidez e ao parto com a mesma equipe ou pelo menos com 1 pessoa da equipe em relação ao tradicional, apresentou maior satisfação das mulheres e também melhores desfechos materno infantil.

O que corrobora com o nosso estudo que não é o tipo de modelo da assistência ou qual profissional que a atende que faz a diferença e sim os cuidados, a atenção e orientações desde o pré-natal (quebrando mitos, medos, fantasias) até o nascimento. Tudo isso deixa as mulheres confiantes e porque não dizer, o que está muito em moda hoje “ empoderamento da mulher”.

Alguns hospitais tem as enfermeiras cuidando e dirigindo todas as áreas da assistência e com suporte médico, outros com algumas em determinados setores e outros elas ainda são totalmente ausentes.

Na verdade, é necessário capacita-las em maior número e melhor para que elas assumam esta assistência como é feita nos países desenvolvidos. Isto leva a uma total mudança de visão, aceitação, compreensão e flexibilidade de todos os envolvidos, médicos, pacientes, enfermagem, gestores etc. Tem muito o que se pesquisar, entender, mudar, manter, ter um olhar mais amplo, sem viseiras. Há de se gastar muito tempo para essa mudança. Não se pode é ser levado por modismos ou conveniências. Pelos resultados desta pesquisa, não se deve jogar por terra toda uma assistência feita nos últimos 50 anos, mas evidências científicas mostram, que vários aspectos desta prática obstétrica tradicional, não trazem real benefício às mulheres, seja a curto prazo ou a longo prazo. São mudanças de paradigmas. Temos que olhar para o passado e ajustá-lo, modernizá-lo numa obstetrícia centrada na real satisfação da mulher e seu contexto familiar.

## 6. DISCUSSÃO

A assistência ao parto e ao nascimento continua a ser, no século XXI, repleto de avanços técnicos e tecnológicos, um desafio para profissionais, para a mulher e para a família. Se em séculos passados, os quais a média de gestações era maior, a morte neonatal e a insatisfação com o parto e o nascimento já causavam grande impacto biopsicossocial, maior ainda é o impacto nos dias atuais, nesta era digital.

A assistência humanizada deve perpassar por todo e qualquer modelo de assistência, pois refere-se a um direito humano de receber tratamento respeitoso, cordial. Está nos códigos de ética de qualquer profissão da área da saúde. A assistência humanizada deve focar também nas diferenças individuais. Nem todas as pacientes aceitam e estão plenamente satisfeitas em relação a todos os aspectos do modelo de parto chamado humanizado. Logo, a assistência humanizada ao parto e a implementação de suas prerrogativas não devem ser feitas de forma impessoal. Portanto, é importante que as mulheres sejam informadas das diferentes modalidades de assistência ao parto durante a gestação, no pré-natal, para que tenham poder de escolha tanto do modelo assistencial quanto das instituições em que este é oferecido.

Enquanto os estudos de países desenvolvidos, mostram que uma assistência continuada do pré-natal ao puerpério pela mesma equipe de enfermeiras tem tido um resultado melhor no que diz respeito a menos cesárea, menor gasto de materiais, menos intervenção, menores complicações, pacientes menos temerosas com o parto, mais tolerantes ao processo da dor, amamentam mais tempo etc

Tomando como base os resultados desta pesquisa vemos que algumas mudanças estão ocorrendo dentro dos hospitais e que a atenção continuada à assistência à mulher no sistema único de saúde, deixa muito a desejar, desde orientações do início da vida fértil até ao final da mesma. Uma pequena amostra disto é a desinformação no pré-natal que ficou evidente nos questionários. Portanto estamos muito longe dos países desenvolvidos, onde as enfermeiras trabalham em toda a linha de cuidados da mulher.

## 7. CONCLUSÕES

- 1- Não houve correlação entre o perfil das puérperas e o grau de satisfação das mesmas com o modelo de assistência ao parto e ao nascimento.
- 2- De um modo geral, as parturientes se mostram satisfeitas com os diferentes modelos de assistência ao parto e ao nascimento, comparando-se os protocolos do HRT e HC
- 3- A anestesia foi quase um desejo unanime das pacientes em ser contempladas.

