



UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE
CEGONHA

NILMA MAIA DA COSTA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COM ENFOQUE NA CAPACITAÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE AS BOAS PRÁTICAS DO PARTO E
NASCIMENTO

TABULEIRO DO NORTE – CEARÁ

2017

NILMA MAIA DA COSTA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COM ENFOQUE NA CAPACITAÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE AS BOAS PRÁTICAS DO PARTO E
NASCIMENTO**

Projeto de Intervenção a ser apresentado a Coordenação do Curso de Especialização em Obstetrícia, da Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Co-orientadora: Sâmua Kelen Mendes de Lima

Orientadora: Prof. Dra Ana Kelve de Castro Damasceno

TABULEIRO DO NORTE – CEARÁ

2017

NILMA MAIA DA COSTA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COM ENFOQUE NA CAPACITAÇÃO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE AS BOAS PRÁTICAS DO PARTO E
NASCIMENTO**

Projeto de Intervenção a ser apresentado a Coordenação do Curso de Especialização em Obstetrícia, da Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Sâmua Kelen Mendes de Lima (Co-orientadora)

Universidade Federal do Ceará - UFC

A Deus, por ter me dado forças e coragem
para superar as dificuldades e alcançado
êxito na conclusão desse curso.
Sem tua presença amiga não teria conseguido.
És a razão do meu viver.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus, por estar presente em todos os momentos, mostrando-me o quanto posso ir além das probabilidades, através da fé. Sua força e cuidado são extraordinários em minha vida.

Aos meus pais, por todo esforço despendido em me ensinar a lutar por meus objetivos de maneira digna e honesta. E por ter me ensinado o caminho certo a seguir. Amo-os mais que tudo.

Aos meus irmãos, pelo carinho e cuidado com que cuidam de tudo e todos quando estou ausente. Vocês são joias preciosas na minha vida.

Ao meu esposo, pela confiança depositada na minha capacidade de evoluir sempre. Obrigado por estar comigo em todos os momentos e por fazer tudo acontecer, apesar de imensas dificuldades. Minhas conquistas são suas também.

À minha co-orientadora Samua, por aceitar esse desafio e por toda ajuda em cada etapa desse trabalho. Agradeço por cada palavra de estímulo e positividade quando as coisas pareciam que iam desmoronar. Sua contribuição foi fundamental.

As Coordenadoras do Curso, Prof Ana Kelve, Prof Tatiana e Prof Cintia, pela confiança e oportunidade de adquirir tão ricos conhecimentos. Pela paciência, compreensão e dedicação em nos proporcionar o melhor.

As preceptoras de estágio, por todo conhecimento oferecido, sobretudo Ana Maria e Jannayna, que foram além de orientadoras, amigas e conselheiras para vida.

As amigas, Diana e Laíse pela parceria e companheirismo. Foi bem mais leve com a presença de vocês. Obrigada pela paciência e amizade.

Aos colegas de turma, por termos superado juntos as dificuldades, sempre com respeito e apoio ao próximo. Nós conseguimos!

Muito Obrigada!

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo implementar as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (BPPN) em uma Maternidade Municipal, a partir da capacitação dos profissionais de enfermagem. Estudo de intervenção com aplicação de questionário pré e pós intervenção, que seguiu as seguintes fases: Fase 1 - Aplicação de um questionário sobre a utilização das BPPN. Fase 2 - Capacitação por meio da técnica de grupo focal. Fase 3 – Reaplicação do questionário sobre a utilização das BPPN. A capacitação contou com a participação de dezoito profissionais, sendo doze enfermeiros, três auxiliares e três técnicos de enfermagem. As atividades foram realizadas durante o mês de Setembro a Novembro de 2017. Os resultados mostraram que em relação à categoria A, que diz respeito às práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, houve melhoria nos resultados referentes à: respeito à escolha da mãe quanto ao local de parto, respeito aos direitos da mulher à privacidade no local de parto, respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes, fornecimento de todas as informações e explicações que desejarem, oferta de líquidos por via oral, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, liberdade de posição e movimento, entre outros. Sobre a categoria B, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, foi obtido melhores resultados em variáveis como: uso rotineiro de tricotomia, infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto, uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto e exame retal. Os itens administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto e esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto também tiveram melhores índices no pós-teste, contudo, uma significativa parcela dos profissionais ainda refere utilizar. Fato que requer outras intervenções para sua correção. Na categoria C, práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, referente aos itens amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto, pressão do fundo durante o trabalho de parto e manipulação ativa do feto no momento do parto passaram e ser menos utilizadas. As manobras relacionadas à proteção do períneo ao manejo do pólo cefálico no momento do parto, uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto e clampeamento precoce do cordão umbilical passaram a ser mais utilizadas pelos profissionais. Por fim, referente à categoria D, práticas frequentemente usadas de modo inadequado, a maioria dos itens tiveram melhores resultados no pós-teste. Contudo, chama a atenção a permanência de um elevado número de profissionais a realizar a correção da dinâmica com utilização de ocitocina, a transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto, estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário, adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto e uso liberal e rotineiro de episiotomia. Em suma, foi percebido ao longo dos momentos com os profissionais que houve facilidade na implementação das práticas da categoria A, contudo, apesar de terem sido discutidas detalhadamente as categorias B e D, percebeu-se uma resistência por parte de alguns profissionais em abdicar da realização de hábitos que os mesmos vêm realizando ao longo dos anos. Fato que leva a necessidade de uma reabordagem sobre essas questões em outros momentos, a fim de provocar mais mudanças no cenário obstétrico municipal.

Palavras-chave: Parto. Enfermagem. Boas práticas do Parto e Nascimento

ABSTRACT

The present study aimed to implement the Good Practices of Attention to Childbirth and Birth (GPACB) in a Municipal Maternity, based on the training of nursing professionals. It was made an intervention study with application of pre and post questionnaire, which followed the following phases: Phase 1 - Application of a questionnaire based on GPACB. Phase 2 - Training through the focal group technique. Phase 3 - Reapplication of the questionnaire of BPPN. The training consisted of the participation of eighteen professionals, with twelve nurses, three auxiliaries and three nursing technicians. The activities were carried out during the month of September to November 2017. The results in relation to category A, regarding the practices that are demonstrably useful and that should be stimulated, showed that there was improvement in the results regarding: respect for the mother's choice of place of birth, respect for women's rights to privacy on the spot of delivery, respect for the choice of the woman about her companions, provision of all the information and explanations, supply of oral fluids, non-invasive and non-pharmacological methods of pain relief, such as massage and relaxation techniques, freedom of position and movement, among others. Regarding category B, clearly harmful or ineffective practices that should be avoided, better results were obtained in variables such as: routine use of tricotomy, routine intravenous infusion in labor, routine use of the supine position (dorsal decubitus) during work labor and rectal examination. The items administration of oocytes at any time before delivery and prolonged and directed pulling effort (Valsalva maneuver) during the second stage of labor also had better post-test rates, however, a significant portion of the professionals still reported using it. This fact requires other interventions for its correction. In category C, practices without sufficient evidence to support a clear recommendation and that should be used with caution, referring to the items routine early amniotomy in the first stage of labor, background pressure during labor and active manipulation of the fetus in the time of childbirth have passed and become less used. The maneuvers related to protection of the perineum to the management of the cephalic pole at the time of delivery, routine use of routine oxytocin, controlled traction of the cord, or their combination during the third stage of labor and early clamping of the umbilical cord became more used by professionals. Finally, concerning category D, frequently used inappropriately, most of the items had better results in the post-test. However, attention is drawn to the persistence of a large number of professionals to perform the correction of dynamics using oxytocin, the routine transfer of the parturient to another room at the beginning of the second stage of labor, stimulation of the pull when diagnosing dilation complete or nearly complete cervical before the woman feels the involuntary pull, rigid adherence to a stipulated duration of the second stage of labor and liberal and routine use of episiotomy. In short, it was noticed during the moments with the professionals that there was facility in the implementation of the practices of category A, however, although the categories B and D were discussed in detail, it was noticed a resistance by some professionals to abdicate of the habits they have been carrying out over the years. This fact leads to the need to re-address these issues at other times in order to trigger further changes in the municipal obstetric scenario.

Key words: Childbirth. Nursing. Good Practices of Childbirth and Birth

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Descrição dos resultados obtidos na Categoria A – Prática demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas.....	27
Tabela 2:	Descriminação dos resultados obtidos na Categoria B - Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que Devem Ser Eliminadas.....	34
Tabela 3:	Descrição dos resultados obtidos na Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.....	36
Tabela 4:	Descrição dos resultados obtidos na Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado.....	38

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. PROBLEMATIZAÇÃO.....	13
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	14
4.JUSTIFICATIVA.....	15
5. REFERENCIALTEÓRICO.....	16
6. PÚBLICO ALVO.....	22
7. OBJETIVOS.....	23
8. METAS.....	24
9. METODOLOGIA.....	25
9.1. Delineamento do estudo.....	25
9.2. Intervenção.....	25
9.3 Avaliação.....	26
9.4. Análise dos dados.....	26
9.5 Aspectos éticos.....	26
9. Financiamento.....	26
10. RESULTADADOS E DISCUSSÕES.....	27
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
12. RECURSOS HUMANOS.....	43
13. ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO.....	44
14. CRONOGRAMA.....	45
15 ORÇAMENTO.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES.....	51

1. INTRODUÇÃO

O parto é um evento fisiológico que tem sofrido diversas modificações ao longo das décadas. Sua naturalidade tem sido obstruída por modelos tecnológicos criados com a justificativa de auxiliar em partos laboriosos, porém, aplicados de forma descomedida, negando a mulher o direito de vivenciar esse evento natural e espontâneo.

Por muitos anos, orientadas apenas por seus instintos femininos, as mulheres reconheciam o período final da gestação e se isolavam para parir, sem nenhuma assistência ou cuidado acurado, sendo apenas ajudadas umas pelas outras. As parteiras ou curandeiras eram essas mulheres mais experientes que ficavam responsáveis por conduzir o cuidado no período de trabalho de parto e parto, sem a utilização de qualquer instrumento ou medicações. (FERREIRA; VIANA; MESQUITA, 2014).

A partir do século XX, com a introdução do modelo biomédico e a criação dos hospitais, uma série de transformações ocorre na assistência ao parto e na condução desse processo. As decisões passam a ser conduzidas pela figura médica e as ações deixam de contemplar as necessidades da mulher e do feto, para centralizar-se no procedimento. Assim, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e o controle do período gravídico puerperal (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

O parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este processo. Esse fato favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo. Como consequência, a parturiente passou de sujeito a objeto, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2016).

A institucionalização do cuidado no parto no Brasil, contribuiu para a implementação de modernas técnicas terapêuticas, que culminou em benefícios, como a redução da mortalidade materno-neonatal. Entretanto, ocasionou vários problemas, como uso abusivo de práticas instrumentais e medicalizadas, sobretudo o aumento exorbitante do número de partos cesarianos sem indicação clínica. Diante disso, surge no Brasil um movimento de humanização do parto, preconizado pelo Ministério da Saúde, solicitando assistência integral e humanizada à mulher, como uma tentativa de empoderamento da mulher neste momento tão significativo para ela. (BRASIL, 2014a).

Desde meados dos anos 80, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem trazido relevantes contribuições ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, baseado em evidências científicas que reprovam as práticas realizadas no modelo médico de atenção, buscando a implementação de uma assistência humanizada e pautada na autonomia da mulher (COSTA; OLIVEIRA; LIMA, 2010).

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser realizado no processo do parto e nascimento. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas realizadas no mundo todo (OMS, 1996).

Com o intuito de estabelecer práticas adequadas e seguras para a assistência obstétrica, garantindo uma atenção materno-infantil qualificada, humanizada e segura, as recomendações foram classificadas em quatro categorias: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996).

A definição de humanização da assistência ao parto abrange diversos aspectos, no que concerne a mudanças na cultura hospitalar, com a prestação de um cuidado direcionado às necessidades da parturiente. Refere-se também a mudanças no espaço físico, transformando o ambiente hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implementação de práticas humanizadas de saúde (SANTO; OKAZAKI, 2012).

E implica, primordialmente, na mudança da atuação dos profissionais, afim de que estes respeitem a fisiologia do corpo feminino, evitando intervir de forma desnecessária e sim, ofertando suporte emocional à mulher e sua família, visando fortalecer os laços afetivos familiares e o vínculo mãe-filho (SANTO; OKAZAKI, 2012).

Em 2004, ao ser aprovado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Ministério da Saúde passou a redirecionar investimentos para a formação de enfermeiros obstetras através da abertura de cursos de residência, especializações e cursos voltados ao aprimoramento da enfermagem obstétrica (AMORIM; GUALDA, 2011).

Considerando os benefícios e o bom desempenho da equipe de enfermagem no processo de parturição e o resgate da valorização do parto normal, a Organização Mundial de Saúde afirmou que a enfermeira obstétrica é a mais indicada para assistir à mulher durante a gestação até o parto normal de baixo risco, considerando o custo-efetividade da assistência (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A Criação da Rede Cegonha em 2011 e sua implantação nas Maternidades brasileiras foi uma investida do Ministério da Saúde na tentativa de resgatar o papel do profissional obstetra na atenção e assistência da mulher e seu conceito, devolvendo a mulher o direito de um parto naturalizado e humanizado (BRASIL, 2010).

Conforme recomendação do Ministério da Saúde é fundamental uma adequada preparação da gestante para o momento do trabalho de parto e nascimento do seu filho. Essa preparação inicia-se no pré-natal e envolve uma abordagem de acolhimento à mulher e seu companheiro no serviço de saúde, na qual se deve incluir o fornecimento de informações e um preparo físico e psíquico, além da elaboração de um plano pessoal que determine onde e por quem será assistido o nascimento (BRASIL, 2010).

A equipe de enfermagem, na busca pelo atendimento humanizado e de qualidade à usuária, lança mão de estratégias como escuta sensível, acolhimento, tratamento respeitoso e fornecimento de informações, buscando preparar a mulher para o processo de parto, fazendo com que melhore as suas expectativas, o que resulta em maior autonomia no processo de nascimento (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Tendo em vista que o parto humanizado tem sido amplamente defendido e que o enfermeiro obstetra possui o papel de assistir e executar esse tipo de parto, juntamente com as parteiras e outros profissionais que atuam na área, destaca-se a importância de se capacitar os profissionais para utilização das Boas Práticas do Parto e Nascimento na assistência obstétrica.

2 PROBLEMATIZAÇÃO

Considerando o contexto obstétrico do município, é possível compreender que a humanização da assistência ainda se configura um desafio para os profissionais de saúde, pois o modelo de assistência ao parto e nascimento ainda é predominantemente intervencionista.

As práticas prejudiciais ao parto ainda continuam a serem conduzidas, sendo demonstradas como forma de facilitação no momento do parto. E muitos dos procedimentos são realizados sem o consentimento e o conhecimento da parturiente, desconsiderando a opinião das mesmas, impedindo assim, que esta seja protagonista do processo de parturição.

Nesse sentido, o parto vaginal tem sido rejeitado pela maioria das mulheres, sendo substituído pelo parto cesariano, que deixa de ser uma alternativa para partos laboriosos, para ser visto como uma opção de escolha para o momento do nascimento, conforme dados obtidos na Maternidade que mostram que, nos últimos cinco anos, o número de partos cesarianos foram 1050, quando comparado ao número de partos normais 221.

3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O projeto foi implementado no Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade Celestina Colares, hospital de médio porte, filantrópico que mantém convênio com o SUS. O hospital conta com 55 leitos cadastrados na rede sus, sendo a unidade obstétrica composta por uma enfermaria pré-parto, com três leitos e um banheiro, sala de parto, sala de cuidados com o RN com berço aquecido, um berçário com duas incubadoras e uma enfermaria pós-parto com quatro leitos em alojamento conjunto.

Realiza atendimento nas clínicas médica, cirúrgica, pediátrica, urgência e emergência e obstetrícia. Ressaltando que a clínica cirúrgica não atende emergências, somente cirurgias eletivas, impossibilitando o atendimento a gestantes com complicações gestacionais.

A equipe de enfermagem responsável pela assistência ao parto é formada por quatro auxiliares de enfermagem e duas técnicas de enfermagem, que trabalham em regime de plantão de seis horas diárias, doze enfermeiros que trabalham em regime de plantão de doze horas, ficando um enfermeiro em cada plantão, sendo responsável pelas outras clínicas do Hospital. A maternidade dispõe de um enfermeiro especialista em obstetrícia, porém não exerce a função de enfermeira obstetra, sendo os demais sem título de especialista.

A Maternidade passa por dificuldades financeiras há anos vindo a contratar médico especialista em obstetrícia somente no segundo semestre de dois mil e dezessete. Dessa forma, todos os partos eram assistidos pelas parteiras com o auxílio dos enfermeiros e do clínico geral, fato que aumentava o número de transferências das gestantes para hospitais de referência.

Somam-se aos problemas de estrutura física inadequada ao desenvolvimento de práticas desumanizadas na condução do parto humanizado, falta de equipamentos de suporte para identificação e monitorização das distorcias, além da falta de profissionais habilitados para realização dos partos de risco habitual, justificando os baixos índices de parto realizado na Maternidade nos últimos 5 anos.

Com isso, surge a necessidade de intervir na realidade da instituição com o objetivo implementar práticas que visam resgatar o parto natural humanizado, através da capacitação dos profissionais.

4. JUSTIFICATIVA

Diante da assistência percebida durante a prática profissional e a baixa adesão das gestantes ao parto vaginal, em uma Maternidade do interior do Ceará, percebeu-se a necessidade de mudanças na postura dos profissionais na condução do parto. Observou-se a utilização abusiva de condutas invasivas, retrogradadas e medicalizadas, desrespeitando o desejo e direito da gestante em decidir sobre como será o seu parto. Em sua maioria, essas práticas são utilizadas pela falta de informação e conhecimento dos profissionais que a desenvolvem.

Nesse sentido, optou-se por realizar um projeto de intervenção que visa capacitar os profissionais sobre as boas práticas da assistência ao parto vaginal. Tendo em vista o resgate ao parto fisiológico e às práticas que respeitem a autonomia e desejos das mulheres no momento do trabalho de parto, parto e nascimento.

Dessa forma, o estudo justifica-se por promover a conscientização a respeito da atenção humanizada à parturiente, por meio de uma série de conhecimentos, atitudes e práticas que promovam um parto e nascimento saudáveis. E por incentivar que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para o binômio, evitando intervenções desnecessárias.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Contexto Histórico-político da humanização do parto

O processo de parturição tem passado por diversas transformações ao longo dos anos. Atualmente, os programas governamentais e instituições têm atuado incisivamente na luta pelo resgate do parto natural, reconhecendo a mulher, como um agente protagonista nesse contexto e com participação direta nas escolhas referente ao processo do nascimento (LIMA, 2012).

Para entender o processo de humanização, faz-se necessário a compreensão dos diferentes tipos de partos e seus respectivos conceitos, como parto normal, parto natural, parto fisiológico e a cirurgia cesariana. Assim, em uma definição ampla, o parto em si é um processo fisiológico e natural que ocorre no corpo da mulher.

O parto normal é definido como aquele com início espontâneo e de baixo risco durante todo o processo de parto até o nascimento do bebê. Comumente, o conceito nasce em posição cefálica, espontaneamente e com idade gestacional de 37 a 42 semanas. É importante salientar também que, no período pós-parto mãe e filho devem permanecer em boas condições de saúde (BRASIL, 2001).

Em contrapartida, o parto normal diferencia-se do parto natural no quesito intervenção. No parto normal ocorrem intervenções como, por exemplo, a utilização de medicamento intravenoso, tricotomia, suspensão alimentar, lavagem intestinal, proibição da presença do acompanhante, dentre outros atos. Portanto, define-se parto natural como aquele que é realizado sem intervenções ou com o mínimo de intervenções possíveis, evitando procedimentos desnecessários durante todo o período de pré-parto ao pós-parto, tendo como principal atuante a mulher, buscando o seu conforto. (SANTO; OKAZAKI, 2012).