### FRASES DE ALGUMAS PACIENTES PARA REFLEXÃO:

H71- Foi uma experiência não muito boa, devido à dor. Anestesiou com 10 cm. (EM,1)

H76- Queria cesariana, mas sem escolha porque era SUS. Em relação a estrutura profissional, o atendimento foi maravilhoso, mas não era o parto que eu queria. Se tivesse anestesia, seria menos traumático o parto normal. (SC,1)

H87- Fiquei satisfeita por estar sendo acompanhada por profissionais competentes, mas eles deveriam dar mais crédito às minhas queixas, porque teria evitado a correria. (EM,3)

R21- O processo aqui precisava ser mais evoluído. É o meu 3º filho. Fazer o que a gestante pede. Por exemplo: Soro para acelerar e anestesia. (8ª s,3)

R34- Gostar? Eu gostei dos profissionais. Não gostei do tempo que levou para nascer. Preferia que aliviasse minha dor. (7)

R43- Tirando a dor, foi ótimo e bem rápido. (SI2)

R49- Bom ué. Melhorar o quarto, porque faltou a mesa para o parto. Não tem onde por o pé, cansa mais, treme as pernas. Achei muito diferente. (7ªs,3).

O que dizer do resultado obtido nesta pesquisa do grau de satisfação das puérperas nos 2 hospitais vinculados a UFMG, que tem um corpo clínico, protocolos e uma estruturação física, diferentes. Será que as pacientes estão mais satisfeitas com o padrão tradicional do HC ou mais satisfeitas com o atendimento no HR que é uma jovem maternidade e que inovou no espaço físico, no estilo de atendimento e nos profissionais da assistência ao parto?

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNEY, William Ray. *Power and the Profession of Obstetrics*. Chicago & London: The University of Chicago Press, 1982. 290p.

AUNE, I; et al. Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*; 28(4): 372-8, Aug 2012.

CARR D;LYTHGOE J. Use of acupuncture during labour. *Pract Midwife*; 17(5): 10, 12-5, May 2014.

CAMERON H. Midwives benefit from good postnatal care, too. *Pract Midwife*; 17(7): 14-6, Jul-Aug 2014.

CORTES, E; et al. Waterbirth and pelvic floor injury: a retrospective study and postal survey using ICIQ modular long form questionnaires. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 155(1): 27-30, Mar 2011.

DAVIS-FLOYD, Robbie. *Birth as an American rite of passage*. Berkeley: University California Press, 2003.

DINIZ, CS; et Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saude Publica*; 30 Suppl 1: S1-14, Aug 2014.

FAÚNDES, J.C. *O Resgate do Parto Natural*. [Dissertação]. Joinville - SC: UNIVILLE, 2003

. FONTEIN, Y. The comparison of birth outcomes and birth experiences of low-risk women in different sized midwifery practices in the Netherlands. *Women Birth*; 23(3): 103-10, Sep. 2010.

HOWELL M. Lie back, listen and relax: hypnotherapy *Pract Midwife*; 15(5): 12, 14-6, May.2012

JAMAS, M T; et al. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cad Saude Publica*; 29(12): 2436-2446, Dez. 2013

JONES. R. *Entre as orelhas*. Porto Alegre: Ideias a Granel, 2012.

Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014

OPAN,2014

PARENTE RCM, et al A história do nascimento (parte 2): parto vaginal. *FEMINA*. Vol 39 nº 2; Fev. 2011.

PARISAEI, M; et al. Maternal satisfaction and acceptability of foetal electrocardiographic (STAN®) monitoring system. *Arch Gynecol Obstet*; 283(1): 31-5, Jan. 2011.

REZENDE, J. *Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Livraria Editora Guanabara Koogan S.A., 1962.

ROSS-DAVIE M; et al. Midwifery support in labour: how important is it to stay in the room?

*Pract Midwife*; 17(6): 19-22, Jun 2014.

SALEM, Tania. “A trajetória do ‘casal grávido’: de sua constituição à revisão de seu projeto.” In: FIGUEIRA, S. (Org.). *Cultura da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.35-61.

\_\_\_\_\_. *Sobre o “casal grávido”: incursão em um universo ético*. 1987. 288f. Tese de doutorado. Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1987.

Sandall J, Soltani H, Gates S, Devane D. MIDWIFE-LED CONTINUITY MODELS VERSUS OTHER MODELS OF CARE CHILBEARING WOMEN.

*Cochrane DatabaseSyst.Rev.* 2016 Apr 28;4:CD004667. Doi: 101002/14651858.CD004667.pub5.