O processo do parto é constituído de vários significados pela mulher e pela cultura em que ela está inserida. É considerado um evento histórico no qual, antigamente, as mulheres pariam seus filhos no domicílio, cercada de familiares e uma parteira de confiança, sentindo-se inteiramente à vontade e familiarizada com o ambiente ao redor. Entretanto, com a institucionalização do parto relacionada com o fim da Segunda Guerra Mundial, cada vez mais as parteiras perderam espaço para o modelo hospitalocêntrico de atenção ao parto que utilizam procedimentos cirúrgicos e medicamentos como modelo de intervenção. (MATOS et al., 2013, p.871)

Dessa forma, é notório que a cesariana sem indicação adequada contribui para o aumento da morbimortalidade materna e infantil e vai de encontro à integridade física da mulher e do recém-nascido. Seu uso, portanto, deveria ser restrito aos critérios clínicos de gravidade, entretanto, o Brasil ainda permanece com elevadas das taxas de parto cirúrgico, o que exige uma mudança urgente deste panorama.

Diante disso, nos últimos anos, tem crescido os movimentos de humanização do parto para retomar a mulher como protagonista do parto. A expressão humanizar é definida como uma postura de respeito ao ser humano e está ligada à sua subjetividade, essência e singularidade. Portanto, humanizar é favorecer a participação ativa da mulher no momento do parto (SIMÕES; CONCEIÇÃO, 2005).

O momento do parto é um evento que marca a vida de todos envolvidos e de grande amplitude emocional. Assim, a valorização do parto e dos nascimentos na ótica humanizada é de grande importância para a autonomia e poder de decisão da mulher e é fundamental para a aproximação com os profissionais de saúde, tornando a relação profissional-paciente livre de autoritarismo, favorecendo, efetivamente, a evolução do trabalho de parto e saúde do binômio mãe e filho (MARQUES; DIAS; AZEVEDO, 2006).

Nesse sentido, são necessárias transformações intensas na qualidade da assistência prestada ao parto humanizado nas maternidades brasileiras. Contudo, essas mudanças devem atingir desde estruturas físicas e equipamentos até a qualidade da assistência profissional, exigindo mudanças comportamentais nos profissionais e nas gestantes. Dessa forma, é recomendada a capacitação de profissionais de saúde em vários aspectos como a ética profissional e o atendimento humanizado para que possa ser oferecido as mulheres um parto humanizado incluso nos preceitos de medicina baseada em evidencia (BRASIL, 2001).

No cenário histórico, a preocupação com o parto e nascimento cresceu a partir do Estado Novo. Nessa época, foi criado o Departamento Nacional da Criança visando a melhoria da saúde não somente dos recém-nascidos, mas também da mulher (SANTOS NETO et al., 2008). Por conseguinte, em 1975 foi implantado o Programa de Saúde Materno-Infantil, ampliando o cuidado com a saúde da mulher e da criança, contudo ainda voltado somente para a atenção ao parto e ao recém-nascido. Nesse contexto, notam-se as primeiras mudanças políticas de atenção ao parto (MATOS et al., 2013).

Com o avanço do modelo tecnocrático de assistência que promove intervenções cirúrgicas e medicamentosas no trabalho de parto, surgem movimentos feministas que

promovem a assistência a mulher não somente no âmbito reprodutivo, mas também na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, contracepção, entre outros. Ao mesmo tempo, crescem as críticas ao modelo tecnocrático e surgem os movimentos de medicina baseada em evidências para a assistência ao parto, uma vez que, grande parte dos procedimentos utilizados para intervenção no parto não tinham evidencia científica de benefício ao binômio mãe-filho (DINIZ, 2005).

Assim, em 1998, o Ministério da Saúde propõe medidas com o objetivo de mudar a assistência ao parto no Brasil. Entre essas medidas está o aumento da remuneração do parto vaginal e a redução das cesarianas por meio de portarias com críticas a utilização da mesma.

Atualmente, de acordo com a resolução do MS/COFEN 223/99, compete ao profissional com Diploma, Certificado de Obstetrix, assim como especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher a realização do parto normal sem distocia, bem como, assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e; execução e assistência obstétrica em situação de emergência.

Além disso, é de competência do Enfermeiro Obstetra, Obstetrix e Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência à Saúde da Mulher as seguintes disposições: assistência a parturiente e ao parto normal; identificação das distocias obstétricas; realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessário; emissão de laudo de enfermagem e; acompanhamento da cliente até a alta hospitalar. (MS/COFEN 223/99).

Nesse contexto, nos anos 2000 foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (RATTNER, 2009). Que tinha como finalidades incentivar um atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher, objetivando ainda a reorganização da assistência, ficando esta pautada na ampliação do acesso das mulheres à assistência com qualidade, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções. Além disso, o Programa trouxe o foco da questão para a mulher e abriu a possibilidade de discussões, tão necessárias, a respeito da mudança nas condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal.

Também, foi estabelecido o Plano de Ação 2004-2007 da Política Nacional Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que traz dentre seus objetivos a promoção de uma atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras para mulheres e adolescentes. Dentre as metas a serem atingidas, inclui-

se a redução em 15% às taxas de mortalidade materna nas capitais do Brasil, ampliação da adesão ao PHPN para 100% dos municípios brasileiros, dentre outras medidas (BRASIL, 2004).

No ano de 2011, foi emitida uma nova política, intitulada Rede Cegonha, com o objetivo de humanizar as práticas nos períodos de pré-natal, parto, puerpério e assistência à criança até 24 meses de vida, devido aos ainda existentes, elevados índices de mortalidade materna e neonatal, além de intenso uso de tecnologias e intervenções medicamentosas desnecessárias sem evidências científicas. Portanto, essa recente estratégia foi criada com objetivo principal de melhorar a qualidade de assistência e ampliação de acesso a esta (BRASIL, 2011).

Essa melhoria de acesso e qualidade de assistência ao binômio prevista pela Rede Cegonha é realizada por meio de uma assistência prestada de forma integral, ou seja, holística, através da vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto, respeitando todos os requisitos necessários para uma assistência individualizada, possuindo foco principal na humanização, assim objetivando reduzir danos decorrentes de uma parturição inadequada (BRASIL, 2011).

Assim, a humanização da assistência em saúde, por meio de programas, passa a existir para fornecer mudanças ao cenário existente no Sistema Único de Saúde (SUS). Necessitando de mudanças em vários âmbitos do sistema. Portanto, humanizar significa fornecer serviço de qualidade para os usuários e garantir boas condições de trabalho aos profissionais, aliando tecnologia com acolhimento (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

Com isso, a humanização da assistência ao parto requer que os enfermeiros respeitem a singularidade da fisiologia feminina, evitando intervenções desnecessárias, e fornecendo um cuidado holístico de acordo com os aspectos culturais e sociais da parturiente. Além disso, é importante fornecer apoio psicológico e emocional a mulher nesse momento para garantir, assim, os direitos de cidadania (DIAS; DOMINGUES, 2005).

5.2 O papel do profissional de enfermagem no processo de humanização do parto

Com o desenvolvimento de novas tecnologias houve progresso no atendimento obstétrico. Porém, as intervenções que deveriam ser realizadas em situações específicas, passaram a ser rotina no atendimento. Com todo esse avanço e atualizações, ainda se verifica

dificuldade de acesso aos serviços de saúde e assistência de qualidade (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA,2015).

Na perspectiva de humanização, a equipe de saúde tem papel fundamental na implementação do parto humanizado. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestação de baixo risco pode ser acompanhada por um enfermeiro obstétrico, sendo este também apropriado para tal função, quando habilitado para a mesma (WINCK; BRÜGGEMANNI, 2010).

A especialização em obstetrícia só é permitida para médicos e enfermeiros. Ainda assim, são poucos os enfermeiros obstétricos que atuam realizando parto. Apesar dos investimentos e incentivos existentes, muitos profissionais não se qualificaram para a realização dos partos no ponto de vista da humanização, reproduzindo práticas antigas e de forma indevida. Todavia, essa realidade vem sendo modificada pelo Ministério da Saúde, inclusive com apoio financeiro na formação destes profissionais (WINCK; BRÜGGEMANNI, 2010).

A história da enfermagem obstétrica tem mudado nos últimos anos. Esta vem sendo reconhecida pela sua atuação e pelo aprimoramento dos seus conhecimentos. Desde o final dos anos 80, os enfermeiros vêm conquistando seu espaço na assistência ao parto, resultado disso, foi à inserção na graduação de enfermagem, no Brasil, em 1922, como componente curricular e em 1994, como pós-graduação (PORFIRIO, et al, 2013).

O enfermeiro exerce seu papel fundamentado no ato de cuidar e proporcionar conforto e segurança para parturiente. Dentre as suas atribuições além da assistência a essa mulher, estão as questões administrativas que demandam mais tempo desse profissional, deixando de lado de exercer muitas vezes a pratica humanizada (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA,2015).

Vale ressaltar que, no Brasil, a consolidação da profissão de enfermeiro, enfermeiras obstétricas e demais profissionais da classe, ocorreu com a Lei no 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. O artigo 6º assegura que Enfermeiro é o titular do diploma de Enfermeiro, conferido por instituição de ensino, nos termos da lei (inciso I); obstetrix ou enfermeira obstétrica é o titular do diploma ou certificado de Obstetra ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei (inciso II). Dentre as atividades de enfermagem, descritas no Art. 11 das competências do profissional enfermeiro, cabem aos profissionais referidos no inciso II, a incumbência de assistir à parturiente e ao parto normal; identificar distócias obstétricas e

tomar providências até a chegada do médico; realizar episiotomia e episiorrafia e aplicar anestesia local, quando necessário. (SILVA; BARBIERI; FUSTINONI, 2011).

Salge, et al (2012) ressalta que é no momento do parto e nascimento que o enfermeiro obstetra pode atuar de maneira determinante neste processo, fazendo o diferencial do cuidado prestado, na capacidade de apoio e comunicação entre os sujeitos envolvidos pela ação do trabalho de parto e parto, favorecendo assim o contato e o vínculo, pois a gestação, o parto e puerpério constituem experiências significativas e enriquecedoras para todos os que delas participam.

Além do conhecimento sobre técnicas de parto, o enfermeiro deve ser capacitado a reconhecer que cada mulher é portadora de uma cultura própria, que muitas vezes atribui significados diferentes à vivência do parto. Respeitar esta condição, orientá-la, acolhê-la em seus questionamentos e dúvidas, ajudá-la, enfim, a fazer desta experiência um marco em sua trajetória pessoal, são os atributos desejáveis num profissional (SACRAMENTO, 2008).

Envolvendo a multidisciplinaridade no cuidado à parturiente, a enfermagem é uma categoria de enorme destaque, já que o cuidado multidisciplinar é visto como de fundamental relevância na assistência à parturiente, pois esta necessita que aspectos físicos, sociais, espirituais, psicológicos e biológicos sejam trabalhados (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

O objetivo do enfermeiro obstetra deve estar voltado para o resgate do parto natural e humanizado, com o mínimo de intervenções possíveis, promovendo assim uma experiência positiva a suas parturientes. Confirmando esse pensamento, Mouta; Progianti, (2009) descrevem que a humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, e a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente.

Dessa fora, a humanização da parturição é um ideal que está, pouco a pouco, se tornando uma realidade. É de suma importância que haja esse entendimento pelo profissional de enfermagem. Humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebê, dando lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e

acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranquila e feliz. Além disso, é estar/ser consciente de nossas atitudes como profissionais de saúde que estão ajudando a trazer uma nova vida ao mundo.

6. PÚBLICO ALVO

A intervenção foi realizada com doze enfermeiros, três auxiliares e três técnicos de enfermagem que atuam no centro obstétrico da Maternidade.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GERAL

- Implantar as Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento em uma Maternidade Municipal

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um diagnóstico situacional da assistência ao parto em uma Maternidade municipal
- Capacitar os profissionais quanto às Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento
- Avaliar o efeito da intervenção quanto a utilização das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento.

8. METAS

- Habilitar 80% dos profissionais de enfermagem para condução do trabalho de parto e parto, com o mínimo de intervenções possíveis, a fim de possibilitar que os direitos das gestantes e familiares sejam respeitados conforme preconizado na lei, a fim de permitir que o parto seja uma experiência feliz e sem traumas;
- Estimular os profissionais para que as boas práticas do parto e nascimento façam parte da rotina do atendimento a gestante;
- Melhorar os índices de partos vaginais de risco habitual realizados na Maternidade em 30%, objetivando a redução das transferências para outros hospitais;
- Proporcionar momentos de educação permanente, a fim de possibilitar que os profissionais se apropriem do conhecimento necessário para agirem com autonomia, responsabilidade e confiança.

9. METODOLOGIA

9.1 DELINEAMENTOS DE ESTUDO

Trata-se um estudo de intervenção, que visa capacitar os profissionais atuantes em uma maternidade quanto às Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, com a finalidade de melhorar a assistência ao parto.

As boas práticas de atenção ao parto e nascimento, disponibilizadas pela Organização Mundial da Saúde são divididas em quatro categorias: A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado (OMS, 1996). O estudo seguiu as seguintes fases:

Fase 1 - Aplicação de um questionário sobre a utilização das Boas Práticas do Parto e Nascimento com os profissionais da assistência obstétrica.

Fase 2 - Capacitação por meio de grupo focal para os profissionais que atuam no centro obstétrico.

Fase 3 – Reaplicação de um questionário sobre a utilização das Boas Práticas do Parto e Nascimento com os profissionais da assistência obstétrica.

9.2 INTERVENÇÃO

A intervenção consistiu na capacitação dos profissionais para a implementação das boas práticas do parto e nascimento, com a colaboração de um profissional especialista na área. A capacitação foi ministrada utilizando a estratégia de grupo focal, com a participação de dezoito profissionais, sendo doze enfermeiros, três auxiliares e três técnicos de enfermagem.

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional a partir da observação da realidade durante os turnos de trabalho da pesquisadora responsável pelo estudo. Posteriormente, os encontros com os profissionais que ocorreram em dois momentos com duração de 4 horas cada. Um foi destinado à apresentação teórica de práticas humanizadas na condução do parto. Nessa fase, utilizou-se recursos áudio visuais, como imagens e vídeos ilustrativos. Contamos com a participação de uma Enfermeira Obstétrica da Rede São Camilo,

que explanou sua experiência na Implantação das Boas Práticas na maternidade ao qual trabalha. Neste dia, foi aplicado o pré teste com os profissionais presentes.

Em outro momento, vinte dias após a primeira intervenção, foram desenvolvidas atividades práticas, demonstrando como utilizar técnicas para promover conforto e alívio da dor, através de mecanismos não invasivos como bola, óleos, massagens, banhos, músicas, entre outros. Auxiliou nessas atividades uma Enfermeira Mestranda da Universidade Federal do Ceará.

As atividades foram realizadas no auditório da Maternidade, durante os meses de setembro e outubro. Sua finalidade foi apresentar e discutir as evidências científicas e as melhores práticas em relação à promoção do parto humanizado, com o objetivo de sensibilizar e atualizar os profissionais para a sua implementação.

9.3 AVALIAÇÃO

Para avaliação dos efeitos da capacitação, foi aplicado um questionário nos momentos pré e pós-intervenção. O questionário contém perguntas referentes à prática dos profissionais relacionado às Boas Práticas do Parto e Nascimento. Foi construído baseado nas Boas Práticas do Parto e Nascimento da Organização Mundial da Saúde, que se dividem nas quatro categorias supracitadas.

9.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise e avaliação dos dados ocorreram durante o meses de novembro e dezembro, utilizando os programas computacionais: Microsoft Office Excel versão 2003 - 2007. Foram realizadas estatísticas descritivas, com verificação de valores relativos e absolutos, comparando os resultados obtidos previamente e pós-intervenção. Posteriormente a análise dos dados, os mesmo foram apresentados sob a forma de tabelas, sendo assim, discutidos de acordo com a literatura pertinente.

9.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará através da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde. Sendo assim, durante a realização da pesquisa, foram considerados e respeitados os aspectos éticos relacionados à realização de pesquisa envolvendo seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, ressaltando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo, sendo-lhes

garantido anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação (APENDICE B).

9.6. FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização da pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Maternidade se responsabilizou em disponibilizar o espaço, profissionais e acervo tecnológico

10. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 12 enfermeiros e 6 profissionais de nível fundamental e médio, cujas idades variaram 20 a 60anos, com média de 33 anos, com tempo de experiência em sala de em média de 10anos. Somente um profissional possuía especialização em obstetria porém não exerce a função na instituição. Apenas 5 participaram de algum curso sobre saúde materna nos últimos 5 anos.

Os dados estão apresentados na forma de tabelas, divididas de acordo com as quatro categorias das práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. Os dados apresentados referem-se aos achados obtidos a partir das entrevistas estruturadas com os trabalhadores de enfermagem e a porcentagem correspondente.

Tabela 1- Descrição dos resultados obtidos na Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

	PRÉ TESTE		PÓS TESTE	
	N (%)		N (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto	5 (27,7)	13 (72,3)	6 (33,4)	12 (66,6)
Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto	11 (61,1)	7 (38,9)	12 (66,6)	6 (33,4)
Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto	17	1	17	1

	(94,4)	(5,6)	(94,4)	(5,6)
Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto	7 (38,9)	11 (61,1)	16 (88,8)	2 (11,2)
Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem	16 (88,8)	2 (11,2)	17 (94,4)	1 (5,6)
Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto	5 (27,7)	13 (72,3)	16 (88,8)	2 (11,2)
Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente	16 (88,8)	2 (11,2)	3 (16,7)	15 (83,3)
Monitoramento cuidadoso do progresso do parto por meio do uso do partograma da OMS;	10 (55,5)	8 (44,5)	8 (44,5)	10 (55,5)
Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto	5 (27,7)	13 (72,3)	15 (83,3)	3 (16,7)
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto	14 (77,7)	4 (22,3)	18 (100)	0 (0)
Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto	12 (66,6)	6 (33,4)	18 (100)	0 (0)
Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;	7 (38,9)	11 (61,1)	18 (100)	0 (0)
Condições estéreis ao cortar o cordão	18 (100)	0 (0)	18 (100)	0 (0)
Prevenção da hipotermia do bebê	18 (100)	0 (0)	18 (100)	0 (0)
Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno	5 (27,7)	15 (83,3)	14 (77,7)	4 (22,3)
Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares	9 (50)	9 (50)	16 (88,8)	2 (11,2)

De acordo com a Tabela 1, é possível visualizar que práticas claramente úteis e que devem ser realizadas na assistência ao parto normal estão sendo implementadas no CO em estudo, mesmo que algumas de forma inexpressivas, como ocorre na escolha pelo local do parto pela parturiente, impossibilitada por ser a única Maternidade da cidade.

Entre as boas práticas já implementadas na Maternidade destacam-se a relação entre a equipe e a parturiente sendo considerada muito boa pelos membros do estudo, ocorrendo troca de informações sempre que solicitadas pela gestante e familiares. O apoio dos profissionais de saúde durante o processo de parturição configura-se como importante e reconfortante para as mulheres. Manifestar-se preocupado com o bem-estar e disposto a cuidar e escutar é imprescindível para a criação de vínculo e afeição, assim o processo de parto torna-se menos apavorante, transformando-o em um momento de amor, cuidado e conforto, sempre valorizando a singularidade de cada mulher e família. (SILVA et al, 2017).

Os cuidados com o recém nato também são resguardados durante a assistência podendo ser observados durante a manutenção das condições estéreis ao cortar o cordão umbilical e a prevenção da hipotermia por todos os profissionais entrevistados. O cuidado ao recém-nascido (RN), imediatamente após seu nascimento e nas primeiras horas de vida, tem importância prioritária para a sua sobrevivência e para o seu desenvolvimento saudável e harmonioso e devem ser realizados após o contato da mãe com seu filho, favorecendo sua adaptação à vida extrauterina e garantindo seu bem-estar (MÜLLER; ZAMPIERI, 2014).

O monitoramento do bem estar físico e emocional da mulher durante todo o período que se encontra hospitalizada foi considerado satisfatório avaliando os riscos de complicações durante o trabalho de parto, hemorragias, depressão pós parto e dificuldades na amamentação, sendo o cuidado contínuo importante em todo o processo de parturição, O enfermeiro é considerado o profissional central nessa assistência e tem sido um importante aliado na promoção e defesa do parto humanizado, através da orientação e apoio à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido os profissionais de saúde devem estar atentos e disponíveis para perceber e atender as reais necessidades apresentadas por cada mulher, qualificando o cuidado dispensado (ANDRADE, 2015).