SANTOS, M. L. *Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico* Florianópolis – Santa Catarina 2002

THIES-LAGERGREN, L; et al. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*; 26(4): e99-104, Dec 2013.

VOGT, S E, SILVA, K S.; DIAS, M A B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. Rev Saúde Pública;48(2):1-10. 2014

Williams Obstetrics, 14th edition. Appleton-Century-Crofts, New York, NY, 1971, pages 1116-8.

## **9. ANEXOS E APÊNDICE**

### **ANEXO A- PARECER ÉTICO**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação do grau de satisfação de puérperas em relação ao tipo de assistência ao parto

**Pesquisador:** Alamanda Kfoury Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54067215.9.0000.5149

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFMG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.599.928

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto da área de Ciências da Saúde que tem como proposta realizar um estudo qualitativo do tipo descritivo, com o objetivo de avaliar o grau de satisfação das parturientes, em relação ao tipo de assistência ao parto, em duas instituições conveniadas à Faculdade de Medicina da UFMG, com diferentes características ao modelo de assistência ao parto. Serão participantes do estudo 100 pacientes saudáveis, maiores de 18 anos, sem anormalidades no pré-natal, com gestação 2 termo, feto único, apresentação cefálica de vértice, que

tenham chegado à Maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG ( 50 pacientes ) e Hospital Risoleta Tolentino Neves ( 50 pacientes ). As participantes responderão a questionário com questões objetivas relacionando aspectos epidemiológicos, características das parturientes, do pré-natal e do parto.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo é descrever as características estruturais e os protocolos de assistência ao parto para gestantes de baixo risco em duas diferentes instituições conveniadas à Faculdade de Medicina da UFMG: o Hospital das Clínicas/UFMG e o Hospital Risoleta Tolentino Neves.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.599.928

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A proponente menciona que o estudo envolve riscos mínimos tendo em vista que os sujeitos da pesquisa serão convidados a responder um questionário. Descreve que a pesquisa poderá oferecer risco potencial de constrangimento das participantes. No entanto, as pesquisadoras procurarão resguardar a privacidade das pacientes e obedecer as determinações da Resolução 466/12 que trata dos aspectos éticos envolvendo seres humanos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante por analisar as formas de assistência ao parto sob a ótica da usuária do serviço.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados Folha de Rosto, Aprovação do projeto pela Câmara Departamental, Formulário de Informações Básicas, anuências da Unidade Funcional de Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia do Hospital de Clínicas e da Maternidade do Hospital Risoleta Tolentino Neves e TCLE. O TCLE apresenta-se na forma de convite, apresenta os objetivos do estudos e os procedimentos, esclarece os riscos, que a participação é voluntária e, sem despesas. A confidencialidade dos dados e o direito a recusa estão contemplados. Apresenta os dados de contato telefônico da pesquisadora e do Comitê de Ética.

**Recomendações:**

Recomenda-se as seguintes alterações no TCLE:

1. Inserir no texto que o Comitê de Ética poderá ser consultado em caso de dúvidas de ordem ética.
2. Inserir emails de contato das pesquisadoras, junto ao contato telefônico.
3. Incluir campo para assinatura de uma das pesquisadoras, logo após o campo de assinatura do consentimento.
4. Substituir o termo "cópia" por "via".

Sugere-se ainda adequar a formatação do TCLE, após as modificações, a uma única página, pois ao optar-se por duas páginas, será necessário inserir campos para rubrica do pesquisador e participante na página inicial.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis à aprovação do projeto Avaliação do grau de satisfação de puérperas em relação ao tipo de assistência ao parto da Professora Alamanda Kfoury Pereira.

Esse Comitê confia que as alterações menores para adequação do TCLE serão adotadas pela pesquisadora.

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.599.928

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_347179.pdf	07/06/2016 14:12:35		Aceito
Outros	Carta_justificativa.docx	07/06/2016 14:12:11	Débora Magnólia Nogueira Miranda	Aceito
Outros	UFMG.pdf	07/06/2016 13:59:55	Débora Magnólia Nogueira Miranda	Aceito
Outros	Risoleta.pdf	07/06/2016 13:59:25	Débora Magnólia Nogueira Miranda	Aceito
Outros	TCLE_MODIFICADO.docx	07/06/2016 13:56:24	Débora Magnólia Nogueira Miranda	Aceito
Outros	Parecer_com_assinatura.pdf	08/03/2016 15:51:40	Alamanda Kfoury Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_magnolia.docx	27/10/2015 10:54:31	Alamanda Kfoury Pereira	Aceito
Brochura Pesquisa	Scan_Doc0029.pdf	21/10/2015 18:22:47	Alamanda Kfoury Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Scan_Doc0028.pdf	21/10/2015 18:04:36	Alamanda Kfoury Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	19/03/2015 17:46:27		Aceito