Relativo a privacidade e intimidade das parturientes os profissionais

consideraram que são respeitadas. Todavia, quando dissertaram acerca disso durante a capacitação, ressaltaram fatores que interferem no desenvolvimento dessa prática, dentre eles: a estrutura física inadequada do CO e a falta de postura dos trabalhadores da saúde acerca das particularidades de cada parturiente.

O respeito à privacidade da parturiente é uma das práticas preconizadas pela proposta de humanização do parto. A estrutura adequada do CO é uma condição indispensável para que seja desenvolvida uma assistência humanizada, voltada para o respeito e integridade da mulher. Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde recomenda a organização das unidades obstétricas em quartos Pré-parto, Parto e Puerpério (PPP), caracterizados por leitos individuais, com banheiro anexo, destinados a assistência da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL – Ministério da Saúde, 2008).

A falta de postura dos trabalhadores da saúde acerca das particularidades de cada parturiente, de igual forma são fatores que ferem a privacidade e a intimidade das parturientes, uma vez que o processo de parturição faz com que a exposição e a intrusão alheia no corpo da mulher sejam fatos normais e aceitáveis (BUSANELLO et al,2011).

Por conseguinte, observamos que algumas práticas sofreram modificações numéricas negativas no pós teste, como observado na monitoração fetal por meio de ausculta intermitente, realizada por 16 (88,8%) profissionais no pré teste e apenas 3 (16,7%) no pós teste e no monitoramento por meio do partograma que foi utilizado por 10 (55,5%) profissionais no pré teste e 8 (44,5%) no pós teste. Contudo, há justificativas para essa redução.

Os profissionais de saúde, ao preencheram o formulário de pré-teste, assinalaram o item pois consideravam que fazia a ausculta da forma correta. Contudo, após a capacitação, perceberam que a exigência de monitoramento fetal é bem maior, e não condizia com a prática que era realizada. Dessa forma, no pós-teste, a maioria reconheceu que o monitoramento como é preconizado, não é realizado ainda na maternidade, sendo feito apenas na fase ativa do trabalho de parto, quando na realização dos toques vaginais. Justificando, assim, a redução numérica nos dois momentos.

Ausculta intermitente é a avaliação da FCF em intervalos de 15 a 30 minutos na primeira fase do trabalho de parto e a cada 5 minutos na segunda fase, período

expulsivo. O uso desse método em gestações de risco habitual é recomendado e quando realizado de forma correta, reduz os riscos de morte fetal (CORDOBA, 2011).

Seguindo as recomendações do Conitec de 2016 a avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto por meio do estetoscópio de Pinard ou sonar Doppler. Realizar a ausculta imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos, registrando como uma taxa única. Registrar acelerações e desacelerações se ouvidas. Palpar o pulso materno se alguma anormalidade for suspeitada para diferenciar os batimentos fetais e da mãe.

Referente à redução do uso do partograma, foi justificado uma vez que, previamente à capacitação, os profissionais de nível médio que assistiam os partos realizavam o preenchimento do partograma, e no momento pós-teste, somente os profissionais de nível superior passaram a preenche-lo. Durante a capacitação, os profissionais demonstraram insegurança no correto preenchimento do instrumento, e as dúvidas foram sanadas pelas profissionais.

A utilização do partograma melhora a qualidade da assistência clínica ao parto, devendo ser incluído na rotina das maternidades. Sua importância confirma-se quando, em um momento definido, avaliamos a evolução do parto como um todo incluindo dilatação cervical, descida da apresentação, posição fetal, variedade de posição, frequência cardíaca fetal, contrações uterinas, infusão de líquidos e analgesia. O exame completo de todas estas variáveis permite conhecer a evolução do parto e dos fatores etiológicos responsáveis por sua evolução normal ou anormal. De tal modo, identificada a distorcia no partograma e reconhecida sua etiologia, a orientação terapêutica será lógica e eficaz (AMORIM et al, 2013).

Entre as práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas que melhoraram significativamente sua utilização pelos profissionais capacitados, destaca-se o respeito a mulher na escolha do acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Apenas 38,9% dos profissionais responderam que respeitavam a decisão da mulher, desde que o acompanhante fosse do sexo feminino. No pós teste essa porcentagem foi para 88,8%, sendo permitido a presença do pai ou qualquer outro da escolha da mulher.

O direito ao acompanhante de escolha da mulher é garantido na Lei do

Acompanhante N° 11.108\05. Em um estudo realizado em um hospital público de nível secundário de Fortaleza — Ceará em 2009, sobre a percepção dos profissionais acerca do acompanhante conclui-se que a presença do mesmo é uma necessidade e precisa ser bem escolhido pela mulher para que possa contribuir positivamente para evolução do trabalho de parto (OLIVEIRA, et al, 2011).

Todavia a participação do acompanhante na humanização do parto e nascimento, mesmo sendo amparada legalmente, ainda é um processo em construção e envolve diversos aspectos, entre eles as condições físicas ambientais dos hospitais, a qualificação dos profissionais de saúde para o acolhimento do acompanhante e atitudes de submissão das gestantes diante de seus direitos (SANTOS et al, 2012)

Entre os principais benefícios do apoio contínuo no parto estão a diminuição da propensão à analgesia, ao parto vaginal instrumentalizado e à cesariana e uma melhor satisfação e experiência positiva do parto. O impacto sobre a satisfação e experiência positiva se torna mais evidente quando realizado por pessoas de fora do quadro de profissionais do hospital, incluindo parceiros, parentes, amigos e doulas (BRASIL, 2016).

A oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto teve aceitação de 88,8% entre a categoria no pós teste, demonstrando a importância da hidratação para o binômio mãe-filho. O acesso a líquidos e alimentação é necessário para repor as fontes de energia, garantir o bem-estar fetal e materno e prevenir a desidratação e a cetose. A hidratação e a nutrição da mulher durante o trabalho de parto fisiológico são condutas assistenciais fundamentadas em evidências científicas, não existindo justificativa para restringir líquidos e alimentos para as parturientes classificadas como baixo risco (PEREIRA et al, 2013).

No quesito utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos no alívio da dor houve elevação de 10% após intervenção. Foram relatados uso da bola suíça, massagem, técnicas de relaxamento como musicoterapia, estímulo ao banho de aspersão e deambulação.

Conforme descrito por Gallo (2011), a principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, sendo associados a poucas contraindicações ou aos efeitos colaterais. A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis à ambientes tranquilos, os

quais permitam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a imaginação para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto.

O objetivo do manejo da dor é dar apoio à mulher, aumentar seu limiar para as sensações dolorosas e contribuir para que o parto seja uma experiência positiva. Por essa razão, a assistência obstétrica adequada não deve estar centrada no objetivo de garantir a ausência de dor, nem esta deve ser um marcador da qualidade da assistência ao parto (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Liberdade de posição e movimentação assim como estímulo a posições não supinas, que devem ser garantidas durante o trabalho de parto, foram 100% estimuladas após a intervenção conforme mostra a tabela 1.

Embora esteja entre as práticas que devem ser estimuladas, Brasil. Ministério da saúde (2016), revela que as evidências são limitadas em relação à liberdade de movimentação comparada à restrição de movimentação no trabalho de parto em relação ao progresso do parto, conforto e bem estar fetal, devendo-se deixar a critério da parturiente. Reforça que em relação aos benefícios para a saúde e utilização de recursos no Brasil, a liberdade de movimentação e adoção de posição que lhes for mais confortável no trabalho de parto, não envolve custos adicionais significativos, necessitando da disponibilização, pelos serviços de maternidade, de espaço, utensílios e materiais que facilitem as posições verticais tais como bolas, cadeiras, cavalinhos, escadas, etc.

Ao modo que há evidências de alto nível demonstrando que a posição supina (decúbito dorsal horizontal) no segundo período do trabalho de parto aumenta a incidência de parto vaginal instrumental, aumenta a dor e pode aumentar a incidência de anormalidades da frequência cardíaca fetal. Assim, a mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A administração profilática de ocitocina em mulheres no terceiro estágio do parto tornou-se protocolo na Maternidade em estudo, passando de 38,9% para 100% de realização conforme pós teste, tendo em vista os benefícios apontados em estudos abaixo descritos.

A utilização de ocitócitos por via parenteral no terceiro período do parto é

uma medida recomendada para evitar a hemorragia pós-parto, que é uma das principais causas de morte materna nos países em desenvolvimento. Para o manejo ativo administrar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento da criança, antes do clampeamento e corte do cordão. A ocitocina é preferível, pois está associada com menos efeitos colaterais do que a ocitocina associada à ergometrina e com a redução de perdas sanguíneas acima de 1000ml (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No tocante ao contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno para a maioria dos trabalhadores não eram incentivados, sendo realizados após os cuidados iniciais ao RN e quando já estavam em alojamento conjunto sendo realizados apenas por 27,7% dos profissionais. Esse percentual foi elevado para 77,7% dos profissionais após discussão dos benefícios dessa prática.

O contato pele a pele deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre todo binômio saudáveis. Ele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento. Além disso, auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiratórios da criança; reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe (MATOS et al, 2010).

A prática de incentivo ao contato precoce e a amamentação e tempo entre o nascimento e a mamada, manifesta-se como dados que estão conforme as recomendações do MS, que preconiza o contato da mãe com seu bebê e aleitamento materno na sala de parto. O recém-nascido sobre o peito da mãe, prontamente após o parto, proporciona um ambiente ótimo para sua adaptação à vida extrauterina e para a adaptação da mulher à maternidade. O enfermeiro obstetra possui um papel importante nesse momento da assistência, pois as orientações e o incentivo ao contato precoce podem favorecer o vínculo entre mãe e filho, além de ser uma ação que potencializa a promoção do aleitamento materno (GOMES et al, 2014).

Tabela 2- Discriminação dos resultados obtidos na Categoria B - Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que Devem Ser Eliminadas

	PRÉ TESTE		PÓS TESTE	
	N (%)		N (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Uso rotineiro de tricotomia	12	6	4	14

	(66,6)	(33,4)	(22,3)	(77,7)
Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto	12	6	5	13
	(66,6)	(33,4)	(27,7)	(72,3)
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto	3	15	2	16
	(16,7)	(83,3)	(11,2)	(88,8)
Cateterização venosa profilática de rotina	3	15	3	15
	(16,7)	(83,3)	(16,7)	(83,3)
Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto	4	14	2	16
	(22,3)	(77,7)	(11,2)	(88,8)
Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos	15	3	12	6
	(83,3)	(16,7)	(66,6)	(33,4)
Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto	11	7	10	8
	(61,1)	(38,9)	(55,5)	(44,5)
Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto	11	7	6	17
	(61,1)	(38,9)	(33,4)	(94,4)
Lavagem uterina rotineira após o parto	3	15	2	16
	(16,7)	(83,3)	(11,2)	(88,8)

De acordo com a Tabela 2, percebe-se que algumas práticas prejudiciais e que, segundo a OMS, devem ser eliminadas da assistência à parturição, ainda são desenvolvidas no CO investigado, refletindo claramente a postura passiva da parturiente em relação ao processo de parto. Algumas delas reduziram significativamente após a aplicação da intervenção sendo elas a padronização da tricotomia com redução de 66,6% para 22,3%, uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto, apresentando taxa de utilização de apenas 27,7% dos profissionais. Segundo relatos dos mesmos, é a posição preferida da mulher durante o trabalho de parto. No entanto, vale salientar a importância do estímulo a deambulação e posições verticalizadas para melhor desenvolvimento do trabalho de parto.

Em contrapartida, algumas práticas continuam sendo utilizadas de forma bastante frequente. Observou-se taxa elevada na utilização de ocitócitos durante qualquer momento do trabalho de parto em torno de 83,3% havendo redução mínima para 66,6% dos profissionais. Segundo os entrevistados, sua realização depende do médico que está assistindo ao parto. Relatam que uso dos ocitócitos auxiliam na dilatação e redução do tempo de trabalho de parto, à medida que ajudam a mulher na manutenção da força necessária para que ocorra a expulsão do feto.

Os estudos de Oliveira e Cruz (2014), revelam que não existem benefícios comprovados no uso rotineiro de ocitocina, mas existem efeitos colaterais, tais como a hiperestimulação uterina e o aumento da dor. A OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina em parturientes saudáveis. Seu uso é desnecessário e pode ser prejudicial. A administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos deve ser eliminada da assistência, justificando sua classificação como categoria B. A utilização desse fármaco deve se reduzir ao terceiro estágio do parto, sendo recomendada como uma prática benéfica no controle do sangramento e dequitação.

Esforço de puxo prolongado e dirigido durante o segundo estágio do trabalho de parto foram fortemente estimulados, (61,1%) reduzindo em apenas 1% no pós teste, conforme observado na tabela. Os estudos de Amorim, Porto, e Souza (2010), descrevem que os puxos precoces ou dirigidos (quando se completa a dilatação) reduzem a duração do período expulsivo, porém aumentam os riscos de parto instrumental e podem acarretar lesão do assoalho pélvico. Esses efeitos precisam ser discutidos com as mulheres e a definição por uma ou outra prática deve ser individualizada de acordo com as características e as expectativas das parturientes.

A recomendação encontrada em Brasil, Ministério da Saúde (2016), é a de que deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos (quando a mulher sente vontade de fazer força) no segundo período do trabalho de parto, em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.

Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto foram diminuídos porém continuam sendo utilizadas durante o período expulsivo conforme tabela 2 saindo de 61,1% para 33,4%. No discurso dos participantes, observa-se relatos de facilitação da abertura do canal de parto sem prejuízos a integridade física da parturiente. Todavia, não se recomenda a massagem perineal durante o segundo período do parto. Considerar aplicação de compressas mornas no períneo no segundo estágio do parto (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Estudos apresentados no Brasil (2014), mostraram que a realização da massagem perineal, em comparação com a não realização, não evidenciou diferenças significativas nas taxas de períneos intactos, rasgos de graus I e II, episiotomias, dor vaginal em 3 e 10 dias e 3 meses, dispareunias e ausência de retomada das relações sexuais.

Tabela 3- Descrição dos resultados obtidos na Categoria C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão

	PRÉ TESTE		PÓS TESTE	
	N (%)		N (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto	10 (55,5)	8 (44,5)	3 (16,7)	15 (83,3)
Pressão do fundo durante o trabalho de parto	15 (83,3)	3 (16,7)	5 (27,7)	13 (72,3)
Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto	5 (27,7)	13 (72,3)	15 (83,3)	3 (16,7)
Manipulação ativa do feto no momento do parto	12 (66,6)	6 (33,4)	10 (55,5)	8 (44,5)
Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto	4 (22,3)	14 (77,7)	18 (100)	0 (0)
Clampeamento precoce do cordão umbilical	15 (83,3)	3 (16,7)	16 (88,8)	2 (11,2)

A categoria C trata de práticas sem evidências científicas suficientes para apoiar sua utilização, mas que ainda são usadas por parte dos profissionais que trabalham nos centros obstétricos. Em sua maioria não trazem grandes malefícios ao desenvolvimento do trabalho de parto. Na instituição em estudo merecem destaque a amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto tendo sido reduzida em 38,9% dos casos.

Estudos de Revisão Sistemática reunidos no Guia NICE concluem que não se recomenda a introdução da amniotomia como parte do tratamento e cuidado padrão durante o trabalho de parto, por existir um alto nível de evidência para não se realizar a amniorrex rotineiramente em partos vaginais que progridam normalmente, já que as provas mostram que isso não melhora os resultados (BRASIL, 2014).

Manobras como proteção perineal e manejo do polo cefálico também sofreram modificações na prática após verificação do pós teste. Apenas 5 (27,7%) profissionais se utilizavam dessas práticas. Após as discussões em grupo, as manobras passam a fazer parte da rotina de 15 (83,3%) deles. Apesar de estar incluso na Categoria C, o interesse por descobrir

estratégias capazes de diminuir o risco de traumatismo perineal durante o parto tem sido estimulado com as evidências de que a episiotomia deve ser realizada de forma restritiva. Assim, o Brasil (2014) reuniu vários estudos que recomendam a proteção ativa do períneo através da técnica de desvio controlado da cabeça fetal, pedindo-se à mulher para que não empurre.

Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto que eram feitos em 22,3% dos partos, passam a ser realizados em 100% deles em virtude do protocolo do uso da ocitocina no início do período de Greenberg implantado pela instituição.

Tabela 4- Descrição dos resultados obtidos na Categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado

	PRÉ TESTE		PÓS TESTE	
	N (%)		N (%)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto	6 (33,4)	12 (66,6)	0 (0)	18 (100)
Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto	16 (88,8)	2 (11,2)	8 (44,5)	10 (55,5)
Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço	4 (22,3)	14 (77,7)	3 (16,7)	15 (83,3)
Correção da dinâmica com utilização de ocitocina	13 (72,3)	5 (27,7)	12 (66,6)	6 (33,4)
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto	18 (100)	0 (0)	17 (94,4)	1 (5,6)
Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário	12 (66,6)	6 (33,4)	6 (33,4)	12 (66,6)
Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto	15 (83,3)	3 (16,7)	13 (72,3)	5 (27,7)

Estímulo ao parto operatório	2	16	2	16
	(11,2)	(88,8)	(11,2)	(88,8)
Uso liberal e rotineiro de episiotomia	14	4	13	5
	(77,7)	(22,3)	(72,3)	(27,7)

Na categoria D apresentam-se as práticas frequentemente usadas de modo inadequado e que na Maternidade estudada, ofereceram maior resistência a modificações por parte dos profissionais, com exceção da restrição hídrica e alimentar defendida por 33,4% da enfermagem por acreditarem na possibilidade de evolução para parto cesariana. No pós teste, esse percentual é zerado e os profissionais passaram a estimular a ingesta hídrica e alimentar sem resíduos.

O uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto ainda é utilizado por 44,5% dos participantes embora tenha reduzido em 50% dos casos. A equipe relata sentir-se mais protegida de contaminação tendo em vistas a utilização de mesa de parto inadequada ao parto. Nesse aspecto, a seleção de equipamento de proteção deve ser baseada na avaliação do risco de transmissão de microorganismos para a mulher e o risco de contaminação das vestimentas e pele dos profissionais de saúde por sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A correção da dinâmica com utilização de ocitocina ainda aparece de maneira intensa entre os prestadores da assistência, justificando o elevado percentual de 66,6%, apesar das recomendações de cautela em sua utilização. As evidências demonstram que se houver demora na evolução do trabalho de parto, a amniotomia seguida por uma infusão de ocitocina diminui a duração do trabalho de parto, mas não aumenta a chance de parto vaginal ou melhora qualquer outro resultado. Se as membranas estiverem rotas, não há evidências de que a ocitocina nas primeiras 8 horas após, altera qualquer coisa além da duração do trabalho de parto (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No quesito estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário apresentaram pouca variação de 66,6% para 33,4% dos casos. Da mesma forma, há adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto. Os profissionais relatam a falta de condições técnicas de monitorização e de profissional habilitado, que favoreçam a duração prolongada desse período de maneira a evitar a ocorrência de complicações do TB.

O uso liberal e rotineiro de episiotomia ainda prevalece, sobretudo, em mulheres de primeira e segunda gestação sendo realizado em 72,3% dos partos. A Organização Mundial

de Saúde e o Ministério da Saúde do Brasil, baseados nas evidências científicas, recomendam o uso restrito da episiotomia e classifica seu uso rotineiro e liberal como prática claramente prejudicial, devendo ser desestimulada, sendo indicada somente em cerca de 10% a 15% dos casos. Entretanto, a técnica ainda é utilizada rotineiramente em 94% dos partos vaginais ocorridos nas instituições brasileiras. (CARVALHO, SOUZA E MORAES FILHO, 2010).

Carvalho, Souza e Moraes Filho (2010); Silva et al, 2012, dispõem que não existem evidências reais que fundamentem possíveis benefícios da realização da episiotomia, porém, quanto às complicações ocasionadas pelo seu uso rotineiro são as mais diversas, seja a curto ou em longo prazo, a saber, aumento de hemorragia pós parto, prolongamento do uso de sondas urinárias, dor no período puerperal, maior tempo de internamento, formação de hematomas, infecção pós natal, incontinência urinária e fecal, formação de fístulas e dispareunia, são as principais consequências da episiotomia detectadas.