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS

continuação do Parecer: 1.599.928

Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	19/03/2015 17:46:27		Aceito
---------------------------	---	------------------------	--	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 14 de Junho de 2016

**Assinado por:**

Parecer não finalizado

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005**Bairro:** Unidade Administrativa II**CEP:** 31.270-901**UF:** MG**Município:** BELO HORIZONTE**Telefone:** (31)3409-4592**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

## ANEXO B

### Hospital das Clínicas HC - UFMG

Protocolo do início do século XXI e a atual.

#### **CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NORMAL: 2003**

##### 1) Preparo da paciente:

- 1.1. Tricotomia, mais próximo do parto e na região da episiorrafia.
- 1.2. Clister intestinal, não de rotina, trabalho de parto confirmado e colo com menos de 6 cm.
- 1.3. Banho

##### 1) Condução do parto:

- 2.1. Toque, deverá ser feito pelo preceptor ou residente acompanhado de um único aluno, após assepsia de mãos e introito.
- 2.2. Dinâmica uterina: 10 minutos a cada hora.
- 2.3. Ausculta fetal, concomitante com a dinâmica, antes, durante e após as contrações.
- 2.4. Amniotomia:
  - a) Para prova de trabalho de parto.
  - b) Como manobra facilitadora do parto, após 5 cm de dilatação.
  - c) Toda amniorrexe deve ser seguida de toque e ausculta cardiofetal.
  - d) Contraindicada nas gestantes HIV positivas.

##### 3) Período expulsivo:

- 3.1. Aguarda-se no máximo 30 minutos, avaliar a indicação de fórceps evitando a expressão no fundo do útero.
- 3.2. Episiotomia:
  - a) Mediana de preferência.
  - b) Média lateral indicada quando:
    - (1) Corpo perineal menor que 4 cm;
    - (2) Feto grande;
    - (3) Necessidade de manobras;
    - (4) Necessidade de fórceps.
  - c) Momento oportuno para realização da episiotomia: plano + 2 de De Lee.

- 4) Laqueadura do cordão: Em geral após aspiração naso-oral, exceto em pacientes Rh negativas, em uso de medicamentos depressores do SNC, sob anestesia geral, circular de cordão, gestantes HIV positivas e HBsAg positivas, a laqueadura deverá ser imediata.
- 5) Secundamento / Revisão canal parto: Aguarda-se até 20 minutos o desprendimento espontâneo da placenta, após este tempo deve-se fazer a extração manual, seguida de curetagem, sob anestesia.
- 6) Episiorrafia: Fios, catgut cromado 00 ou vicryl. Final, toque retal e palpação uterina.
- 7) Ocitócicos no pós-parto imediato: Ergotrate em casos excepcionais e Syntocinon em casos eventuais.
- 8) 4º período do parto: Observação médica 1 hora após o parto de:
  - 8.1. Mucosas
  - 8.2. Pulso e PA
  - 8.3. Tônus uterino
  - 8.4. Sangramento vaginal e episiorrafia.

## **CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NORMAL 2014**

### **1. GESTAÇÃO A TERMO**

- 1.1. Preparo da Paciente em fase ativa do TP
  - a) Tricotomia: **NÃO ESTÁ INDICADA DE ROTINA.** Em caso de cesariana tricotomia por tonsura apenas no local da incisão de Pfannenstiel;
  - b) Clister intestinal / Fleet enema: **NÃO ESTÁ INDICADO DE ROTINA;**
  - c) Banho de chuveiro;
  - d) Dieta: líquida (preferência por líquidos açucarados). **NÃO LIBERAR ALIMENTOS COM RESÍDUOS;**
  - e) Orientar benefícios das medidas não farmacológicas para alívio da dor (deambulação, banho, massagem, uso da bola, e outros);
  - f) Verificar existência de plano de parto e conversar com parturiente e família sobre acompanhamento do trabalho de parto.
- 1.2. Condução do Trabalho de Parto

- a) Toque vaginal: deverá ser feito pelo preceptor ou residente e acompanhado por um único aluno, estagiário ou interno, após informar a parturiente sobre o exame. Lavar **SEMPRE** as mãos antes da realização do toque vaginal. A frequência dos toques vaginais deve ser orientada pela evolução do trabalho de parto no partograma. Restringir os toques vaginais ao imprescindível.
- b) Dinâmica Uterina: durante 10 minutos, no mínimo, uma vez a cada hora. Registrar sempre no partograma.
- c) Ausculta Fetal: realizar, no mínimo, a cada 30 minutos durante o período de dilatação. Determinar a frequência basal, durante e após a contração.
- d) É **OBRIGATÓRIO** o preenchimento do partograma, com anotações em todas as avaliações.
- e) Amniotomia
  - (1) **NÃO É NECESSÁRIA SUA REALIZAÇÃO DE ROTINA**
  - (2) Pode ser utilizada na condução de trabalhos de parto com distócia
  - (3) Para prova de trabalho de parto: recomendada nas nulíparas, quando existem dúvidas a respeito da proporção cefalo-pélvica;  
Toda rotura espontânea de membranas deve ser seguida, imediatamente, de toque; vaginal e ausculta cardiófetal, para verificar possibilidade de prolapso de cordão;
  - (4) Registrar sempre as características do líquido amniótico (cor e volume);
  - (5) Contraindicada na gestante HIV-positiva, em prematuros e na apresentação pélvica.
- f) Estimular utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor: deambulação, massagem, banho, bola, entre outros. Oferecer analgesia de condução nos casos de dor intensa, não aliviada pelos métodos não farmacológicos de controle da dor.
- g) Informar à parturiente, acompanhante e familiares a evolução do trabalho de parto e todos os procedimentos a serem realizados

### 1.3. Analgesia Farmacológica

- a) A principal indicação de analgesia farmacológica é o desejo materno. Caso as técnicas não farmacológicas já tenham sido empregadas e a paciente

solicite analgesia, tal solicitação deve ser comunicada imediatamente à equipe de anestesiologia.

- b) A peridural contínua, caso não haja contraindicações, deverá ser a primeira escolha, mas a seleção final da técnica de analgesia é de responsabilidade do anestesilogista.

#### 1.4. Período Expulsivo

- a) Posição não litotômica, preferencialmente;
- b) Não existe consenso a respeito da duração máxima do segundo período. É imprescindível realização da ausculta fetal, no máximo, a cada cinco minutos;
- c) Em caso de estado fetal não tranquilizador ou exaustão materna no segundo período, avaliar indicação do fórcepe, vácuo-extrator ou cesariana;
- d) NÃO REALIZAR manobra de expressão de fundo uterino;
- e) Episiotomia: NÃO É INDICADA DE ROTINA
- f) A episiotomia (médio-lateral direita ou esquerda) deve ser indicada na presença de:
  - (1) Corpo perineal igual ou menor que quatro centímetros
  - (2) Feto grande;
  - (3) Necessidade de manobras;
  - (4) Indicação de fórcepe;
  - (5) Momento oportuno para realização da episíotomia: polo cefálico no plano + 2 de De Lee
- g) Favorecer contato pele-a-pele do RN com a mãe e estimular aleitamento na primeira hora de vida.
- h) Se RN vigoroso manté-lo o tempo todo em contato com a mãe.
- i) Administrar 10 UI de ocitocina, via intramuscular, após o desprendimento da cintura escapular fetal (ombros).

#### 1.5. Laqueadura do Cordão

- a) Em geral, o cordão deve ser laqueado quando cessados os batimentos do mesmo. Aguardar, pelo menos, 60 segundos após o desprendimento para a realização da ligadura do cordão. Nas pacientes em uso de medicamentos

depressores do SNC, sob anestesia geral, na presença de circular de cordão, nas gestantes infectadas pelo HIV ou HBsAg positivas a laqueadura deverá ser imediata. Em casos de fetos de mãe diabética com mau controle e fetos com CIUR a clampagem precoce pode reduzir o risco de hiperbilirrubinemia neonatal grave.