Costa, et al (2011) relata que é importante que os profissionais de saúde analisem os danos físicos e psicológicos envolvidos nesse procedimento e reforcem a utilização de técnicas menos invasivas, visando o bem estar da mulher durante todo o processo gestatório.

Na assistência hospitalar ao parto é bastante comum que, ao atingir o segundo período do trabalho de parto, a maioria das mulheres sejam transferidas para assistência em salas de parto isoladas ou em ambientes cirúrgicos. Essa realidade pode ser observada na Maternidade em estudo, onde ocorre transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto em 100% dos casos, levando a dificuldades na direção de condutas humanizadas durante a assistência.

Apesar das recomendações do Ministério da Saúde em qualificar a assistência ao parto, assegurando um ambiente privativo como em suítes PPP (Pré- parto, Parto e Pós-parto imediato), locais onde a mulher pode vivenciar todos os períodos do parto enquanto estiver hospitalizada, essa não é a realidade da maioria das Maternidades Brasileiras. Portanto, faz-se necessário adequação desses ambientes para que haja respeito aos direitos da mulher em vivenciar esse momento tão importante junto a sua família.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participaram do estudo 18 profissionais de enfermagem, sendo 12 enfermeiros e 6 profissionais de nível fundamental e médio que atuam na sala de parto da Maternidade.

Em relação à categoria A, que diz respeito às práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas, houve melhoria nos resultados referentes à: respeito à escolha da mãe quanto ao local de parto, respeito aos direitos da mulher à privacidade no local de parto, respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes, fornecimento de todas as informações e explicações que desejarem, oferta de líquidos por via oral, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, liberdade de posição e movimento, estímulo a posições não supinas, administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto, contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho, apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto e exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Os itens apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, condições estéreis ao cortar o cordão e prevenção da hipotermia do bebê, permaneceram com os mesmos índices, uma vez que quase a totalidade dos profissionais já os realizava.

Sobre a categoria B, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas, foi obtido melhores resultados nas variáveis: uso rotineiro de tricotomia, infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto. Os itens administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto e esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto também tiveram melhores índices no pós-teste, contudo, uma significativa parcela dos profissionais ainda refere utilizar. Fato que requer outras intervenções para sua correção.

Na categoria C, práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, os itens amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto, pressão do fundo durante o trabalho de parto e manipulação ativa do feto no momento do parto passaram e ser menos utilizadas. As manobras relacionadas à proteção do períneo ao manejo do pólo cefálico no momento do parto, uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação

durante o 3º estágio do trabalho de parto e clampeamento precoce do cordão umbilical passaram a ser mais utilizadas pelos profissionais.

Por fim, referente à categoria D, práticas frequentemente usadas de modo inadequado, a maioria dos itens tiveram melhores resultados no pós-teste. Contudo, chama a atenção a permanência de um elevado número de profissionais a realizar a correção da dinâmica com utilização de ocitocina, a transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto, estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário, adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto e uso liberal e rotineiro de episiotomia.

Em suma, foi percebido ao longo dos momentos com os profissionais que houve facilidade na implementação das práticas da categoria A, contudo, apesar de terem sido discutidas detalhadamente as categorias B e D, percebeu-se uma resistência por parte de alguns profissionais em abdicar da realização de hábitos que os mesmos vêm realizando ao longo dos anos. Fato que leva a necessidade de uma reabordagem sobre essas questões em outros momentos, a fim de provocar mais mudanças no cenário obstétrico municipal.

12. RECURSOS HUMANOS

O Projeto de intervenção objetiva contribuir com a qualidade da assistência a mulher parturiente de maneira a modificar a condução dos partos realizados na Maternidade em estudo, uma vez que foram observadas fragilidades no atendimento as gestantes que procuram o serviço, assim como, diminuição gradativa do número de partos registrados.

Para tanto, é necessário a colaboração de todos que representam a instituição e dos que se beneficiam com ela. Os profissionais de enfermagem, objeto principal da intervenção, podem cooperar no sentido de se disponibilizarem a aderir as boas práticas do parto e nascimento, desenvolvendo suas ações com humanização e respeito ao tempo e momento da mulher, posicionando-se como auxiliar no processo de parturição.

Aos responsáveis pela instituição, cabe contribuir com o processo de mudança proporcionando os recursos necessários a viabilização das ações, sejam recursos estruturais, matérias, humanos e financeiro. Apoiar os profissionais na busca pelo conhecimento através de capacitações por meio de cursos, oficinas, palestras, treinamentos e na viabilização da implementação dos Protocolos de atendimento.

Aos usuários do serviço compete conhecer seus direitos e deveres dentro da Maternidade e de forma dialogada, decidir junto com a equipe a melhor maneira de conduzir o parto, para que seja garantido o que se preconiza na lei, assegurando que a gestante e família obtenha satisfação com o parto.

A pesquisadora incumbe a realização da Capacitação com os profissionais da instituição referida, disponibilizando as inovações referentes a humanização do parto, as práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, contribuindo com o desenvolvimento das ações voltadas ao atendimento holístico e humanizado.

13. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO

O plano de intervenção consiste de uma ação continuada, com resultados a curto, médio e longo prazo. Para tanto, necessitam de um monitoramento das ações para que se desenvolvam ao longo da prática diária de maneira contínua com intuito de promover melhorias na assistência.

Nesse sentido, a Coordenadora de Enfermagem da Maternidade participou da capacitação e foi instruída a acompanhar e monitorar a evolução das atividades desenvolvidas. A mesma foi orientada a realizar a aplicação periódica (semestral) do instrumento para verificação da continuidade das ações. De acordo com as fragilidades encontradas, serão planejadas sessões de educação permanente para aprimoramento das Boas Práticas do Parto e Nascimento junto aos profissionais.

Diante das dificuldades encontradas pelos profissionais referente as práticas apresentadas nas categorias B e D, do Manual de Boas Práticas do Parto e Nascimento, estabelecemos um segundo momento de Capacitação no final do primeiro trimestre de 2018 (março) a fim reforçar o conhecimento sobre as práticas que necessitam de modificações por serem prejudiciais ou sem evidências que comprove seus benefícios, devendo portanto, serem utilizadas com cautela ou mesmo abolidas.

15. ORÇAMENTO

ITENS	QUANT.	VR. UNIT.	VR. TOTAL
1. Material Permanente			
Notebook	1	1.200,00	1.200,00
Pendrive	1	30,00	30,00
2. Material de Consumo			
Transporte	30lts	4,00	120,00
Resma de papel	1	20,00	20,00
Cartucho de impressão	1	80,00	80,00
Material de escritório	-	35,00	35,00
CDs	2	1,50	3,00
3. Serviços terceirizados			
Xerox	100	0,10	10,00
Digitação	-	-	-
Encadernação simples	5	3,00	10,00
Abstract	1	20,00	20,00
TOTAL R\$			1.528,00

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O.S.C.; GAMA, E.R.; BAHIANA, P.M. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 4, n. 1, p. 79, Jan./Jun. 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/about/contact> Acesso em 15 de nov. 2017.
- AMORIM, M.M.R.; DUARTE, A.C.; ANDREUCCI, C.B.; KNOBEL, R.; TAKEMOTO, M.L.; Distocia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. **Femina**, v. 41, n. 3, Mai/Jun. 2013. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a4499.pdf> Acesso em: 26 nov. 2017.
- AMORIM, M.M.R.; PORTO, A.M.F.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, V. 38, n. 11, p. 583-591, Nov. 2010. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a583-591.pdf>> Acesso em: 22 de out. 2017.
- AMORIM, T.; GUALDA, D. M. R. Coadjuvantes das mudanças no contexto do ensino e da prática da enfermagem obstétrica. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 833-40, out/dez. 2011.
- ANDRADE, R.D.; SANTOS, J.S.; MAIA, M.A.C.; MELLO, D.F. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.19, n. 1.p. 181-186. Jan\Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0181.pdf> Acesso em: 17 de out. 2017.
- BARBOSA, P. G.; CARVALHO, G. M.; OLIVEIRA, L. R.; Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 458-65. 2008. Disponível em: < https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/07%20Enfermagem_baixa.pdf> Acesso em: 18 out. 2017.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N°36/2008, de 3 de junho de 2008. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html> Acesso em: 12 de out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). IDB 2012. In: DATASUS. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. [site de internet]. Indicadores de cobertura – Proporção de partos cesáreos. Brasil: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Distribuição na Oficina sobre Rede Cegonha no Seminário do Conasems. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo técnico da política nacional de humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf> Acesso em: 15 out. 2017.
- BUSANELLO, J.; PEREIRA, C.K.N.; MENDOZA-SASSI, R.A.; MANO, P.S.; SUSIN, L.R.O.; GONÇALVES, B.G. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 64, set/out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500004> Acesso em: 17 de out.2017.
- CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAIS FILHO, O.B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina** v.38, n. 5, p. 265-270, 2010. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>> Acesso em: 22 out. 2017.
- CARVALHO, CCM; SOUZA, ASR; MORAES, FOB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Revista Femínea da saúde**. V.5, n. 3, 2010.