#### 1.6. Secundamento / Revisão canal parto

- a) Em geral, a expulsão espontânea da placenta se faz no prazo de 10 minutos após a expulsão fetal. Pode-se aguardar até, no máximo, 20 minutos os sinais de desprendimento espontâneo da placenta. Procede-se ao exame macroscópico da placenta e cordão, com registro dos dados observados.
- b) Revisão do canal de parto: deve ser realizada em todas as pacientes (vagina, colo e cavidade uterina). Em caso de cesariana anterior fazer revisão manual do segmento uterino.
- c) Tratamento da placenta retida (não acreta): Se após 20 minutos de observação não surgirem sinais de dequitação, deve-se proceder a extração manual, seguida de curetagem com a paciente sob anestesia, Para o procedimento o profissional deve estar paramentado e campos e luvas cirúrgicas devem ser trocados. Eventualmente poderá ser necessária a utilização de urna cureta fenestrada.
- d) Episiorrafia: fios catagute cromado 00 ou Vicryl (kit obstétrico). Após a epissiorrafia deve-se realizar toque retal para verificar possibilidade de transfixação da mucosa retal durante a sutura e palpação uterina (tônus e volume uterino).

#### 1.7. 4º Período do Parto

- a) Avaliação e registro dos seguintes parâmetros, uma hora após o parto:
  - (1) Mucosas; Pressão arterial e pulso;
  - (2) Tônus uterino;
  - (3) Sangramento vaginal;
  - (4) Episiorrafia.



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada cliente,

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que pretende avaliar o grau de satisfação em relação ao parto.

Este estudo chama-se: Avaliação do grau de satisfação de puérperas em relação ao tipo de assistência ao parto.

O objetivo deste estudo é avaliar o grau de satisfação das pacientes após o parto, em duas instituições conveniadas à Faculdade de Medicina, que tem características diferentes em relação ao modelo de assistência ao parto.

Como você teve parto recentemente, gostaríamos de convidá-la a participar deste estudo através de um questionário onde você vai responder algumas perguntas relacionadas ao seu parto nesta maternidade.

Existe um risco de você se sentir constrangida ao responder algumas questões. Procuraremos ameniza-lo, oferecendo a você um local reservado para seu conforto.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de remuneração e também sem nenhuma despesa; seu nome será mantido em anonimato assim como as informações fornecidas. Você poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, sem qualquer tipo de penalidade ou constrangimento. Poderá também, ter acesso às informações fornecidas em qualquer momento que julgar necessário, podendo entrar em contato com a pesquisadora ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais em caso de dúvidas de ordem ética.

Os dados obtidos dos questionários serão analisados e divulgados em periódicos e eventos científicos, com a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade das participantes da pesquisa.

Você receberá uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Eu.....  
.., afirmo que fui devidamente esclarecida(o) quanto aos objetivos da pesquisa, intitulada “Avaliação do grau de satisfação de puérperas em relação ao tipo de assistência ao parto”. Li e compreendi as informações fornecidas e declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em participar voluntariamente da referida pesquisa.

Assinatura da cliente.....

Data...../...../.....

Assinatura da pesquisadora.....

Contatos:

Débora Magnólia Nogueira Miranda

e-mail: [magnolia4652@gmail.com](mailto:magnolia4652@gmail.com) / tel.: (31) 999727583

Alamanda Kfoury Pereira

e-mail: [alamanda.k@gmail.com](mailto:alamanda.k@gmail.com) / te.: (31) 988551906

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – (31) 3409-4592 – Av Antônio Carlos 6627,  
Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 – Campos da Pampulha, Belo Horizonte  
CEP 31270901

## APÊNDICE B

### PESQUISA DE SATISFAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

MATERNIDADE:

PACIENTE:

REGISTRO:

IDADE:

PARIDADE:

DATA DA ENTREVISTA:

HORA:

DATA DO PARTO:

HORA:

1-PRÉ-NATAL DE ORIGEM:

2-NÚMERO DE CONSULTAS:

3-VOCÊ RECEBIA INFORMAÇÕES A RESPEITO DOS DIFERENTES MODOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL?

( ) Não ( ) Raramente ( ) Com frequência ( ) Sempre

2-VOCÊ RECEBIA INFORMAÇÕES A RESPEITO DOS SINTOMAS DE TRABALHO DE PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL?

( ) Não ( ) Raramente ( ) Com frequência ( ) Sempre

3- O QUE TE LEVOU AO HOSPITAL?