- CARVALHO, V.F. et al. Como os trabalhadores de um Centro Obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n.1, p. 30-7. 2012. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40914/44395>> Acesso em: 22 dez. 2017.
- CORDOBA, A.M.G.; OLIVEIRA, C.A.; BRAGA, A.; FRANÇA, B.C.; AS, R.A.M. Métodos de vigilância fetal intraparto. **Femina**, v. 39, n. 12. Dez. 2011. Disponível em: < <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2975.pdf>> Acesso em: 10 de nov. 2017.
- COREN – SP. Parto natural e parto normal: quais as diferenças? **Revista Enfermagem**. Ano 10, n. 81, Julho/ 2009. São Paulo – SP. Disponível em <http://www.corensp.org.br/sites/default/files/revista_enfermagem_julho_2009_0.pdf> Acessado em 15 out. 2017.
- CORTÊS, G.T, et al, Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. **Rev. Esc. de Enferm. USP**. São Paulo, v.49, n.5, p.716-725. Mar\jul. 2015.
- COSTA, Nilma Maria et al. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. **Revista Facene/Famene**, v.9, n. 2, p. 45-50, ed. 9, Mossoró/RN. 2011. Disponível em:< <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-45-50-Episiotomia.pdf>> Acesso em: 26 nov. 2017.
- COSTA, T.; OLIVEIRA F. C.; LIMA, M. O. P. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado, conflitos e dificuldades institucionais na implantação da lei do acompanhante. **Enferm. Brasil**, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 3, p. 140-7. 2010.
- DIAS, M.A.B; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.699-705, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300026&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 out. 2017.
- DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232005000300019&lng=en&nrm=iso> Acesso em 15 out. 2017.
- FERREIRA, K.M; VIANA, L.V.M; MESQUITA, M.MAS.B. Humanização do parto normal: uma revisão de literatura. **Rev. Saúde em Foco**. v. 1, n. 2, p. 134-148, 2014.
- GALLO, R.B.S.; SANTANA, L.S.; MARCOLIN, A.C.; FERREIRA, C.H.J.; DUARTE, G.; QUINTANA, S.M. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Femina**, v.39, n. 1, Jan. 2011.Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n1/a2404.pdf> Acesso em: 02 dez. 2017.
- GOMES, A.R.M.; PONTES, D.S.; PEREIRA, C.C.A.; BRASIL, A.O.M.; MORAES, L.C.A.; Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Rev Recien - Rev Científica Enferm**, v. 11, p. 23-7. 2014. Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73/137> Acesso em: 15 nov. 2017.
- KOETTKER, J.G; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Revista escola enfermagem - USP**, São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15-21, out. 2013.Disponível em: < www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000100002&script=sci...tlnng...> Acesso em: 18 dez 2017.
- MARQUE F.C.; DIAS I.M.V.; AZEVEDO L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a12>> Acesso em: 02 dez 2017.
- MATOS, G. C. de et al. A trajetória das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.7, n.3, mar, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3347/5741>. > Acesso em: 10 nov. 2017.
- MATOS, T.A.; SOUZA, M.S.; SANTOS, E.K.A.; VELHO, M.B.; SEIBERT, E.R.C.; MARTINS, N.M. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n.6, p. 998-1004. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>> Acesso em: 15 nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal – Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologia em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MOUTA, R.J.O.; PROGIANTI, J.M. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. **Texto contexto – enfermagem**, Santa Catarina, v.18, n.4, p. 731-740, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/15.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

MÜLLER, E.B.; ZAMPIERI, M.F.M; Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Esc Anna Nery**, v.18, n. 2, p. 247-256, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0247.pdf> Acesso em: 10 de nov. 2017.

OLIVEIRA, A.S.S.; RODRIGUES, D.P.; GUEDES, M.V.C.; FELIPE, G.F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, v. 11, Número Especial, p. 32-41, 2010. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a04v11esp_n4.pdf> Acesso em: 20 de out. 2017.

OLIVEIRA, L.M.N.; CRUZ, A.G.C. A utilização da Bola Suíça na promoção do parto humanizado. **Rev Bras Ciências da Saúde**, v.18, n.2, p.175-80. 2014. Disponível em: < <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/16698/12924>> Acesso em 10 de nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2017.

PEREIRA, A.L.F.; LIMA, T.R.L.; SCHROETER, M.S.; GOUVEIA, M.S.F.; NASCIMENTO, S.D.; Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto no município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery** v.17, n.1, p.17-23, jan/mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/37.pdf>. Acesso em: 20 dez 2017.

PORFÍRIO AB, PROGIANTI JM, SOUZA D DE OM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. eletrônica enferm.** v.12, n.2, p. 331-6, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7087/6952>> Acesso em: 20 dez. 2017.

PORFÍRIO, A.B.; PROGIANTI, J.M.; SOUZA, D.O.M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. eletrônica enferm.** V. 12, n. 2, p. 331-6, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7087/6952>> cesso em: 13 nov. 2017.

SACRAMENTO M.T.P. Vivências das enfermeiras nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. **Revista de Enfermagem UERJ**. v.3, n. 6, 2008. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a15.pdf>> Acesso em: 18 nov 2017.

SALGE, A.K.M.; LÔBO, S.F.; SIQUEIRA, K.M.; SILVA, R.C.R.; GUIMARÃES, J.V. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2012 v.4, p.779-85. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i4.17538>> Acesso em: 10 de nov. 2017.

SANTOS NETO, E.T. dos et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119, jun. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 out. 2017.

SANTOS, I. S.; OKAZAKI, E. L. F. J. Assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Rev. Enferm. UNISA**, Santo Amaro, v. 13, n. 1, p. 64-8. 2012. Disponível em: < http://www.academia.edu/23294814/Assist%C3%Aancia_de_enfermagem_ao_parto_humanizado> Acesso em: 02 jan 2017.

SANTOS, L.M.; CARNEIRO, C.S.; CARVALHO, E.S.S.; PAIVA, M.S. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 994-100. 2012. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1157/pdf>> Acesso em: 02 dez. 2017.

- SILVA LM, BARBIERI M, FUSTINONI SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 64, n. 1, 2011.
- SILVA, LM; BARBIERI, M; FUSTINONI, SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 1, p. 60-65, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2017.
- SILVA, N.L.S ET AL. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 2, p. 216-220, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a13.pdf>> Acesso em: 17 out. 2017.
- SILVA, T.C.; BISOGNIN, P.; PRATES, L.A.; ET AL. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, 1294.2017.
- VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E.; SANTOS, E. K. A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 652-659, jul./ago. 2010.
- VERDRUSCOLO, KRUEL,2016 A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências Humanas, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Disponível em file:///C:/Users/Nilma/Desktop/obstetr%C3%ADcia/1842-5134-2-PB%20(1).pdf. Acesso em: 12 out 2017.
- WINCK, D.R.; BRÜGGEMANNI, O.M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. **Rev. bras. Enferm**, v. 63, n.3, p. 464-69. 2010

APÊNDICES

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
1 Idade	2 Sexo	
3 Escolaridade	4 Formação	
5 Tempo de Serviço	6 Ano da última capacitação/atualização na área	
QUESTIONÁRIO UTILIZAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS DO PARTO E NASCIMENTO		
PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	SIM	NÃO
1. A escolha da mãe sobre o local do parto é respeitada		

2. É assegurado respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto		
3. É fornecido apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto		
4. A parturiente tem direito a escolher seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto		
5. São fornecidas às mulheres todas as informações e explicações que desejarem		
6. É ofertado líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto		
7. É realizado monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente		
8. Ocorre monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS		
9. São monitorados o bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento		
10. São utilizados métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto		
11. A parturiente tem liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto		
12. As posições não supinas são estimuladas durante o trabalho de parto		
13. A ocitocina é administrada de forma profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue		
14. São fornecidas condições estéreis ao cortar o cordão		
15. Ocorre prevenção da hipotermia do bebê		
16. O contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto é orientado sobre as diretrizes do Aleitamento Materno		
17. A placenta e membranas ovulares são examinados rotineiramente		
18. É realizado rotineiramente o uso de enema		
19. A tricotomia é realizada de forma rotineira		
20. Durante o trabalho de parto é realizada a infusão intravenosa de rotina		
21. A cateterização venosa profilática é realizada rotineiramente		
22. A posição supina (decúbito dorsal) é estimulada durante o trabalho de parto		
23. O exame retal é realizado no pós-parto		
24. Realiza-se a pelvimetria por Raios-X na admissão da parturiente		

25. São administrados ocitócitos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não permite controlar seus efeitos		
26. É incentivado o uso posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto		
27. Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) são estimulados durante o segundo estágio do trabalho de parto		
28. Massagem e distensão do períneo são realizados frequentemente durante o segundo estágio do trabalho de parto		
29. São ofertados comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias		
30. Ocorre uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto		
31. É rotina a lavagem uterina após o parto		
32. A revisão uterina (exploração manual) acontece de forma rotineira após o parto		
33. São fornecidos métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos		
34. Amniotomia precoce é feita de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto		
35. É utilizada a pressão do fundo uterino durante o trabalho de parto		
36. São realizadas manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto		
37. Manipulação ativa do feto no momento do parto ocorre com frequência		
38. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação são aplicados durante o 3º estágio do trabalho de parto		
39. É feito o clampeamento precoce do cordão umbilical		
40. Estimula-se o mamilo para promover a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto		
41. Sempre ocorre restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto		
42. É realizado controle da dor por agentes sistêmicos de forma indiscriminada		
43. A dor sempre é controlada por analgesia peridural		
44. Monitoramento eletrônico fetal é feito em todas as parturientes		
45. É estimulado o uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto		
46. É pratica frequente exames vaginais repetidos, especialmente por mais de um prestador de serviço		
47. Ocorre correção da dinâmica com utilização de ocitocina frequentemente		
48. Há transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto		

49. Cateterização da bexiga de rotina		
50. O puxo é estimulado quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário		
51. Acontece adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto		
52. Estimula-se o parto operatório		
53. É realizado uso liberal e rotineiro de episiotomia		

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E

ESCLARECIDO (TCLE)

Caro participante,

Você está sendo convidado (a) pela pesquisadora Nilma Maia da Costa, aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, da Universidade Federal de Minas Gerais, em parceria com a Universidade Federal do Ceará, para participar de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. Nesse estudo pretendo implementar as boas práticas do parto humanizado. Caso concorde em participar do estudo, será requerido que você responda a um pré-teste, participe de dois grupos focais para explanação sobre o assunto e responda a um pós-teste. Cada sessão terá duração de 4h. Advirto que a participação nesta pesquisa poderá lhe promover algum incômodo ou desconforto devido ao tempo de entrevista, dessa forma, torno claro que você poderá desistir de participar da pesquisa no momento em que desejar, sem que lhe seja atribuído algum prejuízo.

A sua participação nessa pesquisa é de suma importância, uma vez que através das suas colaborações poderei disseminar informações sobre a utilização das boas práticas do parto humanizado. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como para publicações posteriores, que os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e que você não receberá nenhum tipo de pagamento ao participar da pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (participante).

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Endereço dos(as) responsáveis pela pesquisa:

Nome: NILMA MAIA DA COSTA
Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Endereço: RUA ALEXANDRE BARAÚNA, 949. RODOLFO TEÓFILO – FORTALEZA-CEARÁ
Telefones para contato: (88) 99688-7911

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.