( ) Contrações regulares ( ) Rotura de membranas ( ) Perda do tampão ( ) Outro

---

---

---

4-PROFISSIONAL QUE ATENDEU NA ADMISSÃO:

MÉDICO  ENFERMEIRA  OUTRO

---

---

---

AS QUESTÕES A SEGUIR SE REFEREM À SUA AVALIAÇÃO A RESPEITO DO SEU PARTO. ALGUMAS QUESTÕES SÃO DE PERGUNTAS DIRETAS. OUTRAS, DÊ UMA NOTA DE 1 A 5, CONSIDERANDO:

1 PARA MUITO INSATISFEITO;

2 PARA INSATISFEITO;

3 PARA INDIFERENTE;

4 PARA SATISFEITO

5 PARA MUITO SATISFEITO

NÃO SE APLICA

4-SOBRE AS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS NO PRÉ-NATAL A RESPEITO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

5-TEMPO PARA O ATENDIMENTO NA SALA DE ADMISSÃO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

6-PROFISSIONAL QUE ATENDEU NA SALA DE ADMISSÃO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

7-LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO:

Enfermaria  Pré-parto  Casa de parto  Outro

---

---

8-SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO AO LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

9-PROFISSIONAL QUE ACOMPANHOU O TRABALHO DE PARTO

Médico  Enfermeira  Outro

---

10- SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO AO PROFISSIONAL QUE ACOMPANHOU O TRABALHO DE PARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

11-SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

12-SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO À PRESENÇA DE OUTRAS PESSOAS NO ACOMPANHAMENTO DO TRABALHO DE PARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

13-TEMPO DE TRABALHO DE PARTO

ATÉ 6 HORAS  DE 6 A 8 HORAS  DE 8 A 12 HORAS  MAIS DE 12 HORAS

14-SATISFAÇÃO QUANTO AO TEMPO DE TRABALHO DE PARTO

1  2  3  4  5

15-SATISFAÇÃO QUANTO A UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS DE AUXÍLIO AO TRABALHO DE PARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

---

---

16-FREQUÊNCIA DE ACOMPANAMENTO DAS CONTRAÇÕES:

A CADA HORA  A CADA 2 HORAS  A CADA 3 HORAS  INDEFINIDO

17-FREQUÊNCIA DE ACOMPANHAMENTO DAS BATIMENTOS CARDÍACOS DO FETO:

A CADA HORA  A CADA 2 HORAS  A CADA 3 HORAS  INDEFINIDO

18- NÚMERO DE TOQUES VAGINAIS REALIZADOS:

DOIS  TRÊS  QUATRO  MAIS DE QUATRO

19-SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE TOQUES VAGINAIS:

1  2  3  4  5

20- ROTURA.. DE MEMBRANAS

ESPONTÂNEA  ARTIFICIAL  NÃO REALIZADA  OUTRO

---

---

21-SATTISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE ROTURA DE MEMBRANAS

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

22-SATISFAÇÃO EM RELACÃO À UTILILACÃO DE OCITÓCICOS

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

---

---

23-SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À FREQUÊNCIA DO ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

24-PROCEDIMENTOS REALIZADOS PARA ALÍVIO DA DOR

ANESTESIA POR BLOQUEIO  ANALGESIA  MEDIDAS ALTERNATIVAS

---

25-SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS UTILIZADOS PARA ALÍVIO DA DOR

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

EM RELAÇÃO AO PARTO

26-LOCAL ONDE OCORREU

BLOCO CIRÚRGICO  CASA DE PARTO  OUTRO

---

27-SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO LOCAL DO PARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

28-MEDIDAS DE ALÍVIO DA DOR INTRAPARTO

BLOQUEIO  ANALGESIA  MEDIDAS ALTERNATIVAS  OUTRO

29-SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO As MEDIDAS PARA ALÍVIO DA DOR INTRAPARTO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

---

30-SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO AO TEMPO DE PERÍODO EXPULSIVO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

31-PROFISSIONAL QUE REALIZOU ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

MÉDICO  ENFERMEIRO  OUTRO  NÃO SE APLICA

32-SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO PROFISSIONAL QUE REALIZOU A ASSISTÊNCIA IMEDIATA AO RECÉM-NASCIDO

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

33-OCORRÊNCIA DE COMPLICAÇÕES DO PARTO

SIM  NÃO

34-REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA

SIM  NÃO

35-SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO À EPISIOTOMIA/EPISIORRAFIA

1  2  3  4  5  NÃO SE APLICA

36- FAÇA UM COMENTÁRIO FINAL SOBRE A SUA SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO A TODO O PROCESSO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

---

---

---

---